



VIGILADA MINEDUCACIÓN Res. 12220 de 2016

***“Amamantar es el mayor acto revolucionario”*: Experiencias de un grupo de mujeres en las ciudades de Cali y Palmira**

**ISABEL CRISTINA CRUZ BONILLA Psi. Esp.**

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD

SANTIAGO DE CALI, 17 DE JULIO DEL 2023

***“Amamantar es el mayor acto revolucionario”*: Experiencias de un grupo de mujeres en las ciudades de Cali y Palmira**

**ISABEL CRISTINA CRUZ BONILLA Psi. Esp.**

**TERESITA MARÍA SEVILLA PEÑUELA PhD.**

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD

SANTIAGO DE CALI, 14 DE JULIO DEL 2023

ARTICULO 23 de la Resolución No. 13 del 6 de Julio de 1946, del Reglamento de la Pontificia Universidad Javeriana.

“La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de Tesis. Solo velará porque no se publique nada contrario al dogma y la moral católica y porque las Tesis no contengan ataques o polémicas puramente personales; antes bien, se vea en ellas el anhelo de buscar la Verdad y la Justicia”.

## Resumen

El presente trabajo de grado, tuvo como **objetivo** caracterizar las motivaciones, valoraciones, prácticas, facilitadores, y barreras que han configurado las experiencias de haber amamantado por más de doce meses, en un grupo de seis mujeres de las ciudades de Cali y Palmira. El **método** obedece al paradigma cualitativo con diseño fenomenológico. Se realizaron entrevistas a profundidad, apoyándose de la herramienta Atlas Ti para el análisis de información. De acuerdo con la percepción de las participantes, los **resultados** indican que las principales motivaciones para amamantar, se soportan en el acto de amor, así como a los beneficios para la salud física y mental de ambos. Las prácticas de crianza, que incluyen dar seno, van desde la utilización de extractores de leche, la creación de bancos o reservas de la misma, hasta la práctica del colecho piel con piel. Los facilitadores descansan sobre el apoyo directo que las mujeres recibieron por parte de sus parejas, abuelas de los bebés y doulas o asesoras de lactancia, así como la posibilidad de trabajar en casa mientras lactaron por más de doce meses a sus hijos. Las principales barreras, están relacionadas con la censura que han experimentado en la vida pública por algunos miembros de la red familiar, y por ciertos profesionales de la salud. **Recomendaciones** es necesario implementar estrategias de educación para normalizar la práctica en escenarios públicos de amamantamiento de niños/a mayores a un año. Se sugiere realizar investigaciones cualitativas con enfoque de género, para aportar a la epistemología del amamantamiento desde las ciencias sociales, ya que este fenómeno ha sido estudiado exclusivamente por las ciencias de la salud.

## Introducción

La lactancia materna es fundamental para la especie humana debido a su importancia biológica, psicoafectiva, cultural, y ecológica. Tal es su valor, que, en el marco de la estrategia mundial de promoción de la lactancia materna, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (en inglés UNICEF, 2023), y las distintas políticas colombianas sobre lactancia (p.ej., Decreto 1397 de 1992 de Invima, Plan Decenal de Lactancia Materna y Alimentación complementaria 2021-2030, Proyecto de Acuerdo 422 de 2017 del Concejo de Bogotá, etc.) se promueve incansablemente. Las autoridades en salud como la OMS, proponen que la lactancia sea exclusiva desde el mismo instante en que nace el bebé, hasta los seis meses de edad. De ahí en adelante se debe continuar ofreciendo hasta los dos años simultánea a la alimentación complementaria, y hacerlo así hasta que se produzca un “destete natural” conducido por el deseo del binomio (UNICEF, 2022).

Desde una mirada apreciativa como la que permite el paradigma crítico-social, la anterior orientación consideraría tener en cuenta elementos socio históricos que trascienden el sustrato biológico. De acuerdo con Massó (2013) la mirada crítica puesta sobre dar teta o amamantar, levantaría los discursos de género, del feminismo, de la política de los cuerpos, de las otredades, de la reivindicación social de una práctica benéfica tanto para la diada como para la sociedad, que ha sido puesta en una dicotomía entre hacerlo en privado o de manera pública, gracias a las herencias del mundo occidentalizado, principalmente patriarcal, que además le enviste de poca valía al no suponer un valor económico o monetario para las grandes industrias, así como una especie de sin vergüenza por exponer los senos o las mamas ante las masas, para ofrecerla además a un niño o niña mayor de un año de vida.

Si se pretende naturalizar el amamantamiento por más de doce meses, es importante conocer algo de la historia de esta práctica. Registros de fósiles que datan del siglo XI a.C. indican que toda los Espartanos velaban para que las madres y los hijos/a pudieran tener un espacio seguro mientras amamantaban (Gamboa, 2008), lo cual señala que el acto de dar seno no era una actividad privada que le concerniera únicamente a la diada, sino que revestía de valor y protección social. De acuerdo con dichos registros, los niños de la prehistoria, solían tomar teta hasta los cinco a siete años de edad.

A medida que la humanidad fue creciendo y transformándose en el marco de la ciencia, la tecnología y la industria, las prácticas y los valores tradicionales también se ajustaron, incorporando patrones más hegemónicos como la productividad, asociada al capitalismo, que implicaron impactos profundos en las sociedades y sus hábitos, entre ellos la alimentación infantil. Simultáneamente, inventos como la leche de fórmula desarrollada por la empresa Nestlé en los años 1800 y la emergencia de las escuelas de medicina, así como las guarderías infantiles, medicalizaron el amamantamiento con claros intereses políticos y económicos de por medio, los cuales prevalecen hasta la actualidad. (Ots, 2016)

La Organización Mundial de la Salud define la Lactancia Materna (LM) como:

la acción natural de alimentar al bebé con el alimento producido por la madre, conocido como leche materna... *Se debe* amamantar la primera hora siguiente al nacimiento, posteriormente hacerlo de forma exclusiva hasta los seis meses y continuar la lactancia con alimentación complementaria hasta los dos años o más". (la itálica es mía) OMS (2017, p. 1).

Desde luego, amamantar implica que la persona lactante ofrezca desde su propio cuerpo, un fluido líquido que sale de la mama, teta o seno, por la acción de succionar del bebé. Empero, definir la LM como una “*acción natural*” genera polémica pues es proporcional a afirmar que la LM sucede de manera espontánea, negando el hecho tácito de su antropología. Es decir, dicho abordaje omite considerar la motivación y elección misma de la mujer, y el apoyo de la red familiar o social para poder alimentar al infante a libre demanda. Adicionalmente cuando la OMS afirma que es una “acción natural” puede prestarse para interpretar que existen patologías genéticas capaces de impedir la producción de leche materna.

La literatura científica documenta casos en los que no se puede producir ni brindar leche materna tan “naturalmente”, pese al deseo materno de lactar y a la demanda tácita del niño/a. Tal es el caso de las madres que presentan patologías crónicas como Hepatitis B, hipogalactia, infección por citomegalovirus, etc. Vargas-Zarate et al., (2020).

En el caso de los bebés, algunos rasgos fenotípicos les impiden succionar el seno de la madre para extraer su alimento, por más que la madre se muestre dispuesta a lactar. Para ilustrarlo (Jara et al. 2021, pp. 1,2) mencionan a los bebés que nacen con fisura de labio alveolo palatina (FLAP), fisura preforamen, fisura post-foramen (FPF), fisura trans-foramen (FTF), niños con galactosemia, y bebés a los que se les debe poner ortopedia prequirúrgica u obturadores palatinos, entre otras. A esta lista, hay que sumar los casos atípicos, en los cuáles el recién nacido, haya sufrido una parálisis cerebral o nazca con síndrome de Apert, u otras enfermedades huérfanas.

La UNICEF (2022) señala que la leche materna “...les proporciona a los bebés todos los nutrientes que necesitan para crecer y que su sistema inmunológico se desarrolle plenamente”. Desde esta definición, se puede entender la connotación biológica del amamantamiento, pues cuando el bebé lacta, extrae el material biomolecular que usará para el desarrollo de sus sistemas.

Respecto a los múltiples beneficios de la leche materna, investigaciones recientes demuestran que la composición de la lactosa, tiene la capacidad de ajustarse a las necesidades particulares del bebé, a fin de brindarle todo lo necesario para conservar su vitalidad. Por ejemplo, (Morales, López et al., 2022, p. 1) afirman que la leche humana “...es un fluido vivo... complejo en su contenido... cuya descripción continúa en estudio... *evolutivamente cambia...* para adaptarse a las necesidades de cada etapa de los lactantes, con el propósito de proveer una nutrición balanceada, y protección en contra de patógenos infecciosos” (la itálica es de la autora).

La anterior idea evidencia la composición irreplicable de la leche materna. Al respecto, la antropóloga Katie Hinde, comenta “cuando investigué la leche en profundidad surgieron otros

patrones, el... más importante de todos, es la forma en que una madre fabrica leche personalizada para un bebé en particular. La leche está hecha a medida.” (Macdonald, Gillings, & Green, 2020).

De acuerdo con Massó (2013) uno de los beneficios psicológicos de amamantar, está relacionado con el sentimiento de altruismo que puede llegar a experimentar una madre, cuando desinteresadamente, brinda leche materna al bebé. Además, cuando una mujer brinda leche materna a su bebé, se empieza a construir y a fortalecer la conexión emocional, sin mencionar detalladamente cómo amamantar es ecoamigable, al no necesitar envases, combustible ni transporte. (Gobierno de Córdoba, 2019).

Ahora bien, la UNICEF (2022) expone que la Lactancia Materna Exclusiva (LME) es “un tipo de alimentación que consiste en que el bebé solo reciba leche materna y ningún otro alimento sólido o líquido.” Desde la perspectiva médica la LME, por norma general, debe ser durante los primeros seis meses de vida del bebé (Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2012).

Aunque la LME es la única forma recomendada por los organismos de salud para alimentar a un recién nacido, existe otra forma de hacerlo: la leche de fórmula. “Las fórmulas para lactantes incluyen polvos, líquidos concentrados y presentaciones listas para usarse”. (*MedlinePlus Enciclopedia Médica, s/f*).

En todo caso, la elección de brindar a un bebé leche materna o leche de fórmula, o si se quiere ambas (lactancia mixta), es prerrogativa de los cuidadores principales (que pueden ser la madre, el padre, la abuela, u otros). Hasta este momento se ha considerado únicamente uno solo de los espacios concéntricos del fenómeno de interés: el biológico. Y, tal como lo señalan (Sevilla et. al. 2019, p. 58) “...las situaciones concretas singulares son infinitas en su variedad y densidad o, como se diría aquí, en sus dobles tramas de acción y de sentido” será necesario hacer referencia a los otros niveles o actores que coexisten en el amamantamiento.

En línea con lo anterior, es fundamental ubicar el acto de amamantar en el nivel cultural. Ots (2016) afirma que amamantar, tiene una doble connotación simbólica, a saber, una que parte de los discursos científicos, y la otra, que considera

los discursos que refuerzan la importancia del vínculo afectivo madre-hijo. El amamantamiento es un asunto multifacético influido por los discursos normativos morales, religiosos, políticos y científicos, que además involucra una multitud de agentes: instituciones, expertos, empresas, familias, por nombrar algunos. (la itálica es de la autora) (Ots, 2016, p. 3)

Más aún, de acuerdo con (Massó, 2013, p. 170) dar seno es un acto que tiene todo de revolucionario, político y social, si se ubica dentro de una perspectiva de género, en tanto “...las madres lactantes son capaces de generar altruismo y cooperación social, tanto a escala micro (con su bebé particular) como a escala macro (a nivel social)”, pues amamantar genera bienestar físico y emocional para el binomio, pero también contribuye al cuidado del medioambiente (por citar un solo caso) al ser una forma de alimentación enteramente orgánica y natural.

Esta acción eco amigable, está atravesada por creencias, sentimientos, motivaciones y demás estados mentales de quién lo ofrece. La persona lactante, además, es parte de un subsistema familiar, social y de cuidado, en el que cuyos miembros que la conforman también tendrán sus propias experiencias. Desde una mirada psicológica, amamantar fortalece la unión o esa vinculación no material y desinteresada, en la que el lenguaje del apego es el propulsor esencial.

En el año 2021 la Alianza Mundial para la Acción sobre Lactancia Materna (WABA, siglas en inglés) escogió como lema “Proteger la lactancia materna: una responsabilidad compartida” (OPS/OMS, sf) frase que, de manera directa señala que amamantar implica múltiples tramas de acción que trascienden la acción natural de ofrecer el pecho, y es psicológica, social y/o colectiva.

La Organización de las Naciones Unidas; (2022: 3) afirma que “el mundo se enfrenta a una confluencia de crisis que amenazan la supervivencia de la humanidad. Todas estas crisis y las formas de prevenirlas y sortearlas, se abordan de manera integral en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)”.

De cara a esta realidad, la ONU, en el Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS, 2022), plantea un total 17 metas para darle fin a la pobreza, erradicar el hambre, mejorar la salud y el bienestar. El presente estudio buscó abordar por lo menos dos de ellos: salud y bienestar, e igualdad de género. Es así porque las cifras indican que amamantar, salva vidas. Morales López et al., (2022: 10) apuntan que “a nivel internacional se ha comprobado que el aumento en la práctica de la lactancia materna puede impedir que cada año mueran aproximadamente 823.000 infantes y 20.000 mujeres”.

Para hacer todavía más clara la visibilización de las problemáticas en torno a la lactancia materna, se encontró que en las metas mundiales de nutrición para el 2025, la OMS (p. 1) informó que

Menos del 40% de los lactantes de todo el mundo reciben LME durante los 6 primeros meses de vida; las tasas aumentan muy lentamente y se han estancado en algunos países. Si se



mantiene el ritmo actual de los progresos, no alcanzaremos la meta mundial de aumentar un 50% la lactancia materna en 2025.

Los datos publicados en 2016 por UNICEF, indican que globalmente, sólo un 43% (2 de cada 5) de los niños continúan recibiendo LME a los 6 meses de vida. Las mayores tasas las presentan los países del Sur de Asia con un porcentaje de LME del 60%, seguidos por el Este y Sur de África con un 57%. Muy preocupante resulta el hecho de que en muchas regiones este porcentaje es sólo del 30% (p. 3). Cabe señalar que, en el informe de la Asociación Española de Pediatría (AEP), se menciona que existe una falta de rigurosidad en los instrumentos utilizados para la recolección de esta información.

No siendo un problema ajeno al entorno, la OMS reportó que la región de Latinoamérica hace parte de los países que tienen tasas de amamantamiento por debajo del 40%. Citando a la AEP, se encontró que en Colombia la epidemiología del amamantamiento también se realiza con las Encuestas Nacionales de Salud (ENS). Observemos lo que ésta notificó (2015: 188)

En Colombia, 90.6% de los niños menores de 6 meses lacta, y no hay diferencias significativas entre área urbana y rural. El 46.8% de los niños menores de 6 meses lactan exclusivamente: 47.7% en el área urbana y 44.8% en el área rural. Entre los 2 y 3 meses de edad, sólo la mitad (51.1%) lacta de forma exclusiva, y a los 4 meses la cuarta parte (26.1%). Apenas la tercera parte de los niños entre 20 y 23 meses lactan (32.3%).

Esta información es alarmante. Ahora, La ENS (2015: 159) continúa diciendo que la duración de dar seno exclusivamente en Colombia no es superior a los primeros seis meses y la compara con el comportamiento regional así:

En Colombia, para el 2015 tan solo el 36,1 % de los niños y niñas menores de seis meses recibieron como único alimento leche materna resultado distante de países como Perú (2014) 68,4%, Bolivia (2012) 64,3% y Guatemala (2015) 53,2%, aunque relativamente mejor que países como Argentina (2012) 32,7%, Panamá (2013) 21,5% y México (2012) 14,4% (39).

Ahora bien, recordará el lector la recomendación de la OMS sobre la duración de la lactancia y observe ahora mismo, cuál es el tiempo estimado que una madre colombiana, amamanta a su bebé. La (ENS 2015: 163) indicó que: “el 45,5% de los niños y niñas de 6 a 23 meses aún recibían leche materna, revelando que en más del 50% de los niños de este rango de edad, las necesidades de energía y nutrientes eran suplidas en su totalidad por otras fuentes alimentarias.”

De la cita anterior es posible resaltar el hecho de que la mitad de la población de madres censadas, continúan dando leche materna a sus hijos/a hasta casi los 2 años de vida. Esto se podría estimar atípico considerando los reportes emitidos por las encuestas citadas, cuyos datos, de acuerdo con la UNICEF (2016), señalan que más de la mitad de la población mundial de madres, no llegó ni siquiera a los 6 meses en la continuidad del amamantamiento exclusivo de seis meses.

Llegados a este punto se hace necesario retomar o devolverse a la idea que se había enunciado hace unas líneas atrás, sobre el sentido o connotación social, cultural y de género que trae consigo el amamantamiento. Comprender las experiencias de mujeres que han decidido y logrado sostener un amamantamiento por más de doce meses, permite identificar las principales fuentes de motivación y ayuda que éstas tuvieron, y así aportar en el compromiso de disminuir la situación de hambre, retraso en el crecimiento, malnutrición y muertes a nivel mundial. Paralelamente, como dirá (Massó, 2023, p. 170) “dar seno está dentro del conjunto más grande las prácticas de crianza como el embarazo, el nacimiento y la exterogestación”. Con los movimientos feministas y los grupos militantes de las nuevas maternidades y paternidades, han emergido las Doulas quienes entre varias funciones del oficio, acompañan, promueven y sostienen a las personas que han decidido amamantar. El término doula

Se refiere a las mujeres con experiencia en el embarazo, parto y puerperio que acompañan a la mujer embarazada y le brindan un apoyo físico y emocional continuo (no médico), tratando de comprender las necesidades de la parturienta en cada momento, y ayudando a que la madre recupere la confianza en su capacidad fisiológica de parir, amamantar y criar a su bebé (Silin, 2010: 5).

No se debe confundir a una midwife (o enfermera) con una doula, pues la primera es un profesional de la salud y su trabajo inicia y termina en el ámbito clínico u hospitalario. Mientras que las segundas, no necesariamente tienen que ser enfermeras o profesionales para acompañar a los subsistemas familiares, ya que ellas pueden trabajar desde casa.

Ahora bien, vale la pena revisar en materia legal, cuáles son las condiciones generales que amparan a una mujer, empleada y madre lactante. Una madre que fue empleada antes del embarazo, puede gozar de cuatro meses de licencia de maternidad remunerados. Tiempo en el que podrá lactar exclusivamente a su bebé.

La ley 1822 de 2017 afirma que “la madre deberá tomarse entre catorce (14) a dieciocho (18) semanas después del parto, las cuales serán intransferibles” (Ministerio de Salud y protección social, 2022). Lo anterior se presta para interpretar que el campo laboral solamente está dispuesto a brindarle garantías económicas a las madres por ese lapso, haciendo caso omiso a las indicaciones del sector salud, respecto a lo perentorio de un amamantamiento exclusivo a libre demanda de 26 semanas, para garantizar un bienestar físico y emocional a la dupla. Desde este escenario es tentador pensar que las leyes (elaboradas y aprobadas en su mayoría por hombres con corrientes patriarcales) serían otro mecanismo de control y coerción del amamantamiento. Luego se discutirá más sobre esta premisa.

