



UNIVERSIDAD DE MURCIA

DEPARTAMENTO DE TEORÍA E HISTORIA DE LA EDUCACIÓN

Los grupos de apoyo a la lactancia materna
como iniciativas de promoción de la salud en la
comunidad: un estudio descriptivo en la
Región de Murcia

Dña. M^a Pilar Sebastián Vicente

2013

A las personas que, con su amor y valentía, transforman el mundo
recuperando caminos antiguos, en libertad y solidaridad.

A mi madre, por ser ejemplo de autenticidad y amor por la vida.

A mi hija, por todo lo que me ha enseñado.

Uno no escoge el tiempo para venir al mundo;
pero debe dejar huella de su tiempo.
Todos tenemos un deber de amor que cumplir,
una historia que hacer, una meta que alcanzar.
No escogimos el momento para venir al mundo.
Ahora podemos hacer el mundo
en que nacerá y crecerá
la semilla que trajimos con nosotros.

(G. Belli, 1997)

AGRADECIMIENTOS

Todo proyecto comienza mucho antes de plasmar por escrito una idea, comienza incluso antes de ser conscientes de nuestra intención o deseo de llevarlo a cabo. Un proyecto se gesta gracias a las experiencias vitales y profesionales que nos llevan a plantearnos cuestiones que merecen la pena ser investigadas y divulgadas.

Esta tesis doctoral es el resultado de años de trabajo y estudio, pero también y sobre todo, de experiencias y conocimientos compartidos con personas sabias, inquietas y generosas que han enriquecido mi vida a lo largo de los años; a todas ellas quiero agradecerles su contribución a esta investigación y su aportación a mi descubrimiento de una nueva forma de entender la vida y las relaciones interpersonales basadas en el cuidado y el apoyo mutuo. Gracias a ti Casilda por nuestros encuentros al calor del hogar, y gracias de corazón a cada una de las mujeres participantes en la investigación que altruistamente y con gran entusiasmo han querido compartir su experiencia como mujeres/madres lactantes y miembros de grupos de apoyo a la lactancia materna, sin vosotras esta investigación no hubiera sido posible. Tampoco hubiera sido posible este trabajo sin la contribución de los directores de tesis. A la doctora Carmen I. Gómez quiero agradecerle su interés por mi formación a lo largo de los años que nos conocemos y el hecho de que fuera la persona que despertó en mí el interés por la investigación. Gracias Carmen por tu cariño. Al doctor Alfonso García quiero agradecerle especialmente el interés puesto en esta investigación y la confianza en mí para llevarla a cabo. Gracias Alfonso por compartir conmigo tu tiempo y tus enormes conocimientos.

Para finalizar, quiero agradecer a mi familia y amigos/as su apoyo incondicional y el entusiasmo puesto en este proyecto que, en muchos momentos, han hecho un poco suyo. Gracias papá por toda tu ayuda. A ti, Ángel, gracias por tu paciencia y cariño, pero sobre todo por hacer realidad el sueño compartido de la maternidad/paternidad entrañable y gozosa.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

INDICE DE CONTENIDOS

PRESENTACIÓN Y JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN ----- 3

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Capítulo 1. Aproximación teórica a la realidad de la lactancia materna ----- 9

- 1.1. Consideraciones previas sobre la lactancia materna ----- 9
- 1.2. Razones para la lactancia materna ----- 13
 - 1.2.1. Beneficios de la lactancia materna para el bebé ----- 14
 - 1.2.2. Beneficios de la lactancia materna para la madre ----- 18
 - 1.2.3. Beneficios de la lactancia materna sobre el medio natural y social ----- 19
- 1.3. Lactancia materna y realidad socio cultural: la cultura del Amamantamiento ----- 22
- 1.4. Epidemiología de la lactancia materna y factores relacionados ----- 30
 - 1.4.1. Epidemiología de la lactancia materna: indicadores internacionales, nacionales y regionales ----- 30
 - 1.4.2. Factores que intervienen en el inicio y duración de la lactancia materna ----- 34

Capítulo 2. Iniciativas de promoción, protección y apoyo a lactancia materna ----- 47

- 2.1. Iniciativas Institucionales y gubernamentales ----- 47
 - 2.1.1. Contexto internacional ----- 47
 - 2.1.2. Contexto europeo, nacional y local ----- 55
- 2.2. Actuaciones de promoción y educación para la salud en relación a la lactancia materna ----- 63
 - 2.2.1. La educación para la salud en la promoción de la lactancia materna ----- 63
 - 2.2.2. Iniciativas de promoción de la lactancia materna de los servicios de salud ----- 69
 - 2.2.2.1. Capacitación de los profesionales sanitarios ----- 70
 - 2.2.2.2. Información, formación y asesoramiento a las madres ----- 72
 - 2.2.3. Iniciativas de promoción de la lactancia materna de la Comunidad ----- 74
 - 2.2.3.1. Las doulas o acompañantes de la maternidad ----- 75
 - 2.2.3.2. Las Consejeras en lactancia ----- 77
 - 2.2.3.3. Los grupos de madres ----- 80
 - 2.2.4. Eficacia de la ayuda madre a madre ----- 81

Capítulo 3. Los grupos de apoyo a la lactancia materna como iniciativas de promoción de la lactancia materna de base comunitaria ----- 85

- 3.1. Promoción de la salud, capacitación y participación comunitaria en salud ----- 87
 - 3.1.1. El nuevo enfoque de la atención a la salud: la promoción de la salud en la comunidad ----- 87
 - 3.1.2. La participación comunitaria en las Conferencias Internacionales de Promoción de la Salud ----- 93
 - 3.1.3. Participación comunitaria, capacitación y educación para la salud ----- 98