Después de cuatro meses, en Colombia, todas las madres que se encuentren en un trabajo formalmente reconocido tendrán que retomar su horario laboral habitual, que según la ley 2191 del 2022, está conformado por 48 horas semanales como máximo, para una jornada laboral diaria de 8 horas. De las cuales, solamente dispondrá de 1 hora sin descuento salarial para lactar a su bebé y luego podrá continuar durante ese mismo tiempo (60 min) y durante todo un año, dando seno a su hijo/a en las salas de lactancia que la infraestructura institucional deberá disponer en conformidad con la ley. Con todo, la demanda de nutrición y afecto de un bebé (y RN), supera en creces la disponibilidad de 1 hora de lactancia remunerada.

Con base a estos hechos, es posible considerar una incompatibilidad entre amamantar en las condiciones indicadas por la OMS y mantener un empleo formal en Colombia. Es presumible concluir que la legislación laboral, o los escenarios políticos, económicos, y afines de este País, no son pro lactancia, sino en extremo capitalistas. El sector empleo, con tales garantías laborales no parece importarle acompañar y facilitar un amamantamiento exclusivo en los primeros seis meses, y mucho menos parece mostrarse dispuesto a uno que se extienda más allá de doce meses. El mismo Ministerio de la protección Social (2020: 71) indica que “...en Colombia aún la lactancia no es completamente apoyada y promovida. Muchas instituciones sanitarias y sociales proveen servicios que a menudo representan obstáculos al inicio y a la continuación de la lactancia”.

Es un hecho que dar seno prolongadamente permite “...no sólo... una adecuada salud física y cognitiva, sino *que es la antesala* a la creación de lazos sociales en tanto la alimentación es el puente para la construcción del yo del niño” (la cursiva es mía) Ospina j, et al., (2015; p: 8). Amamantar es un acto que va más allá de nutrir el cuerpo del bebé. Lactar sustenta el amor,

introduce al niño en el mundo de lo simbólico, le concede una identidad en medio de una sociedad que le reconoce y nutre en la construcción de su personalidad.

Mientras simultáneamente, enviste de sentido el rol de la nueva madre, quién también liberará oxitocina, serotonina y otras hormonas asociadas con la sensación de felicidad, cariño y placer, creando asociaciones positivas entre la duración de dar seno y la sensibilidad materna para establecer un apego seguro Kim, Fonagy, Koose, Dorsettb & Strathearn (2014), citado por Ospina J, et al., (2015).

Es por todo lo dicho hasta este punto, que el fenómeno del amamantamiento se mueve en sustratos o niveles que van de lo biológico, lo individual, lo estructural, lo psicoafectivo, hasta pasar por los entornos familiares, laborales, comunitarios y políticos. Por lo tanto, resultó consecuente para este estudio preguntarse:

¿Cuáles son las características que configuran las experiencias en torno al haber amamantado por más de doce meses, de un grupo de mujeres de las ciudades de Cali y Palmira? En el marco de lo anterior, este estudio buscó caracterizar las motivaciones, valoraciones, prácticas, facilitadores, y barreras que han configurado las experiencias de haber amamantado por más de doce meses, en un grupo de mujeres de las ciudades de Cali y Palmira. Para conseguirlo se buscó (a) Reconocer cuáles fueron las motivaciones y valoraciones de un grupo de mujeres para asumir y desarrollar el amamantamiento por más de 12 meses. (b) Caracterizar las prácticas de haber amamantamiento por más de 12 meses de un grupo de mujeres que decidieron y lograron hacerlo, e (c) Identificar los factores percibidos como facilitadores y barreras para el amamantamiento por más de 12 meses, en la experiencia de un grupo de mujeres de las ciudades de Palmira y Cali.

Investigar sobre las experiencias de las mujeres que amamantaron prolongadamente a sus hijos, se justifica, en primera instancia, a nivel social. Quedó claro en la problematización, que las tasas que evidencian el número de personas que dan seno a los bebés en Colombia son bajas. De modo tal que si se conocen cuáles fueron los apoyos, motivaciones y demás elementos que configuraron las experiencias de las madres, servirá como base para generar estrategias que impacten la población de madres primerizas, con aras de aumentar el número de madres que tiene un amamantamiento exitoso, disminuyendo entre otras cosas las tasas de morbimortalidad y mal nutrición. Lo anterior apunta a contribuir el alcance de las metas de los ODS.

De igual manera, existe una alta probabilidad que, tras obtener los resultados de esta investigación, se puedan plantear proyectos de intervención, encaminados a promover grupos de

apoyo, en los que las mismas madres puedan acudir a otras que ya pasaron por situaciones similares mientras amamantaron. Esta investigación vale la pena, pues se centra en las experiencias de las madres lactantes (y no desde los saberes de los profesionales de salud ni desde el discurso occidental androcéntrico), siendo además novedoso en este último aspecto.

En el campo laboral, esta investigación podría generar ideas que se incorporen en empresas que emplean a madres lactantes, las cuáles trasciendan de lo escrito, a la práctica cotidiana real, es decir que se cumplan o ejecuten sin quedar muertas en las leyes. Desde un enfoque de género, en términos de Massó (2013) esta investigación aportará a una especie de “blindaje epistemológico” ante el poco valor, estima e incluso estigma que tiene en países occidentalizados el amamantamiento público y más si se trata de un niño mayor de doce meses. Se espera entonces poder aportar en la reducción de brechas de desigualdad de género, laboral y económica que supone ser una madre lactante. Finalmente, esta propuesta contribuye al Plan Decenal de Lactancia Materna (2010-2020) materna de Colombia, así como a la educación desde los más altos saberes de profesionales en distantes áreas (pero particularmente de la salud) hasta a los ciudadanos de a pie.

Llegados a este punto, resulta necesario mencionar cuáles son las investigaciones que se han realizado o llevado a cabo hasta el momento, sobre la práctica del amamantamiento superior a doce meses. Reconociendo los avances registrados a nivel mundial sobre personas que amamantan por más de doce meses, se encontró que, en Haití, P. Menon, Marie T. Ruel, Cornelia Loechl, y Gretel Pelto en diciembre del 2013, desarrollaron “...una estrategia de comunicación para el cambio de comportamiento (BCC, por sus siglas en inglés) para mejorar las prácticas de alimentación infantil y reducir la desnutrición infantil” (p. 2). Para tal fin, a través de una investigación cualitativa, por medio de entrevistas semiestructuradas, estudios de caso y grupos focales, se indagó a la muestra sobre sus saberes, y prácticas de alimentación infantil. El estudio, reveló que algunas de las prácticas que se realizan con la primera infancia, tales como las bajas tasas de lactancia materna exclusiva, la introducción temprana de papillas pobres en nutrientes, y la escasez de alimentos ricos en nutrientes, como los productos animales en la dieta de los niños, no son las más adecuadas, según las entidades de orden estatal.

Además, se encontró que la mayoría de las mujeres lactantes, no pudo continuarla debido a que tenían que reincorporarse prematuramente a sus trabajos. Se encontraron bajas tasas de lactancia exclusiva por esta razón. El estudio reporta que cuando la madre se reincorpora al ámbito

laboral, suelen haber separaciones prolongadas, además de falta de tiempo, para la preparación de alimentación complementaria adecuada. Menon, et. Al, (2013; p. 46)

En Moscow, Idaho, USA; Kimberly A. Lackey, Bethany D. Fehrenkamp, Ryan M. Pace, Janet E. Williams, Courtney L. Meehan, Mark A. McGuire, y Michelle K. McGuire (2021) se interesaron por realizar una revisión de la literatura, relacionada con la evidencia de los beneficios de la lactancia materna más allá de 1 año. En resumen, encontraron que

La LM durante el segundo año posparto, se asocia con duraciones más largas de LA, que a su vez alarga el IBI y afecta la fertilidad. Como los estudios se centran principalmente en las primeras etapas de la lactancia, la evidencia de que la estructura de la lactancia, la intensidad y la duración de la lactancia y la influencia de LA y la regulación de la fertilidad; sigue existiendo para las mujeres que amamantan durante >1 año. Sin embargo, las variaciones individuales y de población, sugieren que los factores transculturales e individuales juegan papeles críticos. A. Lackey, et. Al. 2021; (p. 30)

En California, USA, Stearns y colegas 2011; (p. 538) llevaron a cabo una investigación titulada *Cautionary Tales About Extended Breastfeeding and Weaning* cuyo objetivo principal fue “Analizar a profundidad las entrevistas realizadas a 66 madres lactantes en el norte de California.” De manera particular se buscó “examinar la forma y el contenido de los discursos prevalentes sobre la lactancia materna prolongada.” Los autores, mencionan varios resultados clave de su investigación.

En primer lugar, afirman que la LM es un intrincado y exigente proceso de trabajo materno, que está condicionado por un entorno protector o de acompañamiento. Consideran que el éxito de la lactancia, depende de las actitudes, pensamientos y prácticas de las madres, pero también del entorno que las acompañe y apoye. Adicionalmente los autores proponen adelantar esfuerzos para cambiar el enfoque o perspectiva social, en la cual, la responsabilidad de la lactancia recae únicamente en la madre y no en la sociedad. Más aún, plantean la necesidad que existe de hacer visible y admisible un amamantamiento por más de doce meses. De ahí que finalicen diciendo que: “Los esfuerzos de salud pública para promover la LM, deben incluir imágenes de niños mayores amamantando, y texto adjunto, que indica que el niño de la foto camina, habla y pide leche materna.” Stearns, 2011; (p. 609)

En el medio de América del Norte, New York, E.E.U.U. Lauren Cockerham-Colas, Laura Geer, Karen Benker, y Michael A. Joseph, en el año 2012, se preguntaron cómo son las actitudes y los

conocimientos de algunos profesionales de la salud, respecto a la LMP. Antes de que los participantes recibieran capacitación sobre la LMP, reportaron actitudes negativas por niños/a que seguían siendo lactados con edades entre 3 y 4 años. Luego de la capacitación, el personal en salud, tuvo una aceptación de la LMP estadísticamente significativa. Presentar imágenes o videos de niños mayores lactantes, puede conducir a actitudes más positivas hacia la LMP entre los profesionales de la salud. Esta investigación se tituló *Exploring and influencing the knowledge and attitudes of health professionals towards extended Breastfeeding*.

En centro América, en Costa Rica, se conoce lo que sucede en torno a la LMP gracias a la investigación realizada por Arias, M. y Gutiérrez, O. en (2012). Los autores indagaron acerca de las percepciones de las madres lactantes sobre el apoyo recibido durante el amamantamiento de sus hijos. Señalan los resultados obtenidos de su interés investigativo, con las siguientes palabras:

El 96% de las madres dijo haber recibido algún tipo de apoyo durante el proceso de amamantamiento. La abuela materna (71%), el esposo (61%), hermana (57%) y amigas (50%) son las personas que más apoyan a las madres lactantes. El apoyo brindado consistió principalmente en colocación del niño al pecho (54%), cuidados de los pezones rotos (46%), importancia de brindar leche materna (43%) y actitud positiva de la familia hacia la lactancia (39%).

En México, en el año 2022, las autoras Sara Morales López, Mariana Colmenares Castañob, Verónica Cruz-Liceac, María del Carmen Iñarritu Pérezc, Natalia Maya Rincónd, Aidee Vega Rodríguez, María Rosario Velasco Lavínc; realizaron una revisión sistemática sobre la importancia de la LM. En dicho estudio, se presenta un panorama epidemiológico de la LM en México. Se describe los principales constituyentes de la leche, los beneficios de amamantar tanto para el bebé como para la madre, las barreras y mitos que influyen en la lactancia materna, los principales problemas de la LM y cómo resolverlos, los pasos propuestos y la técnica para lograr una lactancia exitosa y promover una cultura de LM. En los resultados más relevantes, López, et. Al. 2022; (p. 60) encontraron que:

Las principales barreras para la lactancia son las políticas inadecuadas e insuficientes que no la protegen ni la promueven, las violaciones al Código Internacional de Sucedáneos de la Leche Materna, las deficientes licencias de maternidad y la poca protección a la lactancia en el trabajo, así como la insuficiente preparación del equipo de salud para dar consejería y acompañamiento durante la lactancia.

En Países de habla hispana o latina, en Gibara, Cuba, los autores J. Tejada G. Alejandro R. Guach D. Elizabeth A. Tamayo I. Ramón M. Abreu, hace dos años (2021) realizaron una Intervención educativa sobre los beneficios inmunológicos de la lactancia materna para los lactantes.

Los resultados de la intervención educativa, permitió que Tejada, et. Al; 2020, (p. 58) concluyeran: “La intervención educativa, mostró una mejoría de los conocimientos sobre la LM, del 97,1% total de la población. En segunda medida, la intervención educativa, mejoró la técnica de amamantamiento a un 77,2% de toda la población”.

Adicionalmente, los autores demostraron que “una LM de calidad protege a los lactantes del desarrollo de enfermedades neoplásicas infantiles, se asocia a un menor riesgo de prevalencia y morbilidad hipertensiva y diabética; a la vez que disminuye la incidencia de las infecciones respiratorias” Tejada et. Al. (2020). Finalmente, los autores citados, comentan que una sugerencia para realizar investigaciones relacionadas con la LM, es pertinente en el futuro, “dada la importancia de educar a la población sobre temas relacionados con enfermedades crónicas de alta prevalencia y cómo una LM de calidad es el mejor tratamiento preventivo...” Tejada, et. Al; 2020, (p. 70) A modo de brecha, debo comentar que éste centra la atención en la LME durante los primeros 6 meses de vida del lactante, pero no menciona nada sobre el AP.

En Toledo, España; Melgar de Corral G, Villar de la Fuente MC, de Dios Aguado M, Gallego y Moreno MF en al año 2017, se inquietaron por conocer las opiniones y las representaciones colectivas sobre la LM de un grupo de mujeres que asistían a talleres realizados u orientados por el grupo de enfermería de un hospital. Esta investigación concluyó que: “para establecer una LM duradera es imprescindible tener en cuenta el estado emocional de la madre, asesorarla y ayudarla a encontrar herramientas que le permitan conseguir un vínculo materno filial sólido que contribuya a vencer las dificultades que se encontrarán madre e hijo/a durante el periodo de lactancia” M. de Corral; et. Al.; 2017 (p. 30)

En el mismo País, o sea en España, la doctora Isolina Riaño Galán, en su artículo titulado “Lactancia materna prolongada: ¿tiene inconvenientes?” (2021; p. 8) presenta una discusión de alta relevancia para el presente estudio. Afirma:

Uno de los principales problemas a la hora de conocer los efectos de la LMP, es la variedad de definiciones sobre LM. Además, es difícil invocar un efecto puro de la LMP pues varía la cantidad de leche materna que reciben y existen otras muchas variables de confusión,



principalmente el entorno y las características de las madres que amamantan un mayor periodo.

La autora afirma que la evidencia científica que soporta los beneficios para la salud de la diada lactar, están en función de la LME. “Por ello, es posible que el hecho del destete precoz, especialmente en los países occidentales, esté privando a los lactantes del efecto protector que supondría una LMP.” Riaño, 2021; (p. 2)

A cerca de los efectos psicológicos o más bien emocionales de la LMP sobre el bebé, Riaño (2022) afirma que los prejuicios populares sobre la LMP como factor determinante que ocasionará desajustes mentales en los niños, y problemas de adaptación social, son sólo eso: prejuicios, ideas sin fundamento o falsas creencias. En resumen, Riaño (2022, p. 3) sostiene que “no parece existir ninguna razón médica para recomendar el destete en un determinado momento.”

En Colombia, en el distrito Capital de Bogotá, Vargas-Zarate, Becerra-Bulla, Balsero-Oyuela SY, Meneses-Burbano YS, (2020) realizaron un artículo de revisión titulado “Lactancia materna: mitos y verdades.” El objetivo de los investigadores, fue identificar las creencias respecto a la LM y confirmar si hay o no evidencia científica que las soporte. Al final, debido al gran número de mitos y creencias no avaladas por la ciencia que encontraron (más de 1.000), los autores concluyeron: “Se deben reforzar los programas de educación en LM ofrecidos a las madres gestantes y lactantes, así como a su red de apoyo, con el fin de desmitificar creencias que entorpecen la práctica efectiva de la LM.” Vargas-Zarate; et. Al. 2020; (p. 608)

En el oeste de Colombia, en el Departamento de Caldas, Manizales, en el año 2017, Moreno y Pava, dispusieron conocer cuáles eran los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la lactancia materna en las madres beneficiarias del programa “Alimentamor”. De la investigación, Moreno y Pava; (2017; p. 25) afirmaron que las participantes “...manifestaron sentimientos de miedo y ansiedad que habían interferido en su práctica y deficiencias en la información y el apoyo de los profesionales de la salud para motivar la LM, papel asumido por el programa “Alimentamor”. Sin embargo, no reportan de manera específica, cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la LMP.

Finalmente, en Santiago de Cali, Valle del Cauca Meneses, Prieto, Llantén, Pérez, Villegas, y Uribe de Oliveros; (2019) realizaron una investigación titulada “Experiencia sobre la lactancia materna en un grupo de madres de un jardín infantil de la ciudad de Cali” En su informe describen

la experiencia sobre lactar en un grupo de madres de niños menores de 2 años en un jardín infantil en Cali. Los resultados indican que el éxito de una lactancia está relacionado con la edad, las creencias, el deseo del embarazo y el nivel educativo de la madre. Afirman que la educación prenatal sobre LM funciona y que entre mayor edad tenga la madre, mejor será el amamantamiento. Las autoras reconocen como una limitación de su investigación, es el hecho de que la muestra con la que trabajaron fue pequeña, la cual no permite establecer relaciones entre variables, ni mucho menos, realizar generalizaciones sobre el universo de mujeres lactantes.

Con este panorama investigativo en mente, sabiendo cuáles son los principales hallazgos de las investigaciones anteriores, y considerando que las principales recomendaciones de éstas investigaciones invitan a explorar o estudiar de manera cualitativa el fenómeno de la percepción de la práctica de lactar desde las mismas voces de quiénes lo experimentan; es una puerta de entrada también, para justificar la relevancia de la presente investigación, para el área temática o más específicamente, para la psicología de la salud.

Conocer las experiencias sobre el amamantamiento por más de doce meses de un grupo de mujeres, brindó un acercamiento a los vínculos que se crearon entre todos los miembros que participaron en el acto. Los vínculos, las relaciones, las experiencias y los cuidados asociados con la lactancia, son un tema de interés para los diferentes enfoques de la psicología. Entonces, describir las prácticas del amamantamiento, que, traducido en términos de la psicología en salud, hace parte del conjunto de comportamientos que sustentan las acciones encaminadas al proceso de salud, permitirá en perspectiva, desarrollar estrategias dentro de un programa de promoción del amamantamiento superior a 12 meses con varias perspectivas: 1.) disminuir las probabilidades de adquirir enfermedades crónicas a largo plazo. 2.) disminuir los riesgos de morbimortalidad a corto plazo. 3.) Desde una perspectiva de género, se puede aportar evidencias que nutran la elaboración de epistemologías feministas que reivindiquen la importancia de amamantar desde las narraciones de las mismas mujeres, y no desde las voces hegemónicas patriarcales de siempre. 4.) Motivar a la construcción y fortalecimiento de “tribus” de maternidades y paternidades comprometidas con la crianza.

A partir de esta investigación se brindaría la primera parte de lo que posteriormente podría ser un programa de promoción del amamantamiento por más de doce meses, que podría encajar en los programas de promoción y prevención (PYP) de diferentes instituciones tanto de salud (p.ej.

centros de salud de la red pública, hospitales, etc.) como de educación (centro de desarrollo infantil CDI, hogares comunitarios, jardines, etc.)

Es entonces momento de realizar una breve pausa, para exponer los principales fundamentos conceptuales, teóricos o modelos de pensamiento, que tomó la presente investigación para el análisis del fenómeno en cuestión. El modelo seleccionado para la presente investigación es el Determinación Social de Salud (DSS). Cardona (2016: 186) indica que éste se caracteriza por comprender e intervenir los procesos de salud/enfermedad “como un proceso determinado social e históricamente, *en el que se interrelacionan diferentes componentes en tres dominios de la realidad...*” (la itálica es mía) esos tres componentes son el singular, particular y global.

Esta investigación pretende caracterizar las experiencias sobre un grupo de mujeres que sostuvo un amamantamiento superior a doce meses, las cuales se conciben vinculadas con la red social de apoyo, suponiendo que dichas vivencias se configuran sincrónicamente con la suma de las realidades culturales en las que ellas se inscriben, de las condiciones económicas presentes o, en suma y como ya se dijo, del fenómeno con sus múltiples tramas de acción y sentido. De este modo o entre paréntesis, el concepto de experiencia para esta investigación, tendrá toda la connotación filosófica, epistemológica y subjetiva que el filósofo Kant le impregno a la misma. Es decir que, en esta investigación, una experiencia será “...sin duda alguna, el primer producto surgido de nuestro entendimiento al elaborar éste la materia bruta de las impresiones sensibles... es una percepción y *aprendizaje* comprendido.” (la itálica es mía) Asociación Revista de Filosofía de Santa Fe, (2007: 9) O sea que, las experiencias fueron todas las comprensiones, entendimientos, impresiones, sentidos y aprendizajes personales que cada una de las mujeres lactantes obtuvieron, mientras amamantaron.

Se prosigue a dar cierre al paréntesis o nota anterior, en consideración al modelo DDS que en el primer párrafo se mencionó, pues de cara a éste, resulta esencial definir tres conceptos que hacen parte de él: prácticas de salud, estrategias de entornos saludables, barreras y facilitadores en salud. De acuerdo con (Medrano, et. al., 2020) Una práctica en salud se entiende como la capacidad que tienen los profesionales en salud, de comprender y aplicar muy bien los métodos de su disciplina profesional, de manera tal que puedan ponerlos en práctica cuando deban tomar decisiones clínicas al momento de brindarle atención a los pacientes.

Los mismos autores exponen una ideología y un método denominado prácticas basadas en la evidencia (PSBE) que, de acuerdo con Bloom, Fischer y Orme, (2009); citado por Medrano, et. Al., (2020: 7) "...representan el compromiso de los profesionales para usar todos los medios posibles para obtener la mejor evidencia posible acerca del problema que aqueja al usuario y los modos de planificar e intervenir sobre esos problemas". Es importante finalizar este concepto, haciendo referencia a las palabras de los autores ya citados

Cabe señalar que fundamentar nuestro ejercicio como profesionales de la salud en base a conocimientos generados a partir de un método científico no implica renunciar a considerar las preferencias y características particulares de cada paciente, ni desatender el criterio propio de cada profesional. Por el contrario, desde las PSBE se considera que los estudios empíricos no apuntan a reemplazar el juicio clínico sino a enriquecerlo. (Medrano, A. et al., 2020: 4)

Dicho esto, es momento de definir qué son las Estrategias de Entornos Saludables (EES). De acuerdo con el Ministerio de Salud y protección Social de Colombia (2022) las EES

se define como el conjunto de actividades e intervenciones intersectoriales de carácter básicamente promocional, preventivo y participativo que se desarrollan para ofrecer a las personas protección frente a las amenazas para su salud, y a su vez, permitirles ampliar sus conocimientos y capacidades para identificar los riesgos y actuar oportunamente frente a ellos. (*Páginas - Entornos Saludables*, n.d.)

Un entorno saludable no es simplemente el ambiente, lugar o espacio que habita un ser humano, sino que se convierte en un entorno saludable, cuando se aplican las estrategias de acción en dichos espacios. Dicho de otro modo, todos los entornos en los que se desenvuelven los seres humanos pasan a ser saludables, cuando las acciones intersectoriales del País, son efectivas de lo contrario, no lo será.

En esta lógica es que aparece entonces el concepto de barreras y facilitadores en salud. En primer lugar, se debe aclarar que no fue posible hallar un concepto unificado e integrado. Lo que sí es cierto, es que, en varios artículos de investigación, se encontraron características generales sobre qué son las barreras y qué son los facilitadores en salud. Dichas características se podrían entender mejor desde el modelo de DSS ya definido, en tanto ciertos autores consideran que, en nuestro País,

las barreras principales de salud están asociados con equidades sociales de fondo como pobreza extrema, zonas residenciales con difícil acceso a los principales centros de salud, etc.

De manera textual, Aday y colegas explican que “Las... barreras se *clasifican* acorde con al modelo de Tanahashi... corresponden a la dimensión disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y a contacto... Los elementos facilitadores... tienen relación con factores personales, relación entre prestadores y usuarios, apoyo social, información sobre la enfermedad y adaptación de los servicios al paciente” (la itálica es mía) (Aday et al., 2013: 1) .

En consideración a este último párrafo, se puede decir entonces que el siguiente concepto a definir, hace parte de los facilitadores de salud. Se trata del concepto de bienestar subjetivo. En primer lugar, hay que mencionar que existen diferentes modelos explicativos de éste. Sin embargo, para la presente investigación cuando las participantes aludan o señalen algún tipo de bienestar subjetivo, será porque indiquen una “...realización... *que genera satisfacción de acuerdo con el nivel de adaptación... a las aspiraciones, que está* influido por la experiencia pasada, las comparaciones con los demás, los valores personales y otros factores” (la itálica es mía) (García, 2002: 32).

En otras palabras, de acuerdo con Sheldon y Elliot, (1999), citado por García (2022: 33) el bienestar subjetivo estará más relacionado con la autoconcordancia, “en el que *las* necesidades no se consideran tan universales sino mediadas por los intereses personales de cada uno.” Esto quiere decir que no hay un solo bienestar como estándar, sino que éste se ajusta a los propios criterios de las personas y grupos a trabajar. En ese sentido, las barreras y facilitadores no necesariamente serán homogéneos, sino que podrán variar según cada caso y necesidad.

Una vez ha quedado claro cuál es la definición de facilitador y bienestar subjetivo, es necesario hablar del desarrollo infantil, considerando dentro del bienestar subjetivo, como desde la perspectiva de la madre, el bienestar también podrá estar ligado a la interpretación que ellas realizan, sobre qué es bueno o qué les genera bienestar a sus hijos. De manera sucinta, recordaré al lector que en la historia de la humanidad, el desarrollo infantil ha sido un tema trascendental y extenso, que ha desembocado diferentes definiciones con base a los diversos periodos históricos, así como las orientaciones profesionales.

Como soporte de lo anterior, es precioso mencionar determinadas tendencias que orientaron diferentes modelos teóricos del desarrollo infantil, resaltando tres grandes corrientes de pensamiento particular, representadas principalmente por los postulados de Locke, Rousseau y

Marx. De acuerdo con Urbano y Yuni, (2016) citado (Fass, 2018: 22), es gracias a Marx, que se deriva una fuerte influencia del contexto socio-histórico, logrando sobrevivir en las teorías de "...Vigotsky, la teoría bio-socio-afectiva de Wallon, la teoría bio-ecológica de Bronfenbrenner, la teoría psicosocial de Erikson, las teorías sistémicas, entre otras."

De las últimas teorías citadas, emerge la psicología evolutiva contemporánea, causando una ruptura conceptual y metodológica sobre cómo se venía concibiendo el desarrollo infantil, dando paso a la "Psicología del Ciclo vital", según la cual, el desarrollo es visto como

un proceso continuo, progresivo y flexible que abarca la evolución del ser humano desde el nacimiento hasta la muerte... tiene un carácter integrador y... se caracteriza por ser multidimensional y multidireccional, debido a que no sólo implica el desarrollo biológico de las personas, sino que incluye además aspectos psicológicos y sociales.... plantea que el desarrollo infantil se encuentra íntimamente asociado con el contexto socio-histórico y cultural en el cual el individuo se halla inmerso, con el que establece una relación dinámica y dialéctica... en cuyo interjuego se condicionan e influyen mutuamente. De allí que el hombre es entendido como un todo organizado en permanente cambio, como un sistema abierto que busca continuamente el equilibrio y que se encuentra determinado por el medio en el que vive (Fass, 2018: 24-25)

Con esta definición se puede realizar una interpretación implícita de otro concepto que es capital tanto para el desarrollo infantil como para el amamantamiento superior a doce meses. Aludo al vínculo. De acuerdo con Vives, (1991), citado por Rodríguez, G. (2006: 179) el vínculo "Comienza a establecerse... a partir de la gestación o a partir de la percepción de los movimientos fetales y se formaliza en el momento del nacimiento, atravesando todo tipo de vicisitudes."

Como las ciencias médicas y sociales lo evidencian, no hay nada más frágil e indefenso que un recién nacido. Este estado de vulnerabilidad e inmadurez biológica y mental singular de los bebés humanos, es bastante prolongado con relación a los demás mamíferos, lo que ocasiona la imperiosa necesidad de dependencia física y emocional a otro ser humano en sus primeros meses de vida.

"...inicialmente la conducta afectiva siempre se dirige hacia la madre. Al hallarse presente la madre o una figura de apego importante, la mayoría de los niños se sienten más seguros y confiados y de esta manera aumentan sus ansias exploratorias, en su ausencia, por el contrario, se angustian y crece su timidez" Bowlby (1990), citado por Rodríguez, G. (2006: 179).

De acuerdo con las entidades como OMS, UNICEF, AEP, inobjetablemente, la lactancia materna es el primer acto constituyente del vínculo madre/hijo. La OMS (2022) indica que la lactancia materna “Propicia un lazo único, íntimo y profundo entre la mamá y su bebé.” En este sentido, Marín et al., (2015: 9) afirman que “Uno de los momentos más enriquecedores a la hora de posibilitar esta vinculación es el momento de la lactancia ya que en esta, tanto la madre como el recién nacido están haciendo un intercambio que resulta beneficioso para ambos.” Intercambio que pasa por lo biológico hasta lo emocional, social, y político. Por tanto, hablar de ciclo vital como concepto amplio, permite no solo pensar en el bebé-infante, sino también en la mujer-madre-lactante. Es decir que se aborda el ciclo individual, de madre e hijo, pero también de la diada, desde una mirada sistémica, hasta alcanzar a la sociedad en su macro sistema, pues “...la teta no es necesariamente doméstica (de hecho, lo es solo en las sociedades occidentales, y esta reclusión tiene mucho de opresión de género)” Massó (2013: 176) pues cuando se realizó la división de las prácticas que, en el marco de la producción económica, generaban prestigio en tanto nivel de poder adquisitivo, amamantar pasó a lo privado, quedando en “desgracia” o “poca valía.” No obstante, el enfoque de género reclama que esta división y poca valía de la vida doméstica, cambie de perspectiva. Bien lo expresó (Massó, 2013, p. 182)

Hoy se reivindica que el cuidado sea asumido también por los hombres, pero no como una condena sacrificial que haya que compartir, sino porque esa esfera contiene importantes valores de los que también aquel sector de la sociedad puede beneficiarse. Así, promover los valores del cuidado, sin una distinción de género, es relevante en sí mismo.

Finalmente, en el anexo número 2 tabla 2: Categorías de Análisis preliminares, se presentan las categorías de análisis que surgieron producto de los conversatorios con cada una de las participantes. A propósito de esto último, en lo que proseguirá del presente escrito, se describirá el método utilizado en la presente investigación.

En este punto del documento, es preciso hacer una presentación sobre el **Método** que se empleó para el presente estudio.

**Tipo de estudio:** El presente estudio se circunscribe en el paradigma *cualitativo* porque pretendió analizar el fenómeno del amamantamiento por más de doce meses, desde la perspectiva o realidad de la misma población objeto de estudio, a fin de lograr profundizar la manera en que las participantes transitaron dicha experiencia. En este sentido, de acuerdo con Estupiñan Aponte,

(2008) el enfoque cualitativo, es el que propicia que las experiencias personales se constituyen en formas de conocimiento.

**Diseño:** El enfoque de esta investigación es *fenomenológico* pues de acuerdo con Creswell (2018) este tipo de enfoques permite que el investigador, como pieza clave del proceso, sea quién teja las historias o experiencias que se entremezclan del fenómeno objeto de estudio. En este caso, se trató de analizar cómo las participantes describen y entienden la práctica de dar seno durante más de doce meses o un año, teniendo algunos rasgos narrativos pues de acuerdo con Salgado, (2007) mientras narran sus experiencias, pueden ir y venir sobre éstas, generando en la población nuevos significados o nuevas reflexiones.

**Participantes:** Se entrevistaron un total de seis mujeres colombianas, tres de la ciudad de Palmira y tres de la ciudad de Cali del Departamento del Valle del Cauca, pues una vez se terminaron los conversatorios o entrevistas con ellas, se cumplió con el criterio de saturación de muestra. La estrategia de acceso a las participantes fue a través de un informante clave que lidera un círculo de mujeres que realizan yoga prenatal, la investigadora se contactó con dicha líder, explicó la investigación, recibiendo su aval o autorización para acceder al grupo de WhatsApp. A través de este último, se hizo la convocatoria abierta y voluntaria, para que las mujeres que desearan participar en la investigación y que hubiesen tenido un amamantamiento por más de doce meses, participaran del trabajo de grado de investigación. Por ende, la muestra fue intencional, con representatividad cultural. Una vez que las participantes tomaran la decisión de participar, se contactaron por mensaje privado con la investigadora, quién les brindó detalles de la intención investigativa.

Antes de acordar los encuentros e intervenir a la población, la investigadora adjuntó vía mensaje de texto y correo electrónico los consentimientos informados. A cada una, se les pidió que por favor lo leyeran detenidamente antes de cumplir la cita. Una vez se encontró la investigadora con cada una de las participantes, la investigadora presentó los consentimientos impresos, resolvió inquietudes al respecto y se procedió a recolectar las firmas. En seguida, la investigadora realizó la actividad de la foto voz con para proseguir con las entrevistas.

En todos los casos, las experiencias compartidas para esta investigación hacen referencia a su primer hijo/a. Las participantes son profesionales, algunas con posgrado y todas excepto una, trabajaron de forma remunerada durante el periodo de lactancia. Al momento de la entrevista



cuatro de ellas continuaban lactando y las otras dos habían dejado de lactar hace 4 años. En la tabla número 1 llamada “caracterización de las participantes de estudio”, se brinda más información.

**Tabla 1**

*caracterización de las participantes del estudio*

Participante	Edad	No. Hijos	Estado Civil	Vive con	¿Lacta aún?	Profesión	Empleada
Atenea	42	2	Casada	Esposo e hijos	No	Psicóloga	Si
Hiparquia	36	1	Casada	Esposo e hijo	Si	Administradora	Si
Afrodita	42	1	Soltera	Madre e hijo	Si	Abogada	Si
Hera	41	1	Casada	Esposo e hijo	No	Lic. Pedagogía	No
Gea	44	2	Casada	Esposo e hijos	Si	Comunicadora	Si
Perséfone	43	1	Casada	Esposo e hija	Si	Arquitecta	Si

*Nota:* Los nombres de las participantes fueron cambiados, para garantizar su protección.

**Criterios de inclusión/exclusión:** Las personas que quisieran participar en el presente estudio, tenían que ser mujeres, madres y haber realizado una lactancia materna superior a doce meses. No era necesario que todavía estuviesen amamantado a sus hijo/as durante la recolección de información. Tampoco se discrimino sobre el número de hijos, nivel escolar, estado civil, o actividad laboral. No podían participar del presente estudio personas con discapacidad mental, para lo cual, se garantizó de que no tuviesen está condición, aplicando un test breve (MOCA) antes de la entrevista. Tampoco podían participar personas con enfermedades psiquiátricas, así que antes de la entrevista, se les preguntó que, de manera honesta, comentaran si alguna vez habían recibido ayuda de un psiquiatra o habían estado medicadas por alguna condición mental, pues era relevante que los sujetos pudiesen tener una correcta ubicación autopsíquica y alopsíquica, que suele estar comprometida en casos de las patologías mencionadas.

**Técnicas:** Las técnicas que se utilizaron para explorar las experiencias de las participantes en torno al amamantamiento, fueron dos: la entrevista semi estructurada (con duración de dos horas) y como técnica complementaria se utilizó la foto voz. Esta última se define como “una estrategia de etnografía visual en la que a través de la realización y utilización de fotografías los sujetos informantes pueden expresar sus ideas, concepciones, pensamientos, relaciones e interacciones, favoreciendo así la implicación directa de los sujetos en la producción de la información”. (Angulo Rasco, 2007, p. 6)

Se le solicitó a cada una de las seis participantes que previo al encuentro, escogieran cinco fotografías o imágenes que ellas asociaran con la experiencia de dar seno. Se les aclaró que no necesariamente debían ser retratos en los que ellas estuvieran ofreciendo el pecho a sus hijo/as, sino cualquier otra acción o práctica que ellas relacionaran con lactar. Luego, durante el encuentro (y no sin antes haber socializado y firmado el consentimiento informado, ver anexo 3), la investigadora preguntó si habían traído las imágenes conexas con amamantar, ante lo cual todas indicaron que las tenían en formato digital en sus teléfonos. La investigadora les preguntó si les gustaría compartir con ella tres de las cinco imágenes que escogieron, mientras explicaban el porqué de su elección. Al final, la investigadora abordó las fotos restantes, enlazándolas con las preguntas de la entrevista. Los resultados obtenidos durante el ejercicio de la foto voz, no se consideraron a la hora de realizar la presentación y análisis de resultados, ya que, en común acuerdo con la directora tesis, la estrategia se usó para “romper el hielo” entre la investigadora y las participantes, a fin de crear un ambiente de empatía y rapport que permitiera mayor fluidez y tranquilidad, durante la entrevista. No obstante, dada la autorización brindada por las participantes, se utilizarán en las presentaciones visuales que se hagan de este estudio.

Por su parte, la entrevista fue una especie de derrotero flexible (pues con ellas se buscó motivar a las participantes a hablar del tema fluida o espontáneamente, haciéndoles saber que no existía ningún tipo de juicio y censura ante lo que decidieran compartir) que, en función de los objetivos planteados en la investigación, se distribuyó en cinco apartados, con cuarenta preguntas, la cual se adjunta a modo de anexo número uno al final del documento. Este instrumento fue revisado y avalado por dos jueces expertos y posteriormente piloteado con una mujer de 32 años cuyo hijo de tres años continuaba lactando al momento de entrevistarla. La experiencia obtenida del pilotaje no se incluyó en los resultados la investigación.

Es importante decir que para el análisis de resultados se utilizó ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH año 2002-2023 versión web. El diario de campo verbal que elaboró la investigadora una vez terminó cada una de las entrevistas, se utilizó para garantizar la reflexibilidad y posicionalidad de la investigadora, debido al lugar que ella ocupa en la investigación. Las declaraciones que se detallarán más adelante, en el apartado de consideraciones éticas, ampliará más esta idea. Por ende, es preciso indicar que, los relatos de la investigadora en el diario de campo no se consideraron a la hora de realizar la presentación y análisis de resultados. El tipo de análisis fue temático que es “una técnica de investigación para identificar, analizar e informar patrones, es

decir, temas dentro de los datos recopilados empíricamente. Organiza y describe el conjunto de datos en detalle, e interpreta aspectos del tema”. (Escudero, 2020, p. 89) Las entrevistas fueron grabadas y transcritas por la investigadora, además de codificarlas en el atlas ti.

Finalmente, las categorías de análisis pre-establecidas en función de los objetivos específicos de la investigación y que sirvieron de derrotero o guía para el análisis de las respuestas obtenidas por las participantes, se presentan en la siguiente tabla y se definen en el apartado de resultados.

**Tabla 2**

*Categorías y códigos de análisis de datos*

CATEGORÍAS	CÓDIGOS ATLAS TI
1. Motivaciones y valoraciones	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Intrínsecas</li> <li>2. Extrínsecas</li> <li>3. Personal</li> <li>4. Espiritual</li> <li>5. Sociales</li> </ol>
3. Prácticas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Significados</li> <li>2. Técnicas</li> <li>3. Entornos</li> </ol>
4. Facilitadores	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Redes de apoyo</li> <li>3. Comida</li> <li>3. Formación</li> <li>4. Medios</li> </ol>
5. Barreras	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ocupacional</li> <li>3. Salud mental</li> <li>4. Salud física</li> <li>5. Profesionales de la salud</li> <li>6. Sociocultural</li> <li>7. Red primaria</li> </ol>

**Procedimiento**

La directora de tesis, relacionó a la investigadora con la líder de un grupo de crianza, quién además había finalizado sus estudios de postgrado en la Pontificia Universidad Javeriana Cali y se había interesado en investigar temas asociados con la crianza. Una vez la líder autorizó establecer contacto, la investigadora le explicó sobre el tema de interés y la necesidad de acceder a mujeres que hubiesen dado teta por más de doce meses. La líder indicó que lo comentaría con las mujeres que pertenecen al círculo de crianza, y que le compartiría a la investigadora los datos de contacto de quiénes estuviesen interesadas en participar. Según lo indicó la líder, el tema causó tal impacto

en las participantes que todas manifestaron el deseo de participar en la investigación, e incluso le extendieron a la investigadora la invitación para hacer parte del círculo. Una vez la investigadora se unió al grupo, expuso de manera abierta a todas las integrantes el tema de investigación invitando a participar de manera voluntaria a cualquier mujer que hubiese dado seno por más de doce meses.

Una vez que todas las integrantes del círculo de crianza que cumplían con los criterios de selección expresaron el deseo de hacer parte del estudio y por iniciativa propia le compartieron los datos de contacto a la investigadora, ésta se puso en contacto vía telefónica (WhatsApp o llamada) con cada una de ellas, para acordar día, hora y lugar del encuentro. Una semana antes de éste, la investigadora envió vía email y WhatsApp a las participantes el consentimiento informado a fin de que pudiesen leerlo con tiempo, comprenderlo e indicarle a la investigadora si accedía o no a las condiciones de la investigación.

Luego de resolver dudas y firmar el consentimiento informado, la investigadora procedió a solicitar cinco imágenes relacionadas con el amamantamiento (tal y como se explicó en la página 23, en técnicas). Con respecto a los encuentros, una de las entrevistas se llevó a cabo en la residencia de una de las participantes que vive en la ciudad de Cali a solicitud de ésta misma, pues como ella tiene instalada su oficina ahí, indicó que se le facilitaba atender a la investigadora en ese espacio para luego continuar con sus labores. Pese a que la oficina está en la misma vivienda de la participante, las puertas de acceso son distintas y los espacios están separados por paredes, por lo que, durante la entrevista solo estaba presente la participante y la investigadora. Dos de las seis entrevistas, se realizaron a solas en los sitios de trabajo de ellas (oficinas) y las últimas tres, se ejecutaron en el consultorio de la investigadora, ubicado en la ciudad de Palmira.

Antes de iniciar las entrevistas la investigadora verificó con las participantes que los consentimientos informados estuviesen debidamente diligenciados y que no hubiese ninguna objeción o duda al respecto. Luego, hizo una breve presentación de ella (indicando nombres y qué estaba estudiando), explicó el objetivo del estudio, y en seguida, previa autorización de las participantes, indicó que iba a encender la grabadora para dar paso a la recolección de la información empleando las dos técnicas que se describieron anteriormente.

### **Consideraciones éticas**

Es necesario reconocer las potenciales amenazas que Lee (1993) indica puede haber en un estudio de temas sensibles y personales. La primera es una amenaza por intrusión, que se da cuando

se tocan temas que pueden ser muy personales para los participantes. Por ejemplo, sobre su sexualidad, identidad, política, etc. También se da cuando se tocan temas que les recuerden eventos traumáticos y los puedan afectar emocionalmente.

Durante la recolección de datos, el único evento que se presentó relacionado con la amenaza por intrusión, fue con la participante Afrodita, pues al inicio del encuentro, le costó trabajo hablar con la investigadora porque según expresó posteriormente, antes y durante el embarazo sufrió de ansiedad y depresión por dificultades que tuvo con la ex pareja de quién decidió separarse hasta la fecha de la investigación. Sin embargo, la investigadora se mostró empática con la participante y le garantizó la confidencialidad de su identidad, pues era un tema que la tenía angustiada. Esto permitió que la situación se resolviera con éxito y se pudo continuar con toda la entrevista sin dificultad.

Un segundo tipo de amenaza es la denominada política y ocurre cuando un participante puede sentir que hacer parte del estudio puede acarrearle problemas con otros, bien sea en su trabajo, en su familia o socialmente. Esto ocurre mucho cuando se indagan relaciones sociales con grupos específicos y pueden traer consecuencias desde la integridad física hasta, por ejemplo, la atención de relación con otros que se enteren de que contó cosas que los afectan.

Como se indicó en la amenaza por intrusión, la participante Afrodita inicialmente tenía temor de que el padre de su hijo se diera cuenta de las experiencias que podría relatar sobre él, lo cual la hizo tomar una postura inicial de reserva, sin embargo, cuando se le garantizó su anonimato, se logró vencer esta tensión en la participante pudiendo continuar con el conversatorio.

Como se puede corroborar en los anexos, se garantizó la confidencialidad de la información, una vez la investigadora escogió un pseudónimo para cada una de ellas. Se anonimizó la información en los verbatim empleando el pseudónimo escogido para cada una de ellas.

Una tercera amenaza es la asociada a la sanción que ocurre cuando se tocan temas que no necesariamente responden a los estándares socialmente aceptados. Por ejemplo, tal y como se podrá leer a continuación en los resultados de esta investigación, todas las participantes hicieron referencia explícita a cómo los profesionales en salud, algunos miembros de su red familiar, amigos y desconocidos en la calle, de manera directa cuestionaron el acto de amamantar a sus hijos/a mayores de 12 meses en público a través de comentarios o “sugerencias” directas, u otras veces, con ciertos gestos y miradas percibidos por ellas como censura. El manejo que se dio a esta amenaza

fue desde la empatía porque se trató de explorar las motivaciones de las participantes para generar un espacio seguro en el que pudieran narrar sus experiencias y, de alguna manera, darles voz en espacios como un estudio académico.

Un elemento que permitió mitigar la amenaza por sanción fue la posicionalidad y flexibilidad de la investigadora. En este punto de la narración, me declaro como una madre que hasta la fecha disfruta la posibilidad de haber logrado ofrecer un amamantamiento por más de doce meses. De este modo, cuando las participantes expresaron las censuras sociales que han experimentado por esta práctica, me permitió generar una postura empática y comprensiva. Una vez terminadas las entrevistas, compartimos en detalle las experiencias.

Al mismo tiempo, una de las estrategias que se empleó y acordó junto con la directora del presente trabajo de grado, consistió en el uso de la bitácora oral. Una vez que la investigadora terminó cada entrevista, buscaba un lugar privado en el que pudiese expresar los pensamientos, sentimientos e ideas que le causaron éstas. Esto permitió a la investigadora escucharse y darse su propio lugar en la investigación evitando sesgar a las participantes. Entonces en cada asesoría o encuentro de avances entre la investigadora y la directora, se hablaba sobre el tema dando paso a las respectivas devoluciones. Vital es también señalar que la investigadora toma psicoterapia desde hace más de dos años hasta la fecha del presente estudio, proceso clave que ayudó a la contención de variables de juicio, teniendo a su vez la fortuna de ser profesional en psicología, pues este saber permitió el uso de herramientas o técnicas propias del oficio en cada encuentro.

Finalmente, no fue necesario activar las rutas de atención de emergencia (ver anexo 3 consentimiento informado) con ninguna de las participantes, debido a que todas colaboraron con comodidad y tranquilidad.

## **Resultados**

A continuación, se presentan los resultados en torno a las motivaciones (extrínsecas e intrínsecas), valoraciones, prácticas, barreras y facilitadores para el amamantamiento por más de doce meses, según lo compartieron las participantes y que se ilustran con algunos relatos directos que buscan acercar a los lectores a sus voces y narrativas.

**“Confía, confía en vos y en tu cuerpo que tu cuerpo le va a dar todo”:** Motivaciones y valoraciones respecto al amamantamiento

Las definiciones más compartidas de lo que es la motivación implican al conjunto de procesos que se interesan por las causas de que se hagan o se dejen de hacer determinadas cosas, o de qué se hagan de una forma y no de otra... Fernández-Abascal, (1997: 11) citado por Heredia, (2022) Así, se entienden en estudio como motivaciones y valoraciones extrínsecas todas las conductas voluntarias de la madre, relacionadas con la información previa que tuvo acerca de lactar, que pudiesen provenir de redes familiares, amistades, ocupacionales, de salud, etc.

- Un aspecto en común que se destaca de una buena parte de las madres que decidieron amamantar más allá de los doce meses, es que ellas mismas en su momento recibieron por parte de sus madres un amamantamiento extendido y lograron reconocer la importancia de ese vínculo, siendo un acto que eligieron repetir a consciencia con sus hijos/a.

*“mi mamá, que es la persona con la que vivo... ha hecho comentarios de que ella también me dio seno como hasta los tres años aproximadamente.”* (Afrodita)

*“mi mamá me dio teta tres años.”* (Perséfone)

- A pesar de esta valoración positiva de referentes externos, en los relatos de todas las participantes se hizo una alusión explícita a asociaciones de experiencias físicas de dolor a la lactancia, bien sea porque en su momento escucharon un comentario de una amiga o familiar que les narró lo dolorosa que fue para ellas, o con relación a su propia experiencia, de haber amamantado a sus hijos/a.

*“...yo tenía a todas mis primas de acá (haciendo referencia a Colombia) que lloraban y sangraban amamantando.”* (las palabras entre paréntesis son de la investigadora) (Atenea)

*“...Mi hermana lo pudo amamantar solo un mes porque tuvo una infección de estafilococo en un seno y tuvieron que operarla y el médico le dijo que era muy riesgosa la infección y que entonces tenía que suspender la lactancia...”* (Gea)

- Solamente dos de las participantes comentaron que contrataron (o contaron con) los servicios de una persona especializada, como una doula, quién las acompañaron desde el embarazo hasta el postparto. Para ellas, el apoyo de las doulas durante todo el proceso fue muy importante por las palabras de confianza, fe y ánimo que ellas les brindaron en los momentos más angustiantes o álgidos de su proceso de amamantamiento, no sólo salvó su lactancia, sino que también catapultó el deseo de continuar lactando a sus bebés.

*“Ella (refiriéndose a la dula) me dijo no, no la entrés (leche de fórmula). Confía, confía en vos y en tu cuerpo que tu cuerpo le va a dar todo.”* (las palabras entre paréntesis son de la investigadora) (Atenea)

*“La asesora de lactancia me llamó, hablé con ella, porque yo ya la había conocido, le dije, estamos bien en esta situación, y estoy muy angustiada, de no saber si le está saliendo la suficiente leche, me dijo, tranquila, sáquese, vea lo que le sale, con que le dé usted una cucharadita, cada tres horas, estamos bien...”* (Perséfone)

De otro lado, una valoración representa el resultado de la influencia de una compleja integración de los más disímiles factores de la realidad objetiva y subjetiva. Y por cuanto ella no está determinada unívocamente por su objeto (la significación), sino que es expresión también de otros procesos subjetivos, se hace necesario abordar su vínculo con fenómenos tales, como: las necesidades, intereses y fines del sujeto, su experiencia precedente, sus puntos de vista, ideales y normas, su concepción del mundo, sin dejar de tener en cuenta la tónica emocional que caracteriza a toda valoración. Corzo, (1989) Entonces, para este estudio, las motivaciones y valoraciones Intrínsecas son todas las conductas voluntarias de la madre, relacionadas con las ideas que nacieron de sí misma, para amamantar a sus hijos más allá de los doce meses.

- Pese a las experiencias negativas ajenas que pudieron escuchar o conocieron de primera mano, todas ellas tuvieron la capacidad de transfórmalas en una motivación personal que les permitió dar seno a sus hijo/as por más de doce meses.

*“...Si quiero amamantar, me voy a aguantar todo el dolor: ¡Listo! (Afrodita)*

*“creo que gran parte, o que el principio de poder tener una lactancia, un amamantamiento así fluido es, o sea no lo obstaculiza por lo general nada biológico, médico, familiar, o social; sino las creencias que cada una tengamos.”* (Gea)

- Todas las participantes consideran que, aunque las referencias sobre amamantar de familiares, profesionales, etc. son importantes; las que tienen mayor peso al momento de llevar a cabo la elección de amamantar hasta que la diada le plazca, son las convicciones que cada madre logre generar a partir de su propia experiencia de ser madre y de amamantar.

*“Tener información no solo y no necesariamente para argumentarle a los demás por qué uno ha tomado la decisión que ha tomado, sino para tener esa tranquilidad. O sea, cuando*



*te llegue de pronto esa lluvia de desaprobaciones, o de, sí, de interpelaciones o de lo que sea, diciéndote que no está bien lactar un niño ya grande, entre comillas, pues no, que uno tenga la tranquilidad de saber qué está haciendo lo que es correcto.” (Afrodita)*

- La mitad de las participantes, reconocen la importancia de las valoraciones espirituales naturales o relacionadas con la conexión que pudieron establecer con el universo como un factor crucial para haberse empoderado tanto del proceso de parto como del amamantamiento.

*“La lactancia es un acto más que de amor, de corresponsabilidad, de responsabilidad, de humanización, es un acto que nos hace vivir esa fragilidad, de ese ser que Dios nos regaló.” (Hera)*

*“las tres palabras que yo relaciono con amamantar son primero amor, entrega, y conexión con la vida, o sea, conexión así espiritual con la naturaleza, con todo lo que somos, una conexión así plena con la vida.” (Gea)*

- De acuerdo con la referencia subjetiva de las cuatro participantes que todavía amamantan, para ellas es una acción que garantiza un buen estado de salud, ya que, según ellas, esta práctica hace que sus hijo/as tengan mayor nivel de inteligencia, seguridad, confianza en sí mismos y una conexión especial con sus madres.

*“Pues muchas. Una, digamos como lo más obvia que creo que todos pensamos de una es en la salud de ellos que nunca han tenido una enfermedad de gravedad.” (Gea)*

*“Pues lo primero que yo le atribuyo es la salud de mis hijos.” (Atenea)*

*“Le significó que es un niño que no es enfermo, que le ayudó mucho en sus defensas... y a estar bien alimentado.” (Hera)*

- A su vez, esas mismas participantes activas en lactancia a la fecha de la entrevista, aseguran que, para sus bebés, ser amamantados es sinónimo de seguridad, protección, cuidado, ayuda para gestionar sus emociones y es una muestra del amor que sus progenitoras sienten.

*“la lactancia prolongada ha hecho, ya está demostrado, que hace que las conexiones interneuronales sean mucho mayores.” (Hiparquia)*

*“Ante la pataleta, cuando ya me calmé, mamá, ¿me das un poquito de tética? O sea, ya empieza a autogestionar alguna cosa de su pataleta y busca la teta.” (Perséfone)*

**“Lo hacía (amamantar), en las noches, en la madrugada a la hora que fuera.” (Hiparquia): Prácticas en el amamantamiento por más de doce meses:**

Una definición tentativa es pensar la práctica, como un concepto que excede la idea de acción que se repite (rutina) o un conjunto de actividades. Se trata de una manera de hacer las cosas donde no sólo participan las personas, sino como una especie de constelaciones híbridas de actividad humana, no-humana Reckwitz, (2002). Donde, por cierto, el centro no se encuentra en ninguno de estos componentes en particular, sino en el nexo entre ellos. Para ahondar en esto describiremos los principales componentes de las prácticas: sentido, competencia y materialidad (Ariztía, 2017; Maller, 2012; Reckwitz, 2002; Strengers, & Maller, 2011). (Fardella et al., 2018: 4)

Por lo tanto, aquí se dará lugar a las descripciones que las participantes hagan del sentido que para sí mismas y sus hijos/a tiene lactar a sus hijos, la posición o técnica que a ellas les funcionó o gustó más, y los espacios, ambientes físicos o lugares en los que lactan a sus hijos/a. A lo largo del estudio se exploró en profundidad los significados que la madre adjudica al amamantamiento por más de doce meses, así como las prácticas y aspectos técnicos y empíricos que han vivido y afrontado. Particularmente, se profundizó a cerca de las ideas o conceptos personales que las madres adjudican a la lactancia, y lo que, según ellas, representa para sus hijo/as el acto de amamantar.

- De acuerdo con el relato de las participantes, el inicio del amamantamiento, además de haber sido doloroso físicamente, agotador o desgastante y emocionalmente angustiante; análogamente es una práctica que lograría mantener con vida al recién nacido.

*“Me lastimó bastante. Me lastimó mucho, o sea, creo que los tres primeros meses, o dos meses largos fueron bastante complejos.” (Afrodita)*

- Con el paso de los meses, el significado de amamantar, empezó a transformarse en vínculo, afecto, conexión, o en última instancia: amor.

*“Al principio amamantar era sobrevivencia total, o sea supervivencia. Luego ya empieza uno a entender esa conexión, esa como... Además, es un arma mortal, como digo yo. Para mí el arma mortal es la teta, porque la teta es su refugio, su espacio seguro...” (Perséfone)*

- Coincidentalmente (esto no era un criterio de inclusión) todas las participantes hicieron referencia al amamantamiento por más de doce meses con sus primeros hijos. Es decir, todas eran primigestante cuando eligieron dar leche materna más allá de los doce meses.

*“como él era mi primer hijo el dolor en el cuerpo era terrible, entonces el parto fue muy duro, muy doloroso y luego.... yo no tenía ni idea de cómo ponerlo a mamar.”* (Atenea)

Para las mujeres que han tenido la posibilidad de amamantar, de acuerdo con los relatos de las participantes y con base a la experiencia particular de la investigadora, el espacio o los entornos en los que se lleva a cabo la práctica, puede ser importantes tanto para el bebé como para la madre, en función de lo que ambos deseen en ese momento. Es decir, si el niño/a está buscando consuelo en el seno, podría no ser tan relevante la privacidad, el ruido y la cantidad de luz que haya en el espacio, contrario a si ambos están buscando conciliar el sueño con la teta.

- Todas las participantes expresan la transformación que con el paso de los meses y años fue experimentado la lactancia. Siempre fue a libre demanda, principalmente en las habitaciones de los hogares, con poca ropa o desnudas.

*“lo otro que surgió ya para tener como otros hábitos de crianza que me ayudaran con la lactancia como el colecho sin ropa, y, pues también el saber que no necesitaba tetero.”* (Atenea)

- Las posiciones que más privilegiaron las participantes, fueron amamantar sentadas o acostadas en la cama.

*“pues acostados para mí fue fabuloso para yo descansar también, para mí siempre que podía acostada.”* (Gea)

- Tal y como suele enseñarse en los cursos prenatales relacionados con la lactancia, existen una serie de técnicas o posturas que, al realizarse correctamente, evitan dolor en la madre por grietas en los pezones, perlas de leche, y otras complicaciones como mastitis, por nombrar solo algunas. En este estudio se indagó sobre las estrategias que las madres emplearon para alimentar a sus hijos con leche materna por más de doce meses, e incluso, se preguntó si emplearon algún método para continuar dando leche materna, cuando ellas no pudiesen estar en cuerpo presente con sus hijos/a.

- Los primeros tres meses la práctica fue dolorosa, tensa y agotadora pues llegaron a invertir más de ocho diarias lactando. Pero todas coinciden que después del año, los bebés se fueron autolimitando hasta incluso realizar una sola toma nocturna, asociada con la conciliación del sueño.

*“Me lastimó bastante. Me lastimó mucho, o sea, creo que los tres primeros meses, o dos meses largos fueron bastante complejos.”* (Afrodita)

*“el primer mes pasó esto como los problemas con el agarre y ya luego de que él la agarró bien no tengo nada de dolores, nada de padecimientos. Y ya, una vez pues como que uno le agarra el ritmo que ya podía darle acostada, que ya podía darle hasta parada, eso fluye solo...”* (Atenea)

- Tras superar las inseguridades de los primeros meses de lactancia, todas las participantes refieren que fluyeron en diferentes posturas y lugares, a tal punto de llegar a amamantar en cualquier lugar y posición.

*“Esas primeras noches, fueron duras, porque levantarme, y mantenerme sentada ahí, pues, era pesado, yo me acuerdo de la espalda, me dolía, pero empezó a chupar, y agarró súper bien, realmente, gracias a Dios, dos noches, y ya estábamos...”* (Perséfone)

*“me hacés acordar a una amiga que me dice: “ay, vos sí das teta en cualquier parte, en cualquier posición”* (Gea)

- El grupo entrevistado, comentó que, para poder sostener un amamantamiento por más de doce meses, les resultó útil hacer uso de extractores de leche o en su defecto, al menos una vez ellas se hicieron una extracción manual de leche, a fin de poder retornar a sus empleos, poder salir a disfrutar de su vida de pareja.

*“Yo entraba a las 8:00 am y yo le dejaba leche ¿no?, me extraía, siempre hice mi proceso. Dejaba las bolsitas del banco de leche, y le colocaba fechas, entonces mi mamá empezaba a dar al niño desde la fecha más antigua, y así lo hicimos...”* (Hiparquia)

*“Sí, yo usaba extractor en la perita, inclusive esa era la pera con la que mi suegra se extraía la leche, entonces tienen también una connotación ahí familiar, de herencia.”* (Hera)

**“Mi compañero ha sido el principal apoyo emocional y en la logística.”** (Gea) **facilitadores referidos para el amamantamiento por más de doce meses:**

“Los facilitadores no son entendidos únicamente como la contracara de las barreras, sino como todas aquellas cuestiones que ayudan a garantizar el cumplimiento de una meta” (n.d., p. 23) En este sentido, los facilitadores asociados con el amamantamiento, para este trabajo, se refieren a todo tipo de ayuda explícita o implícita que la madre refiere haber tenido, mientras brindó seno. En este sentido, las redes de apoyo a los familiares, amigos, personal de oficios varios, doulas, entre otros que ellas hayan tenido durante todo el tiempo que amamantaron, también hacen parte de los facilitadores.

- El mayor facilitador para poder lograr amamantar por más de doce meses, referido por el total de participantes, está relacionado con la presencia de la pareja o padres de los bebés mientras ellas lactaban incluso en las noches o madrugadas a sus hijos, o en su defecto, con la asistencia que recibieron de parte de las abuelas, suegras o incluso de una doula.

*“al principio, cuando estaba más bebecito yo le daba a libre demanda, en las noches, nosotros con mi esposo dormíamos con él, entonces si se levantaba yo sacaba la pucheca y tenga péguese y mi esposo ahí acompañándome y dándome moral.”* (Hiparquia)

- La única participante que indicó haber elegido tener a su hijo con la disolución del vínculo afectivo del padre biológico, de manera explícita refirió que fue la mejor decisión que pudo haber tomado.

*“como yo pues paso por esta situación de la ansiedad y la depresión, su presencia (refiriéndose al padre) en mi vida de cierta manera me traía intranquilidad. Entonces, el que no estuviera él, fue mejor.”* (lo que está entre paréntesis es de la investigadora) (Afrodita)

En el argot popular del Valle del Cauca, existen ideas, saberes e imaginarios que relacionan la producción de leche con la dieta, alimentación o comida que la madre adquiera durante el periodo de lactancia. Por lo tanto, en esta exploración, se quiso conocer si las participantes realizaron algún tipo de cambio en sus hábitos alimentarios mientras amamantaron.

- Se encontró que ninguna de las participantes indicó cambios importantes en los hábitos de alimentación a los cuáles le atribuyeran el éxito del amamantamiento. Empero, dos de las seis hicieron alusión a ciertas bebidas caseras tradicionales que sus madres les sugirieron, y que accedieron a tomar, más por respeto a las creencias de sus familias, que por convicción personal.

*“mi mamá me hacía chocolate y el chocolate le quedaba muy rico, pero yo no sabía, cuando preguntaban, mi mamá decía “ay yo le daba a usted ojo de yo no sé qué...” (Hiparquia)*

*“tomar mucho líquido, mucho líquido, porque de pronto, qué agua de maduro, qué agua de hinojo, sí, sí... pues eso decía mi mamá y yo le hacía caso.” (Hera)*

En el marco de la presente investigación, se averiguó si las participantes tuvieron algún tipo de preparación o capacitación informal o formal sobre lactancia. Se preguntó si ellas, de manera voluntaria o por invitación de un tercero, realizaron cursos, capacitaciones o asistieron a charlas o consultaron libros, material en la internet o redes sociales; a fin de tener la percepción de estar “más capacitadas” cuando tuvieran que amamantar a sus hijos/a.

- Se encontró que todas las participantes señalaron como fuente de apoyo principal para continuar con el amamantamiento por más de doce meses, el haber realizado procesos de formación o cursos prenatales, haber recibido asesoría de una doula o asesora de lactancia, e incluso hacer parte de grupos de lactancia.

*“informarse. Informarse mucho, o sea a uno le da la convicción, tener información no solo y no necesariamente para argumentarle a los demás por qué uno ha tomado la decisión que ha tomado, sino para tener esa tranquilidad. O sea, cuando te llegue de pronto esa lluvia de desaprobaciones, o de, sí, de interpelaciones o de lo que sea, diciéndote que no está bien lactar un niño ya grande, entre comillas. Pues no, que uno tenga la tranquilidad de saber qué está haciendo lo que es correcto.” (Afrodita)*

- Con relación a las ocupaciones laborales que tuvieron las entrevistadas simultánea elección a la maternidad y a la lactancia, se encontraron diversas realidades en cada participante, todas las cuales facilitaron el amamantamiento por más de doce meses pues como característica común hubo flexibilidad en horarios, modalidades de trabajo, o en su defecto hubo uso de extracción de leche que fue suministrada a los bebés por otros cuidadores. Sólo una de las participantes indicó que tomó la decisión personal de no tener ningún contrato laboral, para dedicarse tiempo completo a su nuevo bebé.

*“Cuando empecé a ir a trabajar, entonces yo me sacaba y mi esposo le daba, entonces yo los momentos en que sabía que había toma, entonces en el trabajo yo me sacaba.” (Atenea)*

*“A mí me dejaban salir a las 3:00 de la tarde, yo entraba a las 8:00 de la mañana al banco y yo le dejaba leche ¿no?, me extraía, siempre hice mi proceso dejaba las bolsitas, del banco de leche, y le colocaba fechas, entonces mi mamá empezaba a dar al niño desde la fecha más antigua, y así lo hicimos...” (Hiparquia)*

- Solo dos de las seis participantes expresaron como ventaja el aislamiento durante la pandemia por COVID-19, pues esto les permitió estar en casa trabajando simultáneo amamantamiento.

*“Nació en la época en que estábamos totalmente confinados. Entonces por eso más mis vacaciones y licencia, me permitió estar en casa con él como sus primeros tres años y para mí eso facilitó mucho que yo pudiera darle toda la teta que él quiso y quiere todavía...” (Afrodita)*

*“como estuvimos en pandemia, pues, yo estuve encerrada en la casa, salíamos al parque de ahí abajo con la niña en coche, lo que sea, o alzada, seis meses más, quizá un año, no sé, pero recuerdo perfecto las primeras veces que salimos, como yo había tenido ya en mi cabeza una rutina de la niña que cuando tiene hambre o casa que me pida pues yo le doy.” (Perséfone)*

**“La tribu no existe, la maternidad se vive en una soledad tan brutal... Y uno llora en soledad en su casa, en su apartamento, uno está hecho una mierda.” (Atenea) Barreras percibidas para el desarrollo del amamantamiento por más de doce meses:**

Shaw (2005) define las barreras como “aquellos factores que impiden, total o parcialmente, la implementación de una acción en la práctica cotidiana” (citado por Valeria et al., n.d. p. 23). Así, se entiende por barreras para el desarrollo del amamantamiento al conjunto de acciones, comentarios, ocupaciones, u otras referencias realizadas por la madre, que ellas percibieron como un potencial obstáculo para continuar amamantando. P.ej. el empleo que tuvieron en ese momento, la sensación de baja producción de leche, el agotamiento físico, la censura en lugares públicos o privados, etc. Con respecto a este último punto, se consideró como una subcategoría emergente a los Profesionales de la salud pues de acuerdo con los relatos de las participantes, algunos médicos, enfermeros, odontólogos, ginecólogos, pediatras, psicólogos, y otros, realizaron indicaciones sutiles de no continuar con la lactancia.

- Todas las participantes refirieron que los profesionales de la salud, tales como odontólogos, médicos pediatras, psicólogos y enfermeras han sido quienes les ordenaron de manera inmediata interrumpir o discontinuar la lactancia después de los 12 meses, con argumentos de enfermedades colaterales (caries), malas prácticas de crianza (niños mimados, llorones y dependientes) hasta malnutrición “después de los 6 meses esa leche es agua” (Gea)

*“Voy a la EPS, y tipo me van a mandar cualquier medicina, yo digo soy madre lactante, muchas veces ya he dicho antes que tengo niño o después, entonces me dicen, ah, pero, ¿cuántos años es que tiene su niño? y yo dos años. Hasta el pediatra de mi hijo me ha dicho, bueno, pero ya como que es hora de dejar de lactar, algo así o, ya, ya va siendo hora de dejarlo, no lo dicen como tan de frente, pero sí es como la insinuación.”* (Afrodita)

*“la odontóloga de Jerónimo, porque resulta que lo llevamos para que lo revisara y le salían como cariecitas y le preguntó a mi esposo ¿Y él todavía toma teta?, ya cuando eso Jerónimo, tenía como dos años pasados, entonces mi esposo le dijo sí, entonces ella le dijo, ese es el problema, cómo él toma leche en las noches eso le genera caries.* (Hiparquia)

*“los obstáculos que me encontraba yo, sobre todo en el sector médico, porque además creo que es mayor cuando uno va por EPS porque hay más limitantes en que es, no, pues es la enfermera, el médico de turno quien atiende, pero no quien uno escoja, entonces sí me encontraba yo con las enfermeras de control que me ofrecían las muestras de leche de fórmula.”* (Gea)

Las barreras ocupacionales hacen referencia a los trabajos o empleos remunerados o no, formales e informales, que las madres hayan tenido mientras lactaron a sus hijos, y que, de manera frontal, haya sido una clara limitación para que ellas se hubiesen visto tentadas a desistir de la lactancia.

- Una de las participantes indicó que, según su criterio, lo que impide que una mujer pueda amamantar por más de seis meses tiene que ver con el poco tiempo que brinda el Estado Colombiano de Licencia de maternidad a las mujeres que se embarazan con un contrato laboral. Aunque no fue el caso de la participante, ella refiere casos conocidas de amigas que no pudieron continuar lactando porque retornaron al trabajo muy pronto.

*“eso le ha pasado a la gran mayoría de mis amigas, pues, entraron a trabajar, y, por más de que se saquen, tal estimulación, cambia, porque no es lo mismo el extractor, que tenerlos*



*ahí, y eso hace que la producción baje, y bueno, poco a poco, o los niños, durante tanto tiempo, ya recibiendo del tetero, y no de la leche, se van desprendiendo, o sea, esa conexión se va perdiendo, y no es culpa de la mamá, claramente, con la mejor intención de la mamá, pues, las condiciones laborales, para tener esta situación, es que cuatro meses es nada.”*  
(Perséfone)

Los obstáculos socioculturales son todos aquellos hechos, realidades, vivencias u otros que las participantes relacionaron con situaciones sociales y culturales de desatención, violencia, desacompañamiento, guerras, etc. que les coartaran la libertad de amamantar.

- Las participantes señalan como barrera del amamantamiento la sensación de soledad, abandono y juicios de la sociedad con la madre que decide hacerlo. En sus relatos, se encontró que no se sienten sostenidas ni en confianza de ofrecer el pecho a sus hijos por fuera de su casa, pues algunas miradas y gestos de mujeres y hombres que las han observado lactando en centros comerciales o parques, son de vergüenza, deseo o censura.

*“La tribu no existe, la maternidad se vive en una soledad tan brutal. Y uno llora en soledad en su casa, en su apartamento, uno está hecho una mierda.”* (Atenea)

*“no falta de pronto el imprudente que mire y eso, pero por lo que te digo, de pronto por el morbo, porque uno de mujer siempre se ve expuesto a eso, entonces yo trataba de taparme y eso.”* (Hiparquia)

*“uno si nota que hay de pronto mirada como, por qué hace eso en público, pues esas miradas, lo hace sentir como si uno estuviera haciendo un acto obsceno (ríe), como cual criminal.”* (Hera)

*“la gente mira cuando uno está en la calle, mira todo tipo. O sea, como mujeres que miran y como que, qué ternura. Como también mujeres que es como, tápese. Y los hombres, pues, yo creo que miran como en dos miradas. Uno, ¿verá que alcanzan más a ver? Yo creo, porque sí, no falta.”* (Perséfone)

- Dos de las seis participantes expresaron de manera honesta que, para ellas, una barrera o idea que contemplaron antes de ser madres y que aún todavía les genera angustia, está relacionada con las condiciones de seguridad y crisis de moral del País. Esto no sólo podría constituirse en una razón para no amamantar, sino, más aún, para no tener hijos.

*“...la verdad como hasta los treinta años me parecía desobligante tener hijos por la crisis mundial de valores, de la humanidad, bueno, y porque no tuve una buena infancia, entonces traigo encima traumas infantiles.”* (Afrodita)

*“Yo trabajaba mucho el tema de la guerra y de la violencia y yo decía, uy no yo en este País no voy a parir jamás, yo no sumo a esto, no.”* (Atenea)

Las barreras relacionadas con la red primaria aluden a las referencias directas que las participantes realizaron, sobre ciertos familiares que, según referencia subjetiva de las madres, no le ayudaron ni le brindaron seguridad durante el amamantamiento. Serán entonces aquellas palabras que ellas señalaron les dijeron en algún momento de la lactancia sus padres, esposos, hermanos, tíos, abuelos, primos, o cualquier otro pariente con vínculo de consanguinidad y que las desanimaron o hicieron dudar de la decisión de amamantar prolongadamente.

La mitad de las participantes admitió que una barrera que experimentaron para poder amamantar a libre demanda a sus hijos en sus hogares, tuvo que ver con la presencia de las abuelas maternas o paternas, pues aquellas que no hacían comentarios directos, entre líneas les hacían saber que les parecía exagerado brindar leche materna cada que los bebés lloraban, o incluso, advertían sobre los peligros de llegar a híper sexualizar sus conductas.

*“Pero por parte de mi suegra, si no, es una persona ya de edad, pero el decir de ella es que cuando se le da tanta teta, se le prolonga tanto la pucheca, entonces lo vuelve brioso y lo manda que tenga mujer rápido.”* (Hera)

*“O sea, yo los primeros tres meses di teta día y noche. El primer mes fue como muy tensionante porque estaba mi mamá ahí y era como: “¿otra vez le va a dar?”* (Atenea)

*“después me dice mi mamá, -no, échese Isodine, para que el piense que tienen una herida-, me eché Isodine y se puso a llorar, decía -ay mamá pobrecita- “. (Hiparquia)*

*“de pronto nuestra sociedad no lo ve bien, me ha pasado con mi madrastra cuando hemos salido que, en alguna ocasión, ya estando él grande, -ay, no, pero ¿le paso algo para que se tape? - y yo “no.”* (Afrodita)

## **Discusión**

Considerando la riqueza conceptual que existe respecto al amamantamiento, pero especialmente, de cara a los valiosos resultados obtenidos en esta investigación, es precioso realizar

una discusión de resultados pasando por cada una de las categorías de análisis propuestas. Sin embargo, se brindará especial énfasis o atención, a la última categoría relacionada con las barreras existentes entre los profesionales de la salud y el acto de amamantar por más de doce meses, ya que la tensión entre la emergencia del arraigo cultural y el modelo biomédico que ha sido validador por excelencia, es una discusión particularmente relevante para la psicología de la salud.

Con respecto a las motivaciones que cada una de las participantes refirió, se destaca en primera medida, el reconocimiento de la noción biológica o lo imprescindible que es la alimentación con lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, que garantizará el sustento de la vida y el crecimiento saludable de los hijos e hijas. Las autoridades de salud como la OMS, (2022) afirma que la lactancia materna debe ser exclusiva desde el mismo instante en que nace el bebé y hasta los 6 meses. Posteriormente se debe continuar dando este fluido hasta los dos años o más, simultánea alimentación complementaria. Estas orientaciones se apoyan en valoraciones como las de UNICEF (2022) que indica que la lactancia materna “les proporciona a los bebés todos los nutrientes que necesitan para crecer y que su sistema inmunológico se desarrolle plenamente.”

Sin lugar a dudas, todas las participantes reconocen como una motivación externa las orientaciones de estas entidades sobre el papel que juega la lactancia en la salud de los niños y niñas, pues esto, desde las subjetividades de las participantes, hace que los niños y niñas sean personas en proceso de desarrollo saludable. Recordará el lector las palabras de las mismas participantes al indicar que: “todos pensamos de una es en la salud de ellos que nunca han tenido una enfermedad de gravedad.” Lo anterior se resume en la consciencia unánime de las participantes sobre la relación entre lactancia materna y salud, al indicar que amamantar es sinónimo de vida para sí mismas y para sus hijos.

Por su parte, de acuerdo con los resultados obtenidos, algunas de las motivaciones intrínsecas más importantes para las participantes, están relacionada con las creencias o ideas que recibieron de una fuente externa, pero que ellas conciben a su vez como producto de sus elecciones personales. Si se analiza esta valoración a la luz de Ots, (2016: 3) se reconocerá que “amamantar es un asunto multifacético influido por los discursos normativos morales, religiosos, políticos y científicos, que además involucra una multitud de agentes: instituciones, expertos, empresas, familias, por nombrar algunos.”

Dentro de esas motivaciones intrínsecas, dos de las participantes declararon abiertamente que la espiritualidad, el reconocimiento de una deidad o incluso, la conexión que lograron tener con

“la madre tierra”, fue lo que en determinados momentos las incentivó a continuar lactando. De acuerdo con Piedmont, citado en Irurzun, Mezzadra y Preuss, (2017), mencionado por Coronado y Fuquene, (2018) la espiritualidad es un factor protector de la lactancia materna pues “hace parte de una dimensión innata, universal e integradora del ser humano, que tiene la capacidad de orientar la conducta, trascender la existencia y promover un sentido de vida.” (p. 58)

Tanto en la tesis de los autores anteriores, como en la actual investigación, se encontró que las mujeres apelaron a este recurso divino cuando tenían alguna experiencia de desánimo, agotamiento o dolor. Lo anterior, según Pargament (1997) citado por Coronado y Fuquene, (2018) es porque la religión se constituye en un proceso de búsqueda del ser humano y es utilizada como una “estrategia... para la resolución de un conflicto o problema.” (p. 57)

En relación con esto último, la investigación llevada a cabo por Spencer, (2012) en un grupo de mujeres Afroamericanas de Estados Unidos, develó que las 5 dimensiones clave del pensamiento feminista negro para promover la lactancia materna en este grupo de mujeres, tienen que tener una connotación del amamantamiento como tradicional espiritual, empoderamiento fememínino, y otras, a través de esta función biológica que de manera espontánea le ha sido dada solo al género femenino.

Lo dicho anteriormente, permite considerar un elemento clave dentro de los facilitadores referidos por las participantes: la cantidad de apoyo recibido durante el periodo de lactancia. Las participantes reconocen que en gran parte pudieron continuar con un amamantamiento superior a doce meses, gracias a la ayuda de otros, personificada en las parejas, las madres, las suegras o las agentes externas como doulas, asesoras de lactancia e incluso el personal de oficios varios que contrataron temporalmente en los hogares. Respecto a esta última idea, se puede decir que existe una igualdad, correspondencia o resultados similares con la investigación de Spencer que se citó en los antecedentes de investigación. El estudio en cuestión, encontró que

Los participantes de los grupos de enfoque reconocieron que es necesario fortalecer los sistemas de apoyo para aumentar las tasas de lactancia materna en la población afroamericana. Las áreas específicas de apoyo identificadas por los participantes del grupo de enfoque incluyeron proveedores de atención médica, empleadores, comunidades religiosas y miembros de la familia. (Spencer, 2012: 1)

Claramente se considera que si no existe un respaldo, apoyo o sostén a la madre que se dedicará a lactar de manera exclusiva (i.e. solo leche de la madre y nada más que eso) durante más de ocho horas, día y noche a libre demanda (o cada vez que el neonato lo solicite) en los primeros seis meses de vida del bebé, y de ahí en adelante continuar lactando mientras se brinda otro tipo de alimentos al niño o niña; sería una tarea casi que imposible de lograr. Consciente de lo anterior, el Dr. Gruenberg (2012) en el audio libro titulado ¡Vamos a dormir!, insta sobre la necesidad de reconocer la figura paterna como el principal soporte de la diada madre/bebe, argumentando que la función fisiológica de la madre fue dada por la biología a la madre, pero la función de mantenimiento a esa diada, de manera tradicional en la cultura occidental ha sido dada al padre.

Para continuar el hilo conductor a la luz de los objetivos específicos, es momento de discutir cómo las prácticas que las participantes enunciaron, les permitieron un amamantamiento mayor a doce meses. Es preciso decir que inicialmente, para las madres participantes del presente estudio, una de las principales razones o motivaciones que las impulsó a dar seno a sus hijo/as recién nacidos fue poder sostenerlos con vida. Para ellas los primeros meses de lactancia fueron claves para que sus hijos/a pudieran continuar viviendo en el periodo de la exterogestación. Pero con el paso de los meses, esa motivación se transformó. Una vez lograron mantener con vida a sus hijos/a dándoles leche materna, empezaron a fortalecer el vínculo emocional con éstos, o sea, amamantarlos aportó en la construcción de la relación de amor y apego de la diada madre-hijo/a. Sin excepción, cuando se les pidió a las participantes mencionar tres palabras que ellas relacionaran con amamantar, todas dijeron amor.

De acuerdo con Lacan (1966) citado por Wanzek (2020) lo que las participantes expresaron con la palabra amor, se podría denominar gesto de amor

el cual se torna crucial al permitir leer/escribir las operatorias constitutivas del sujeto y constituyente de lo infantil -inconsciente- en el seno de un lazo novedoso al Otro de los primeros cuidados en tanto acontecimiento de cuerpos. Estos gestos articulan afecto, cuerpo y lenguaje produciendo efectos subjetivantes. (Wanzek, 2020: 356)

Efectos que, precisamente, según referencia subjetiva de las participantes, en el caso de amamantar, se traduce en un lenguaje para la madre de cuidado, protección, nutrición, salud y vínculo. En el discurso de todas las participantes, dicho amor está presente incluso desde antes de nacer sus hijo/as, lo cual se corresponde con lo dicho por Vives, (1991), citado por Rodríguez, G. (2006: 179) quién indicó que tal gesto de amor, también llamado vínculo “Comienza a establecerse

(...) a partir de la gestación o a partir de la percepción de los movimientos fetales y se formaliza en el momento del nacimiento, atravesando todo tipo de vicisitudes.”

Si se reprodujera cada uno de los audios de las seis participantes, el lector podría darse cuenta cómo esta última cita de Vives (1991) aparece indicada en las narraciones de todas ellas, en tanto refirieron el deseo o anhelo de concebir un bebé, posteriormente pasaron el doloroso (y para algunas) traumático trabajo de parto, hasta llegar al post parto y más allá de los seis meses amamantando entre dolor, angustia, pero a la vez amor, deseo y gusto a sus hijos o hijas.

Con respecto a las técnicas, desde la voz de las participantes, al inicio, todas refirieron experimentar sensación de angustia, poca producción de leche y dolor, entre otros. No obstante, (algunas por sí solas y otras con ayuda de las dulas o asesoras de lactancia) pudieron vencer estos obstáculos a tal punto de encontrar goce en el acto del amamantamiento, e incluso, también refirieron emplear instrumentos como extractores de leche, cuando el bebé no realizaba la succión directamente. Estas prácticas, de acuerdo con Vargas-Zarate et al., (2020) son características propias del amamantamiento por más de doce meses o lactancia materna extendida.

Con relación a los entornos o lugares privilegiados por las participantes para amamantar a sus hijos/a, se destaca la habitación de la madre lugar en el que se usa predilectamente la cama para lactar, y principalmente durante las noches, lo cual obtuvo como resultado otra práctica de crianza que no se habían considerado en la enmarcación conceptual principal, que se denomina colecho. De acuerdo con la Sociedad Argentina de Pediatría (2017: 105) éste se define como “...práctica... en la cual el niño duerme en la misma superficie junto a su madre, situación que es motivo de controversia. El colecho favorece la lactancia materna, que, a su vez, es protectora de la muerte súbita del lactante.”

La controversia a la que se refiere la Sociedad Argentina de Pediatría consiste en que, de acuerdo con la medicina basada en la evidencia, hay diferentes escuelas de pediatría que no recomiendan la práctica de colecho porque puede ser un factor de riesgo para que aparezca la muerte súbita del lactante; mientras que otras escuelas dicen que, si los cuidadores principales o padres que colechan no tienen factores de riesgo como tabaquismo, dormir en sillones o sofás, ingesta de sedantes, drogas, o consumo de alcohol, niños prematuros o con bajo peso al nacer y se garantiza un ambiente de sueño seguro; no hay porqué desacreditarla. En todo caso, se dejará esta última idea como una breve introducción a la tensión que, de acuerdo con los resultados obtenidos,

existente entre el modelo biomédico y el cultural, que se había enunciado ya en el primer párrafo de este apartado y que se desarrollará al final de la sección.

En torno a los facilitadores hegemónicos en el discurso de las participantes, se destaca la red primaria, representada de manera principal por las parejas, madres, y suegras; seguidas por las dulas, y asesoras de lactancia. En este sentido, es posible afirmar que existe relación entre el presente estudio y la investigación realizada por Arias, y Gutiérrez, (2012) quienes indagaron por las percepciones de las madres lactantes sobre el apoyo recibido durante el amamantamiento de sus hijos, obteniendo como resultado que el 71% de ellas indicó que la persona de la quién más apoyo recibieron durante el periodo de amamantamiento fue la abuela del bebé (no especifica si se refieren a la madre de la mujer o a la madre del padre) y un 61% del esposo o pareja de la madre. En este sentido y pese a la distancia que existe entre Costa Rica y Colombia, es tentativo pensar no existen brechas significativas con respecto a la cultura familiar alrededor de la lactancia.

En esa misma categoría de facilitadores, las participantes indicaron como segundo aspecto protector del amamantamiento por más de doce meses la formación o participación de ellas como madres lactantes, a la que accedieron de manera voluntaria, en cursos cuya temática girara en torno a las prácticas de lactancia. Este hallazgo se corresponde de manera positiva con lo reportado por Tejeda, Alejandro, Guach, Tamayo, Ramón,

Abreu (2021) cuyos resultados indicaron que “La intervención educativa, mostró una mejoría de los conocimientos sobre la lactancia materna del 97,1% total de la población. En segunda medida, la intervención educativa, mejoró la técnica de amamantamiento a un 77,2% de toda la población.” Este aspecto se tendrá en cuenta a la hora de realizar recomendaciones para la práctica del amamantamiento por más de doce meses en la presente investigación.

Siguiendo con el análisis de información por categorías, se hablará a continuación de los resultados obtenidos en todo el estudio, respecto a las barreras del amamantamiento que se practicó por más de doce meses. Como se indicó en la presentación de los resultados, según la administración de citas del ATLAS.ti las participantes hicieron un total de cuarenta y cuatro referencias textuales alusivas a cómo los profesionales en salud, (médicos pediatras, enfermeros, odontólogos y psicólogos) les ordenaron dejar de amamantar a sus hijos/a mayores de un año.

Como ya se había anunciado, lo que se expresa en el párrafo inmediatamente atrás, descubre una tensión y una polémica respecto a cómo esta práctica es asumida desde los entornos

de salud. Controversia porque según las autoridades o instituciones que regulan o supervisan el trabajo de los profesionales en salud (OMS, UNICEF, y Sociedades de Pediatría) es necesario incentivar o motivar la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y de ahí en adelante se recomienda continuar con el amamantamiento hasta los dos años o más, según lo decida la diada. Entonces ¿cuáles son los argumentos o fundamentos que hay detrás de los profesionales en salud, que les ordenaron a las participantes dejar de amamantar a sus hijos mayores de un año?

Según las narraciones de las participantes, las razones que dieron los diferentes profesionales de la salud para sugerir el destete, estaban relacionadas con lo que Morales, Colmenares, Cruz, Iñarritu, Maya, Vega y Velasco, (2022) denominan falsas creencias a cerca de la leche materna. ¿Qué expresaron? Los argumentos dados por estos profesionales a las participantes fueron: (a) A partir de los 12 meses la leche materna no aporta casi nada (b) Las tomas nocturnas de pecho favorecen la aparición de caries en el bebé. (c) La lactancia materna se debe suspender cuando el niño o la niña aprenda a caminar. (d) Darle leche materna durante más de doce meses, es una mala práctica de crianza pues lo vuelve engreído. Estas idas, de acuerdo con Morales et. Al (2022) son falsas porque

Según los hallazgos, la mayoría de estas creencias no son ciertas debido a que corresponden a arraigos culturales de generaciones anteriores que se transmiten voz a voz, que no tienen fundamentos científicos y que dependen del entorno cultural y social de cada madre, además su práctica hace que no se sigan las recomendaciones establecidas por organismos internacionales que propenden por el bienestar infantil y materno. (la itálica fue puesta por la investigadora) (Morales et. Al., 2022: 615)

Por encima de esto, es necesario definir brevemente los dos modelos en los que se percibe la tensión (biomédico y cultural) para posteriormente, tratar de mediar y finalizar expresando una serie de recomendaciones al respecto.

El modelo biomédico centra el problema o la enfermedad en el paciente, sin considerar otros aspectos del entorno, la cultura, la economía o el fácil acceso a los servicios de salud para prevenir la enfermedad. La única manera de curar la enfermedad es utilizando tratamientos farmacológicos u otras técnicas desarrolladas por las ciencias de la salud. Por lo tanto, el objetivo es curar la enfermedad de la manera más objetiva posible. Posiciona al sujeto o paciente con un rol inactivo, dando por hecho que él o ella no tienen poder para actuar sobre su estado de enfermedad,



teniendo que seguir una serie de órdenes que el médico de cabecera, único dueño del saber, le dará, si es que quiere llegar a ser sano. (Mercedes, SF: 1-2)

De acuerdo con la anterior definición, se entiende que desde el modelo biomédico el centro de la atención en salud de cualquier persona no es ella en su totalidad, sino básicamente, cuál es la causa de la enfermedad y cuáles podrían ser las posibles curas de su afección, reduciendo los factores psicosociales a causas orgánicas, o incluso en el peor de los escenarios, a meros accesorios. Dentro de este modelo, el fenómeno del amamantamiento mayor a doce meses como se ha expuesto hasta el momento, no tendría cabida, a menos que una madre lactante consultara por alguna patología propia de la práctica (tal sería el caso de una mastitis), en cuyo caso se podría justificar que amparados desde este modelo, los profesionales de la salud aludidos o mencionados en las narraciones de las participantes, les hubieran transcrito dentro de las recomendaciones u órdenes médicas suspender la lactancia materna, bajo las ideas sin evidencia de que la leche después de los seis meses no alimenta, o que lactar a un niño/a mayor a un año produce caries, y los demás mitos que se mencionan en el texto “Lactancia materna: mitos y verdades. Artículo de revisión” de Vargas-Zarate M, Becerra-Bulla F, Balseiro-Oyuela SY, Meneses-Burbano YS (2019).

Por su parte, el modelo biopsicosocial o cultural de salud de acuerdo con Mercedes (SF; pp. 1, 20)

se plantea la cuestión de otra manera: ¿quién es el sujeto enfermo? ¿Quién soy en cuanto enfermo?... La enfermedad está determinada por un conjunto de factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales, que interaccionan de modo complejo y único en cada persona. La ausencia de enfermedad es una condición necesaria pero no suficiente de la salud. La salud involucra también un funcionamiento óptimo en los niveles psicológicos y sociales.

Por lo que, con base en lo anterior, el sujeto de estudio es visto como una persona con un rol permanentemente activo, integrando su componente biológico con el psíquico, siendo así multifactorial al considerar la actividad de los factores determinantes para la salud, salud que de acuerdo con la OMS (2023) “es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.” lo que permite entonces una mirada más comprensiva, preventiva e integradora de la salud.

Por lo dicho hasta este punto, se puede concluir que los abordajes de los profesionales en salud que increparon a las participantes del presente estudio a suspender el amamantamiento por más de doce meses a sus hijos/a mayores de un año, no sólo fueron mitos vendidos como una verdad, sino que además obviaron la recomendación directa de la OMS (2022), posicionándose desde el modelo biomédico e invita a plantearse la siguiente cuestión: ¿el posicionamiento de estos profesionales en salud, es el reflejo de la mirada hegemónica de las instituciones prestadoras del servicio de salud? Aún más ¿hay espacio de la diversidad biopsicosocial para el amamantamiento por más de doce meses en los sistemas de salud y en los profesionales que la asisten?

Es interesante realizar un giro completo o de 180 grados, para exponer todos los beneficios que, de acuerdo desde la biología, la medicina basada en la evidencia, y la cultura, trae consigo el amamantamiento. De acuerdo con Minchala-Urgiles, et al., (2020) la lactancia materna es un pilar fundamental para la salud y la prevención de diferentes tipos de enfermedades crónicas no transmisibles, infectocontagiosos, metabólicas e incluso oncológicas tanto para la madre como para el bebé. “La (...) lactancia materna (...), su contenido de grasa, proteínas, componentes inmunes y biológicos activos desempeñan un papel importante en el efecto protector tanto para la salud del lactante, como de la madre.” (Minchala-Urgiles, et al., 2020: 947)

El efecto positivo de amamantar alcanza también los límites de la esfera mental, psicológica o emocional de la madre y del bebé, pues además de fomentar el vínculo o fortalecer el amor entre los nuevos seres que nacen después del parto (una mujer que es una nueva madre y un bebé que habitará la tierra), disminuye la probabilidad de sufrir depresión postparto en la madre, genera un efecto terapéutico tras un proceso tortuoso de parto dado los niveles de oxitocina liberados al lactar; hasta brindar consuelo, contención o calma al neonato. El niño o niña que es amamantando se siente seguro en el pecho de la madre, y de acuerdo con Riaño (2002) aquellos que son amamantados por más de doce meses, podrían llegar a ser niños menos ansiosos y con apego seguro. “Adicionalmente, contribuye a la sustentabilidad medioambiental ya que su origen es natural y renovable”. Coronado y Fuquene, (2018: 18)

Finalmente, de acuerdo con Spencer, (2012) el amamantamiento por más de doce meses podría llegar a ser concebido como un acto de empoderamiento femenino, revolucionario y hasta de emancipación, en tanto las mismas mujeres que participaron en el presente estudio indicaron sentirse fuertes, valientes, y resilientes al tener en su seno el poder de sustentar esa nueva vida que crearon. Esa noción de creadoras y/o gestoras de vida, invita a pensar en la noción del cuerpo como

territorio de intimidad, Pico (2023), en tanto la lactancia materna se da gracias a éste y por un tiempo determinado en él cuerpo. Conforme con esta autora, amamantar se puede entender

como una práctica de apropiación física (...), un proceso que permite cultivarse como mujer, a su vez de cultivar y mantener las energías que sostienen y protegen a la casa, territorio íntimo de la familia, también ese territorio común que se construye en el espacio físico y la interacción con los otros. (Pico, 2023: 1)

En consecuencia, todas éstas mujeres que deciden amamantar prolongadamente, confrontan las definiciones del capitalismo, pues, aunque en la connotación económica de la producción y aumento de capital económico no son nada rentables para las industrias (específicamente la láctea para lactantes), sí son sumamente productivas, ecoamigables y renovables en el sentido vital o generador de la extensión de la especie humana.

Resulta importante ahora, continuar con la narración de este texto, dando lugar a los principales aportes de esta investigación. El primero de ellos, alude a los aportes para la construcción del conocimiento o epistemología de las ciencias sociales. Se considera que esta investigación brindó una aproximación a lo que significa amamantar o dar seno a un bebé por más de doce meses, desde la fuente o voz directa de las protagonistas, y no desde algunas de las narrativas tradicionalmente varoniles, ni desde el saber de algunos profesionales de la salud. En este aspecto fue novedosa la investigación. Lo anterior, en términos de Massó (2015: 187), se podría denominar como la decolonialidad de la teta, “ya que... hasta muy recientemente, precisamente a raíz del silencio de las propias “dueñas de las mamas” ... la lactancia humana ha sido leída desde concepciones patriarcales...” visiones androcentristas de una práctica que fisiológicamente es propia de la mujer, y que como se ha dicho en párrafos anteriores del presente documento, le ha correspondido el desprestigio, la poca valía, y la obligación de ser practicada en espacios públicos, debido además, a la sexualización adulta que la cultura occidental, la ha investido, gracias a algunas interpretaciones que se han realizado de algunas de las teorías psicoanalíticas.

Esta investigación, entonces, aporta e invita a las ciencias sociales a continuar reivindicando los derechos, la valía y la equidad de las prácticas de crianza, entre las cuales se encuentra el amamantamiento, devolviéndole a su vez la responsabilidad social que ésta tiene, ya que no sólo se beneficia de ella, sino que también tiene la obligación de sostenerle desde todos los puntos de vista (económico, social, político, ecológico, entre otros.)

El segundo aporte es para la psicología de la salud. Haber identificado las principales barreras y los facilitadores que desde la narración de las protagonistas supone amamantar, abre un camino importante para el establecimiento de programas, propuestas o proyectos pro lactancia materna, que considere incluir a personas que desean y quieren lactar desde el momento cero, y hasta que, de manera consciente y respetuosa, todas las partes implicadas, decidan dejar de hacerlo. Lo anterior, desde la psicología de la salud aplicada a la consulta externa o al modelo asistencial de la salud, tiene un marco amplio de aceptación y adaptación en los programas de promoción y prevención (PYP) que existen en las instituciones de salud (como los centros de salud de la red pública); pero también tiene mucho que aportar a los programas de educación para la primera infancia (por ejemplo, a la política pública de cero a siempre o al plan Decenal de Lactancia materna) que con estrategias o metodologías educativas o pedagógicas, puede acompañar en el día a día en el trabajo de centros de desarrollo infantil, hogares infantiles, jardines, o centros educativos públicos y privados.

Finalmente, un tercer aporte está relacionado con el beneficio que obtuvieron las participantes de la presente investigación, que se pueden expresar en una doble ganancia. Por un lado, las mujeres que participaron en el estudio, de diferentes formas, expresaron el deseo de participar en éste pues querían aportar en la construcción de la aceptación de la práctica del amamantamiento por más de doce meses, pues como ya se verá en los siguientes párrafos de éste documento, ellas afirman que existen múltiples resistencias a nivel social (sectores familia y salud principalmente) cuando de ver a una mujer dando teta a un niño/a mayor de 1 año se trata. Por el otro lado, desde la visión de la investigadora, se considera que el espacio de las conversaciones permitió que todas las participantes pudieran nombrar y recordar las experiencias que cada una tuvo en torno al amamantamiento, dándoles de manera simbólica, un poder propio en la palabra, de ser reconocidas por otra (en este caso la investigadora) que está aportando a la construcción del conocimiento, y de movilizarse emocionalmente con sentimientos de bienestar, satisfacción y mérito personal.

En consideración a lo dicho en el presente estudio, es posible realizar dos recomendaciones generales: unas que están relacionadas con la práctica misma del amamantamiento por más de doce meses, y otras que obedece a la tensión de validación de la práctica por parte del modelo biomédicos.

Respecto al primer punto, se considera necesario realizar programas de capacitación sobre amamantamiento por más de doce meses para educar a la sociedad (desde la madre lactante hasta los profesionales de la salud, gente de a pie y demás agentes) en todos los beneficios que conlleva dar seno a un niño/a mayor de un año, sin fecha de caducidad, y hasta que la diada tome la decisión voluntaria de dejarlo. Lo anterior, podría dar lugar a la normalización o aceptación social de la práctica.

Se recomienda que la capacitación y educación se centre de manera principal en los profesionales del área de la salud que tienen turnos o trabajan asistencialmente en las EPS e IPS del departamento, a fin de que ellos puedan tener acceso a las investigaciones recientes sobre los beneficios y la no maleficencia del amamantamiento por más de doce meses, para evitar que con sugerencia o recomendaciones sin fundamento o evidencia, entorpezcan o coarten la práctica del amamantamiento por más de doce meses en la mayoría de las madres lactantes que consultan en estos centros de salud.

La implementación de estrategias como “TetArte” (Proyecto fotográfico cuyos objetivos son visibilizar, a través del arte, la lactancia materna como acto humano y natural, promoverla y desmitificarla) promovida por la liga de la lactancia de la ciudad de Cali, debería de realizarse de manera más frecuente en los diferentes municipios de departamento del valle del cauca, e incluso, implementarlos también las diferentes EPS e IPS de las ciudades de Palmira y Cali, a fin de conseguir el objetivo expresado en líneas anteriores.

Se recomienda realizar investigaciones de corte cualitativo, ampliando el número de participantes e incluso de los demás municipios del departamento del Valle del Cauca, con el objetivo de aportar a la construcción y divulgación de evidencia académica o científica, para la aceptación, promoción y fortalecimiento del amamantamiento por más de doce meses desde las instituciones sociales de salud, educación, cultura y demás instituciones.

Cuando la investigadora realizó la búsqueda de antecedentes de investigación en el anteproyecto de trabajo de grado, se encontró que no existen suficientes artículos que se interesen por comprender y analizar el fenómeno del amamantamiento mayor a doce meses. Aún más, no existe un buen número de artículos de investigación que hablen del fenómeno cultural, epistemológico, y con enfoque de género sobre el amamantamiento. En este orden de ideas, investigar en estos temas sería una buena perspectiva de estudio.

Se considera que una de las principales limitaciones del presente estudio, podría estar relacionada con que todas las participantes pertenecen a un mismo grupo o círculo de crianza, lo cual quizás hace que la muestra sea muy homogénea o que las perspectivas sobre el amamantamiento sean muy parecidas. Esto permite sugerir en próximos estudios, considerar a mujeres de diferentes círculos sociales e incluso, diferentes zonas del departamento del valle del Cauca u otros. Además, todas las participantes son profesionales y trabajaron durante el periodo que amamantaron (excepto una que decidió renunciar a su empleo), por lo que se podría explorar en próximos estudios, las experiencias de madres con un nivel educativo diferente al profesional y sin empleo formal.

### Referencias

- Adaury, H., Angulo, P., Sepúlveda, J., Sanhueza, A., Becerra, D., Morales, V., Barreras, J., Adaury, M. H., Angulo, L. P., María, A., Sanhueza, X. A., Becerra, I. D., Morales, J. V., & Hirmas, M. (2013). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. In *Rev Panam Salud Publica* (Vol. 33, Issue 3).
- Adrián Medrano, L., Moretti Heinz-Dieter Basler Alba Mustaca Pablo Vera-Villaruel Juan Antonio Moriana Martinez-Núñez, L., & Gerardo Primero Ezequiel Benito Viviana Combina, V. (2020). *Prácticas en Salud Basadas en la Evidencia*.
- Arch Argent Pediatr 2017;115 Supl 5: S105-S110 Colecho en el hogar, lactancia materna y muerte súbita del lactante. Recomendaciones para los profesionales de la salud. Subcomisión de Lactancia Materna y Grupo de Trabajo de Muerte Súbita e Inesperada del Lactante
- Cardona, J. (2016). Artículo de reflexión 183 determinantes y determinación social de La salud Como Confluencia de La salud Pública, La epidemiología y La Clínica.
- Coronado, D. M., & Fúquene, N. P. (2018). Significados construidos por una madre sobre el apoyo social en su experiencia con la lactancia materna. Bogotá D.C.: Universidad El Bosque.
- Corzo, J. R. (1989). *Práctica, conocimiento y valoración: la naturaleza del reflejo valorativo de la realidad*. Ciudad de La Habana, Cuba: Editorial de Ciencias Sociales.
- Escudero, Camila. (2020). El análisis temático como herramienta de investigación en el área de la Comunicación Social: contribuciones y limitaciones. *La trama de la comunicación*, 24(2), 89-100. Recuperado en 23 de junio de 2023, de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1668-56282020000200005&lng=es&tlng=](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-56282020000200005&lng=es&tlng=).

- Faas, A. (2018). La psicología evolutiva contemporánea. En A. Faas, Psicología del Desarrollo de la niñez (págs. 7-72). Argentina: Editorial Brujas.
- Fardella, C., Carvajal, F., Universidad, M., & Bello, A. (2018). Los estudios sociales de la práctica y la práctica como unidad de estudio The social practice theory and the practice as study unit. <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol17>
- García, M. (2002). EL BIENESTAR SUBJETIVO. In ANÁLISIS (Vol. 6).
- Gamboa, E. H. (2008). Genealogía Histórica de la Lactancia Materna. Revista Enfermería Actual en Costa Rica, 1-6
- García, M. (2002). EL BIENESTAR SUBJETIVO. In ANÁLISIS (Vol. 6).
- Gruenberg, M. (2012). ¡Vamos a dormir! Cómo prevenir y solucionar los problemas del sueño de tu hijo sin culpa y según su edad. En M. Gruenberg, ¡Vamos a Dormir! (pág. 166). Madrid, España: GRIJALBO.
- Heredia, E. B. (10 de noviembre de 2022). Revista electrónica de motivación y emoción. Obtenido de Revista electrónica de motivación y emoción: <http://reme.uji.es/articulos/abarbe127211298/texto.html>
- Marín, J., Jiménez, Á., & Villamarín, E. (2015). La importancia de la lactancia en el LA IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA EN EL DESARROLLO FÍSICO, PSÍQUICO Y RELACIONAL DEL NIÑO A IMPORTÂNCIA DA LACTÂNCIA NO DESENVOLVIMENTO FÍSICO, PSÍQUICO E RELACIONAL DA CRIANÇA (Issue 1).
- Massó Guijarro, E. (2013). Lactancia materna y revolución, o la teta como insumisión biocultural: calostro, cuerpo y cuidado. Dilemata, 11, 169-206.
- Massó Guijarro, E. (2015). Conjeturas (¿y refutaciones?) sobre amamantamiento: Teta decolonial. Dilemata, (18), 185–223. Recuperado a partir de <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/379>
- Minchala-Urgiles, R. E., Ramírez-Coronel, A. A., Caizaguano-Dutan, M. K., Estrella-González, M. d., Altamirano-Cárdenas, L. F., Andrade-Molina, M. C., & Sarmiento-Pesántez, M. M. (2020). La lactancia materna como alternativa para la prevención de enfermedades materno-infantiles: Revisión sistemática. Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica, 941-947.
- Ministerio de Salud y protección social. (28 de 10 de 2022). GOV.CO. Obtenido de GOV.CO: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/LicenciaMaternidad.aspx>

Ministerio de Protección Social. (2020). Plan Decenal Lactancia Materna 2010-2020. *Ministerio de la Protección Social*, 11-123.

OMS. (28 de mayo de 2023). Organización Mundial de la salud. Obtenido de Organización Mundial de la salud: <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>

Ots, I. (2016). La práctica de la lactancia materna en relatos de las madres: significados, discursos de influencia y condiciones facilitadoras. Universidad Autónoma Metropolitana (México). Unidad Azcapotzalco, 1-126.

Páginas - Entornos Saludables. (n.d.). Retrieved November 13, 2022, from <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/EntornosSaludables.aspx>

Pico, S. M. (2023). Lactancia materna en comunidades indígenas: Un agenciador del cuerpo y del territorio. *Revista Española de nutrición comunitaria*, 1-2.

Riaño, I. G. (2002). Lactancia materna prolongada: ¿tiene inconvenientes? *NR*, 1-5.

Rodríguez, G. (2006). tipo de vínculo madre / hijo y desarrollo intelectual Sensoriomotriz.

Spencer, B. (2012). A Qualitative Description Of African American Women’s Breastfeeding Experiences. University of Kansas, Repositorio Digital KU Scholar Works, 1-215.

Valeria, E., Carrizo, E., Micaela En Ochoa, S., En Saavedra, S., & Andrea, F. (n.d.). CÁTEDRA TALLER DE TRABAJO FINAL FACILITADORES Y BARRERAS QUE IDENTIFICA EL PADRE PARA DESARROLLAR EL APEGO CON SU HIJO DURANTE LA INTERNACIÓN Asesora Metodológica.

Wanzek, Leila V. La Noción De Gesto De Amor Acuñada Por J. Lacan: Aportes Del Psicoanálisis En Inter () Sección Con Los Territorios Sociopolíticos De La Primera Infancia Anuario de Investigaciones, vol. XXVII, 2020 Universidad de Buenos Aires, Argentina

## ANEXOS

### Anexo 1

*Instrumento de recolección de información, antes de validar*

<b>GUÍA DE LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA</b>	
<b>Introducción</b>	Para romper el hielo y generar un buen rapport, la investigadora se presentará indicando su nombre, formación profesional y le comentará un gusto personal. Posteriormente, le invitará a observar las 6 fotografías que ella escogió previamente, y a que escoja 3 que ella asocie con amamantar, y la investigadora escogerá dos. Se pedirá que de una breve explicación de su elección y se procederá con la entrevista.
<b>Identificación</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Cómo te llamas?</li> <li>2. ¿Cuántos años tienes?</li> </ol>



	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. ¿A qué te dedicas actualmente?</li> <li>4. ¿Ha cambiado tú ocupación desde que tuviste a tu hijo/a?</li> <li>5. ¿Con quién vives?</li> <li>6. ¿Tienes pareja?</li> <li>7. ¿Cuántos hijos tienes? Si es más de uno centrarse en el que se ha realizado la LMP. Si es más de uno, decidir si se abordará solo uno o los dos.</li> </ol>	
<p><b>Objetivo específico 1:</b> Identificar cuáles fueron las motivaciones y valoraciones de un grupo de mujeres para asumir y desarrollar la lactancia materna prolongada.</p>	<p>Motivación</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Tú embarazo hacía parte de sus planes como pareja?</li> <li>2. ¿Cómo querías que naciera tú bebé?</li> <li>3. ¿Cómo fue el nacimiento de tú bebé?</li> <li>4. Después del nacimiento de tú bebé ¿cuánto tiempo pasó para que lo pusieras en tú pecho?</li> <li>5. ¿Tenías planes sobre la lactancia y qué elementos tuviste en cuenta?</li> <li>6. ¿Tú sola, o alguien más, hizo parte de la decisión de lactar a tú bebé?</li> <li>7. ¿Qué te motiva (o motivó) o te anima (animó) a continuar lactando a tú hijo/a hasta este momento (¿o hasta el tiempo que lo lactaste)?</li> </ol>
	<p>Valoración</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Qué significa para ti lactar a tú hijo/a?</li> <li>2. ¿Qué crees que significa para tú bebé que lo lactes?</li> <li>3. ¿Qué significa para tú pareja lactar a tú hijo?</li> <li>4. ¿Qué crees que piensa tú familia (mamá, papá, etc.) sobre el tiempo que llevas lactándolo/a, o duraste lactando a tú bebé?</li> <li>5. ¿Cómo crees que tus amigos más cercanos, tú trabajo, u otras redes valoran tú lactancia?</li> <li>6. ¿Qué es lo que más valoran de tú lactancia tú familia, tú bebé, y tú misma?</li> <li>7. ¿Qué ha sido lo más difícil para ti de lactar? (puede ser a nivel emocional, físico, familiar, económico, personal, etc.)</li> <li>8. Si alguien fuese a tomar la decisión de ofrecer LMP, ¿cuáles serían las 2 o 3 recomendaciones centrales que le ofrecerías, desde su experiencia?</li> </ol>
<p><b>Objetivo específico 2:</b> Caracterizar las prácticas de la Lactancia Materna Prolongada de un grupo de mujeres que</p>	<p>Prácticas</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿En qué momentos ofreces u ofrecías el seno a tú bebé?</li> <li>2. ¿En qué lugares de la casa prefieres (o preferías) dar el pecho a tú bebé?</li> </ol>

<p>decidieron y lograron establecerla.</p>		<p>3. ¿Has lactado a tú hijo por fuera de tú casa?  4. ¿Cómo te has sentido emocionalmente, físicamente, en términos de limpieza, miradas de la gente, etc. mientras lactas (o lactabas) a tú hijo/a por fuera de tú casa?  5. ¿Tú y tú hijo/a tienen (o tenían) alguna posición en la que se sientan (o sentían) más cómodos físicamente mientras lactas?</p>
<p><b>Objetivo específico 3:</b>  Detectar los factores percibidos como facilitadores y barreras para la práctica de la Lactancia Materna Prolongada, en la experiencia de un grupo de mujeres de las ciudades de Palmira y Cali</p>	<p>Facilitadores y barreras</p>	<p>1. ¿Quiénes o quién ha sido la(s) persona(s) que más ha(n) intervenido en tú lactancia prolongada?  2. ¿Alguna vez pensaste en dejar de lactar a tú bebé?  3. ¿Qué ocupaciones, incluidas las propias del cuidado de tú bebé, tenías durante el periodo de tú lactancia prolongada?  4. ¿Alguna vez búscate asesoría de una doula o asesora de lactancia?  5. ¿Cómo te ha ido (o te fue) con los controles de crecimiento y desarrollo de tú bebé?  6. ¿Recibiste algún comentario de tú médico, maestra jardinera de tú hijo, u otros profesionales, por tú decisión de haber lactando a tú hijo/a hasta más del año, y qué efecto generó emocionalmente en ti esos comentarios?  7. ¿Mientras lactabas a tú hijo tomaste algún curso o leíste algo sobre la lactancia materna?  8. ¿Utilizaste extractores de leche u otros para almacenar leche por fuera?  9. ¿Tomaste alguna bebida u receta para producir más leche?  10. ¿Cuáles crees que son o fueron las ideas que más habías o has escuchado sobre la lactancia, y qué tanto se han mantenido o transformado?</p>

## Anexo 2

*Instrumento de recolección de información validado y aplicado con las participantes*

<b>GUÍA DE LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA</b>	
<p><b>Introducción</b></p>	<p>Para romper el hielo y generar un buen rapport, la investigadora se presentará indicando su nombre y formación profesional. Se le proporcionará el Consentimiento Informado</p>

	(CI) para que lo lean juntas y se diligenciará. Luego, se realizará la actividad rompe hielo con la técnica de foto voz para iniciar con la entrevista.	
<b>Identificación</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Cómo te llamas?</li> <li>2. ¿Cuántos años tienes?</li> <li>3. ¿A qué te dedicas actualmente?</li> <li>4. ¿Ha cambiado tú ocupación desde que tuviste a tu hijo/a?</li> <li>5. ¿Con quién vives?</li> <li>6. ¿Tienes pareja?</li> <li>7. ¿Cuántos hijos tienes? Si es más de uno centrarse en el que se ha realizado la LMP. Si es más de uno, decidir si se abordará solo uno o los dos.</li> </ol>	
<b>Objetivo específico 1:</b> Identificar cuáles fueron las motivaciones y valoraciones de un grupo de mujeres para asumir y desarrollar la lactancia materna prolongada.	Motivación	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Cuál fue la razón por la decidiste ser madre y continuar con tú embarazo?</li> <li>2. Narra brevemente cómo fue el nacimiento de tú bebé.</li> <li>3. Después del nacimiento de tú bebé, ¿cuánto tiempo pasó para lo que pusieras en tú seno?</li> <li>4. ¿Tenías planes sobre la lactancia y qué elementos tuviste en cuenta?</li> <li>5. ¿Tú sola, o alguien más, hizo parte de la decisión de lactar a tú bebé?</li> <li>6. ¿Qué te motiva (o motivó) o te anima (animó) a continuar lactando a tú hijo/a hasta este momento (¿o hasta el tiempo que lo lactaste)?</li> </ol>
	Valoración	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dime 3 palabras que relaciones con el acto de amamantar.</li> <li>2. ¿Qué crees que significa para tú bebé que lo laces? Dime 3 palabras</li> <li>3. ¿Qué significa para tú pareja lactar a tú hijo?</li> <li>4. ¿Qué crees que piensa tú familia (mamá, papá, etc.) sobre el tiempo que llevas lactándolo/a, o duraste lactando a tú bebé?</li> <li>5. ¿Qué crees que piensan tus amigos más cercanos, tus compañeros de trabajo o vecinos por el tiempo que decidiste lactar a tú hijo/a? Complementar pidiendo que señale fortalezas y dificultades.</li> <li>6. ¿Cuáles son las fortalezas que identificas de haber sostenido la lactancia hasta ahora o hasta el tiempo en que lo hiciste?</li> <li>7. ¿Cuáles son las fortalezas que crees que tú pareja, familia u otros cercanos reconoce</li> </ol>

		<p>por haber amamantado más de doce meses?</p> <p>8. ¿Qué ha sido lo más difícil para ti de lactar? (puede ser a nivel emocional, físico, profesional, económico, laboral, personal.)</p>
<p><b>Objetivo específico 2:</b> Caracterizar las prácticas de la Lactancia Materna Prolongada de un grupo de mujeres que decidieron y lograron establecerla.</p>	<p>Prácticas</p>	<p>1. ¿En qué momentos ofreces u ofrecías el seno a tú bebé y por qué?</p> <p>2. ¿En qué lugares de la casa prefieres (o preferías) dar el pecho a tú bebé?</p> <p>3. ¿Has lactado a tú hijo por fuera de tú casa?</p> <p>4. ¿Cómo te has sentido emocionalmente, físicamente, en términos de limpieza, miradas de la gente, etc. mientras lactas (o lactabas) a tú hijo/a por fuera de tú casa?</p> <p>5. ¿Te ha ocurrido alguna situación particular que quisieras contar, mientras lactabas a tú bebé en un lugar público?</p> <p>6. ¿Tú y tú hijo/a tienen (o tenían) alguna posición en la que se sientan (o sentían) más cómodos físicamente mientras lactas?</p> <p>7. Si alguien fuese a tomar la decisión de ofrecer LMP, ¿cuáles serían 2 o 3 recomendaciones que le darías?</p> <p>8. ¿Utilizaste extractores de leche y otros elementos para almacenar la leche por fuera?</p> <p>9. ¿Tomaste alguna bebida u receta para producir más leche?</p>
<p><b>Objetivo específico 3:</b> Detectar los factores percibidos como facilitadores y barreras para la práctica de la Lactancia Materna Prolongada, en la experiencia de un grupo de mujeres de las ciudades de Palmira y Cali</p>	<p>Facilitadores y barreras</p>	<p>1. ¿Quiénes o quién ha sido la(s) persona(s) que más ha(n) intervenido en tú lactancia prolongada?</p> <p>2. ¿Alguna vez pensaste en dejar de lactar a tú bebé? ¿Podrías explicarme las razones por las que pensaste en dejar de amamantarlo?</p> <p>3. ¿Qué ocupaciones, incluidas las propias del cuidado de tú bebé, tenías durante el periodo de tú lactancia prolongada?</p> <p>4. ¿Alguna vez intentaste buscar ayuda para aprender técnicas o conocer recomendaciones para lactar a tu hijo/a? ¿Qué tipo de ayuda conseguiste?</p> <p>5. En los controles de crecimiento y desarrollo ¿te ofrecieron alguna ayuda para lactar a tú bebé?</p> <p>6. ¿Recibiste algún comentario de tú médico, maestra jardinera de tú hijo, u</p>

		<p>otros profesionales, por tú decisión de haber lactando a tú hijo/a hasta más del año, y qué efecto generó emocionalmente en ti esos comentarios?</p> <p>7. ¿Cuáles crees que son o fueron las ideas que más habías o has escuchado sobre la lactancia, y qué tanto se han mantenido o transformado?</p>
--	--	--

### **Anexo 3**

#### *Consentimiento Informado*

#### **Experiencias sobre amamantamiento prolongado de un grupo de mujeres de las ciudades de Cali y Palmira**

Por medio del presente documento, quiero invitarte de manera formal, a que participes en mi proyecto de investigación titulado: *Experiencias sobre amamantamiento prolongado de un grupo de mujeres de las ciudades de Cali y Palmira*, el cual hace parte de mi tesis o trabajo de grado para optar al título de Magíster en Psicología de la Salud en la Pontificia Universidad Javeriana Cali.

El objetivo principal de mi investigación es describir las motivaciones, valoraciones, prácticas, facilitadores, y barreras que han configurado las experiencias del amamantamiento prolongado para visibilizar, reconocer y naturalizar el acto amoroso, saludable y necesario de proporcionar leche materna (o dar seno) a bebés mayores de 12 meses y hasta máximo 3 años de vida, desde una perspectiva histórico-social, psicológica y cultural. Por lo anterior, es muy importante poder contar con tú participación en este proyecto de investigación.

#### **A cerca de los resultados de esta investigación**

Describir las experiencias en torno al amamantamiento prolongado me permitirá identificar cuáles fueron las estrategias que como madres emplearon para poder continuar lactando a sus hijos/as, en medio de una sociedad que parece no apoyar el amamantamiento, ya que, en términos de consideraciones laborales, académicas, sociales, etc. existe tabú y censura al respecto. Además, existen pocas investigaciones que aborden este hecho.

Como beneficio de esta investigación, se espera que en un futuro contribuya al desarrollo de acciones y políticas públicas que respondan de manera efectiva a las necesidades de madres que han decido y logrado adquirir un amamantamiento prolongado. Se espera poder dejar un

precedente que realice concesiones justas a madres que le han dado el lugar correspondiente al amamantamiento, por encima de condiciones laborales, académicas, profesionales, familiares, etc. De este modo, se contará con a la participación de aproximadamente 6 mujeres de las ciudades de Cali y Palmira.

Durante todo el proceso podrás tener acceso a los avances de la investigación y al término del mismo, te entregaré un documento escrito en el que resuma los principales hallazgos de mi investigación. Si esta investigación deriva en ponencias nacionales e internacionales, se te enviará previo aviso del mismo.

### **Posibles riesgos o inconvenientes de los participantes**

Al participar de este proyecto te expones a un *riesgo mínimo*, dado que las actividades están centradas en aspectos relacionados con tus experiencias personales y familiares de vida, en la que quizás atravesaste por diferentes estados emocionales como alegría, tristeza, frustración, dolor, etc. Estados que, si se llegasen a presentar, yo estaría en total facultad para contener o intervenir, dado mi formación profesional en psicología.

Es importante hacer explícito que se evitarán las situaciones que hagan emerger en tí algún sentimiento negativo o de malestar personal, y no se realizará ninguna intervención que ponga en riesgo tú salud y tú vida. Adicionalmente, según lo que tú desees o se considere necesario durante el proceso, te podré llegar a sugerir la pertinencia de que inicies un proceso psicoterapéutico, jurídico o en salud a través de mi red de trabajo comunitario y profesional.

### **Responsabilidades de los participantes**

Si aceptas participar en el estudio, estarás en dos (2) actividades que se entre los meses de enero y febrero del año 2023 de manera presencial o virtual (Zoom o Google Meet). Me permito describirte cada una de ellas, no sin antes aclararte que eres libre de desistir o dejar de participar en ellas cuando así tú lo desees. En caso de desistimiento voluntario, no debes brindar ningún tipo de explicación o exponer los motivos por los que no quieres continuar, sino que simplemente me debes informar que ya no vas a continuar vía llamada telefónica, o con un mensaje de texto a través de WhatsApp o email

*Actividad 1: Entrevista individual:* Entablaremos una conversación lo más natural y fluida posible, en la que te estaré realizando algunas preguntas relacionadas con tú proceso de

amamantamiento a tú bebé tales como si tenías planeado o no lactar a tú bebe, dónde lo hacías o donde lo haces, en qué momentos, etc. También hablaremos sobre algunos aspectos de tú vida familiar, laboral, educativa, etc.

Se estima que cada entrevista dure aproximadamente dos horas (120 min). Se podrán programar entre dos o más espacios en diferentes días, según tú lo consideres para el cumplimiento de los objetivos del estudio. Para ello se establecerá una nueva fecha, día y hora, tratando de ajustar nuestros tiempos o disponibilidades.

Durante las entrevistas podrás usar objetos personales de tú preferencia tales como cartas, fotos, dibujos, libros, prendas de vestir de tú bebé, etc. siempre y cuando lo consideres necesario para lograr evocar tus experiencias de vida durante tú amamantamiento prolongado. Es importante que sepas que lo que tú me cuentes será tratado de manera confidencial bajo el secreto profesional que me obliga a guardar mi profesión. La información codificada será utilizada exclusivamente en tú propio beneficio y para los fines de la investigación.

Finalmente, coordinaremos o acordaremos entre tú y yo cuál medio te queda más cómodo para llevar a cabo nuestro encuentro: presencial o virtual. De antemano te garantizo que, en caso de escoger el canal virtual, solamente tú tendrás acceso al link de acceso con su respectiva contraseña, la cual te entregaré quince (15) minutos antes de los encuentros.

*Actividad 2: Foto voz:* esta es una estrategia visual en la que a través de la realización y utilización de fotografías tendrás apoyo para expresar mejor tus ideas, concepciones, pensamientos, relaciones e interacciones.

En este sentido, te podría pedir previo a nuestro encuentro, que lleves 10 fotografías que tú u otras personas hayan tomado y que estén relacionadas con tú experiencia de haber amamantado prolongadamente. Dichas fotografías **no necesariamente** tienen que ser una foto explícita en la que estés ofreciendo el pecho a tú bebé, sino cualquier otra acción o práctica que ustedes asocies con el acto de lactar. Las fotos son de carácter devolutivo y si resulta importante anexar alguna al documento escrito, te lo haré saber con tiempo, por supuesto consintiendo en que estés de acuerdo con que la fotografía aparezca. Si no deseas que la foto salga, entonces no aparecerá en ningún lugar del documento u otro medio, por respeto a tú elección y privacidad.

## **Costos**

Al ser una participación enteramente voluntaria, además de tratarse de un trabajo de grado de maestría y no contar con un patrocinio público o privado de ningún tipo, tú participación en este proyecto no tendrá ningún tipo de remuneración económica. Tampoco tú tendrás que pagar ninguna cuantía por acceder a participar en esta investigación. Si por algún motivo de fuerza mayor llegases en incurrir en gastos de transporte, alimentación, u alojamiento porque no fue posible llevar a cabo los encuentros de manera virtual y presencial de fácil acceso para ti; yo como investigadora me vería obligada a compensarte económicamente el rubro que tuvieras que pagar por ello. En todo caso, se espera que esto no suceda.

### **Confidencialidad y autorización para usar y divulgar información**

Con el propósito de salvaguardar tú identidad, y garantizar que la misma quedará en extrema confidencialidad, no se registran tus datos personales como nombre, cédula, ni el de tus bebés u otros familiares que tú menciones, en ninguna base de datos. Si tú estás de acuerdo, te identificaré con un pseudónimo que tú misma escojas o con un código numérico que yo te asignaré aleatoriamente. Me encargaré de garantizar la ley colombiana de privacidad y protección de datos: Ley 1581 de 2012.

Ahora bien, las respuestas que tú me suministres en cada uno de nuestros encuentros, se mantendrán custodiadas y no serán exhibidas de ningún modo. Solamente yo voy a tener acceso a dicha información. En caso de publicación de los resultados de esta investigación (ya sea en el documento o en revistas científicas u otras formas de publicación y presentación), ni tu nombre, pseudónimo u cualquier otro tipo de elemento que se te pueda relacionar, aparecerá en tales medios.

Justo antes de que iniciemos nuestros encuentros, yo voy a pedir explícitamente tú autorización para realizar una grabación de audio (no video) de nuestro encuentro. Lo anterior será confines estrictamente académicos a fin de poder transcribir la información de la manera más textual que se ajuste a tus propias palabras. **Sólo si tú aceptas haré la grabación, pero no te debes sentir obligado a acceder.** O sea que puedes negarte cuando tú quieras, e incluso retractarte, aunque previamente me hubieras dicho que sí.

Todo el material que surja en cada uno de los encuentros será guardado en un sobre de manila con el pseudónimo que tú hayas escogido y la fecha en que fueron creados o utilizados, sin colocar tus iniciales de ley, documento de identidad, ni ningún otro dato civil que te identifique.



Archivaré la información en una carpeta que descansará en mi consultorio de la Clínica Nuestra Señora del Palmar bajo llave, junto con los demás archivos de las historias clínicas de mis pacientes.

La información de las entrevistas será transcrita velando por la fidelidad de sus expresiones verbales, no verbales y paralingüísticas, sus narrativas y el contexto en el cual se dan. Para ello una vez estén todas transcritas, haré un proceso de revisión de calidad de algunas de estas de manera aleatoria con el fin de verificar fidelidad. Esto se hará comprobando lo transcrito con lo que está en los audios. En la grabación de audio no se incluirá la toma de datos sociodemográficos. Tanto los audios como las transcripciones y fotos estarán grabadas en un drive personal (nube) de la investigadora, conservado con clave.

Para mantener la confidencialidad de las participantes, todo material será guardado dando cuenta de que tipo de documento es, el nombre o pseudónimo elegido por la participante para aparecer en el estudio y la ciudad de origen de ella, por ejemplo: E1 SOLE Palmira, las Fotos serán guardadas como: F1 Sole Palmira, los audios: V1 Sole Palmira, entre otros que puedan darse. La numeración será con un código único en orden consecutivo de recolección para cada una de las madres. Las transcripciones de cada una de las entrevistas y de los GD, las notas de campo, las fotos, los audios y el formato de CI de cada persona entrevistada deben numerarse con el mismo código.

Una vez culminadas las entrevistas y la foto voz, yo empezaré con el análisis de las conversaciones, para luego, realizar el informe final, y posteriormente proceder a la socialización y publicación de los resultados, partiendo siempre del principio de confidencialidad, que refiere que por ningún motivo tus datos de identificación serán revelados. Estos resultados serán socializados con la directora de tesis de maestría, demás docentes y compañeros de la maestría en psicología de la salud. Pero previamente o antes de que esto suceda, tú conocerás los resultados y podremos editarlos si así lo quieres. El espacio y la forma de hacer la socialización de los resultados lo acordaremos de acuerdo con nuestras disponibilidades. Para esto, una vez se tengan los resultados (tiempo estimado: seis meses posteriores a la sesión de recolección de datos), me contactare contigo para que tengamos una reunión.

### **Acompañamiento psicológico**

Como te lo expliqué más arriba, si quizás llegamos a tocar temas muy sensibles para ti que te generen sentimientos de tristeza, nostalgia, frustración, miedo u otros, mientras le diste seno a tú bebe o cuando lo estés amamantando, ten la tranquilidad de que puedo acompañarte como

profesional en psicología, pero también te escucharé y comprenderé de madre a madre ya que, como tú, yo también lacto a mi bebé y humanamente he pasado por algunas situaciones que me han movilizado. Quiero que sepas que seré lo más empática y sincera como me sea posible contigo, **pero en ningún momento podré hacer las veces de tú psicoterapeuta** ya que los fines de nuestros encuentros son otros. En este sentido, si yo considero necesario orientarte a iniciar una intervención profesional lo haré. O en su defecto, si tú lo haces por iniciativa propia, te agradezco que me lo hagas saber.

### **Beneficios por la participación en este proyecto**

Estos podrán ser *directos* en tanto gracias a tus narraciones, logres organizar mejor tu discurso y experiencia como madre que amamantó prolongadamente a su hijo/a, generando en ti sentimientos o sensación de bienestar, satisfacción u orgullo personal. También podrás ser *indirectos* si esta investigación llegare a ocupar un lugar en el sector público, educativo, social o comunitario como para desarrollar a proyectos de promoción de amamantamiento prolongado, guías y políticas públicas al respecto, etc.

### **Participación voluntaria y derechos para retirarse del estudio**

Durante tu participación tienes derecho de realizar las preguntas que consideres necesarias o de abstenerse a responder aquellas que no consideres pertinentes. Si en algún momento, llegas a sentirte incómoda con alguna de ellas, te agradezco que me lo hagas saber de manera directa y entonces pasaremos a otro tema.

### **Derechos y consideraciones finales**

- Tu decisión de participar en el estudio es completamente libre y voluntaria.
- Si decides no aceptar la invitación, no habrá ninguna consecuencia para ti.
- Puedes realizar cualquier tipo de pregunta con relación a los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación.
- Aunque la investigación implica la participación voluntaria, puedes cambiar de opinión más adelante y retirarte del proyecto en el momento que lo desees, esto no acarreará ninguna consecuencia. Si te agradezco que me informes que no desees continuar con tiempo suficiente (mínimo dos o un día antes de nuestros encuentros) y si así lo desees, me puedes dar las razones de tu retiro. En todo caso, no estás obligada a esto último.

## **Autorización**

Es necesario que firmes y escribas la fecha al final de este formulario de consentimiento en caso de que decidas participar. Se te entregará una copia de este formulario firmado y con la fecha.

Al firmar este formulario, estás declarando que:

- He leído y entendido la información consignada en este formulario.
- He obtenido una respuesta satisfactoria a todas mis preguntas.
- Me han dado suficiente tiempo para decidir si quiero participar en este estudio.
- He sido informada, he conocido y he entendido sobre qué consiste el estudio y que no me traerá ningún tipo de consecuencias negativas para mí, mi bebé o mis seres queridos.
- Autorizo de manera explícita a la investigadora, a compartir las fotos, imágenes, videos, grabaciones de voz u otros archivos realizados a mí, en beneficio del presente estudio, salvaguardando mi identidad personal o datos específicos de contacto, una vez que esto sea estrictamente necesario.
- Sé muy bien que, si tengo alguna otra inquietud con mi participación en esta investigación o en general, de este proyecto, me puedo comunicar con Isabel Cristina Cruz Bonilla vía telefónica o mensaje de texto.

## **Declaración de consentimiento**

Nombre y apellidos del participante (con su propia letra)

YO \_\_\_\_\_ identificada con el nombre completo: \_\_\_\_\_, con número de cédula: \_\_\_\_\_ de: \_\_\_\_\_.

Por tanto, señale con una X según considere:

Acepto voluntariamente participar de la investigación SI: \_\_\_\_ No acepto: \_\_\_\_

Fecha de la firma (día/mes/año): \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Acepto grabación en audio: SI: \_\_\_\_ No: \_\_\_\_

Acepto toma de fotografías: SI: \_\_\_\_ No: \_\_\_\_

Acepto que parte de mi relato, anonimizado, pueda ser utilizado como ejemplo o sustento

en el texto escrito: SI: \_\_\_\_ No: \_\_\_\_

Observaciones:

---

---

---

En relación con lo anterior, los artículos 2, 3, 10, 15, 17, 23, 29, 36, 45, 46, 47, 48, 49, 50 y 52 de la ley 1090 del 06 de septiembre del año 2006, establecida por el Congreso de la República de Colombia, por medio de los cuales se establecen las normas pertinentes frente a aspectos científicos, técnicos y administrativos para la investigación en psicología; y los artículos 15 y 16 de la resolución No. 008430 de 1993, que regula de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos en áreas de la salud, se considera importante obtener el consentimiento informado de los participantes.

#### **Declaración De La Investigadora**

He explicado a la persona nombrada anteriormente la naturaleza, el propósito, los beneficios y los posibles riesgos asociados a la participación en este estudio. He respondido a todas las preguntas que han surgido. Reconozco mi responsabilidad por el cuidado y el bienestar del participante, por respetar los derechos y deseos del participante y por realizar el estudio de acuerdo con las Buenas Prácticas Clínicas y la Normativa aplicable.

Investigadora:

Isabel Cristina Cruz Bonilla

Fecha de la firma (día/mes/año): \_\_\_\_\_

En caso de requerir alguna información adicional o tener alguna queja o comentario sobre mi papel como investigadora, puedes contactar de manera directa con la directora del trabajo de grado.

Directora del trabajo de grado:

Teresita Sevilla, PhD,

Profesora Pontificia Universidad Javeriana Cali.

Además, si quisieras contar con algún testigo para que te apoye en lo que sea que tú requieras mientras estás participando de esta investigación, puedes tenerlo. No es necesario que esté presente durante nuestros encuentros, a menos que tú sientas que necesitas de su compañía para estar tranquila y puedas participar de las actividades.

Testigo:

### **Acuerdo de confidencialidad**

Como parte de mi participación en el presente proyecto de investigación me comprometo a firmar este acuerdo de confidencialidad. **Cláusula de confidencialidad**: como participante del presente proyecto me comprometo a guardar la reserva de la información de la cual he hecho parte, aún después de mi desvinculación, para cuidar la integridad y dignidad de las demás participantes y evitar que se puedan violar los derechos de confidencialidad. YO \_\_\_\_\_, con número de identificación \_\_\_\_\_ de: \_\_\_\_\_ acepto este Acuerdo, firmado el (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_\_ en la ciudad de: \_\_\_\_\_