3.2.	Los grupos de ayuda mutua en el ámbito sanitario (GAM) -----	105
3.2.1.	Orígenes y conceptualización -----	105
3.2.2.	Objetivos, funciones y beneficios de los GAM -----	110
3.2.3.	Los GAM y los profesionales socio sanitarios -----	113
3.3.	Grupos de Apoyo a la Lactancia Materna (GALM) -----	115
3.3.1.	Conceptualización, señas de identidad y antecedentes históricos -----	115
3.3.2.	El trabajo de los GALM -----	120
3.3.3.	Los GALM como agentes de transformación social -----	123

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Capítulo 4. Propósito de la investigación y metodología de trabajo----- 129

4.1.	Hipótesis de partida y objetivos de la investigación -----	129
4.1.1.	Hipótesis de trabajo -----	129
4.1.2.	Objetivos generales y específicos -----	129
4.2.	Fundamentación metodológica -----	131
4.2.1.	Justificación del método elegido -----	131
4.2.2.	Características de la investigación cualitativa -----	132
4.2.3.	Criterios de calidad -----	136
4.3.	Diseño de una investigación cualitativa -----	139
4.3.1.	Diseño de la investigación -----	139
4.3.1.1.	Ámbito y contexto de la investigación -----	140
4.3.1.2.	Diseño muestral -----	140
4.3.1.2.1.	Elección de los grupos -----	142
4.3.1.2.2.	Elección de las informantes -----	143
4.3.1.3.	Acceso de los escenarios/ grupos -----	144
4.3.2.	Recogida de datos y registro de la información -----	146
4.3.2.1.	Análisis documental -----	147
4.3.2.2.	Observación participante -----	148
4.3.2.3.	Entrevista -----	150
4.3.2.3.1.	Definición y tipo -----	150
4.3.2.3.2.	Guía de entrevista -----	152
4.3.2.3.3.	Escenario de la entrevista -----	154
4.3.2.3.4.	Proceso/ desarrollo de la entrevista -----	155
4.3.2.3.5.	Transcripción de las entrevistas -----	158
4.3.2.4.	Cuestionario -----	159
4.3.2.4.1.	Planificación y formulación de los cuestionarios -	160
4.3.2.4.2.	Administración de los cuestionarios -----	163
4.3.3.	Análisis de datos -----	164
4.3.3.1.	Análisis de contenido -----	164
4.3.3.1.1.	Análisis del material -----	165
4.3.3.1.2.	Identificación de las unidades de contenido -----	166
4.3.3.1.3.	Categorización -----	167
4.3.3.2.	Análisis descriptivo de los cuestionarios -----	172
4.3.3.2.1.	Codificación de variables y diseño de la matriz de datos -----	172
4.3.3.2.2.	Introducción y análisis de los datos -----	173

RESULTADOS

Capítulo 5. Análisis de la información y discusión ----- 177

5.1. Análisis de contenido de las entrevistas realizadas a las mujeres responsables de los GALM -----	177
Categoría 1. Datos personales y socio familiares de las mujeres -----	178
Categoría 2. Información sobre maternidad/LM -----	182
Categoría 3. Relación de las mujeres con los GALM -----	205
Categoría 4. Información de los GALM -----	215
Categoría 5. Influencia del GALM en la salud y el bienestar -----	275
Categoría 6. Relación de los GALM con la comunidad -----	290
Categoría 7. Experiencia de la mujer como responsable del GALM -----	325
Categoría 8. Retos de futuro -----	357
5.2. Análisis estadístico de los cuestionarios realizados a las mujeres participantes en los GALM -----	367

CONCLUSIONES

Capítulo 6. Conclusiones y reflexiones finales ----- 397

6.1. Conclusiones -----	397
6.2. Reflexiones finales -----	408

BIBLIOGRAFÍA ----- 415

ANEXOS

Relación de anexos ----- 439

Anexo I. Noticias de prensa relacionadas con los GALM -----	441
Anexo IA. Noticias de prensa relacionadas con los antecedentes históricos de los GALM en España -----	442
Anexo IB. Noticias de prensa local referidas a las actuaciones organizadas por los GALM de la Región de Murcia objeto de estudio -----	444
Anexo II. Instrumentos de recogida de información -----	451
Hoja de registro -----	452
Guión de entrevista -----	453
Cuestionario -----	455
Anexo III. Modelo de entrevista -----	459
Anexo IV. Tabla de análisis estadístico -----	467

ANEXOS ADJUNTOS EN CD: TRANSCRIPCIÓN DE LAS ENTREVISTAS

**PRESENTACIÓN Y
JUSTIFICACIÓN DE
LA INVESTIGACIÓN**

PRESENTACIÓN Y JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La maternidad es una experiencia vital que requiere, en la mayoría de los casos, de un proceso de adaptación personal y social a las nuevas exigencias que supone el hecho de ser madre. La crianza, en los primeros meses de vida e incluso en los primeros años, no está exenta de dificultades, y son numerosas las situaciones a las que la mujer/ madre debe hacer frente para adaptarse en su nuevo rol, siendo la lactancia materna una más de estas situaciones. La lactancia materna es, en principio, un hecho biológico influenciado por factores sociales, económicos y culturales.

“Amamantar a un hijo es una experiencia única y maravillosa, aunque no exenta de dificultades, especialmente cuando a las madres les falta información, cuando carecen del soporte emocional y social y cuando las expectativas de los demás superan ampliamente sus posibilidades”
(Otero, 2005, p. 548)

La lactancia materna es, en general, beneficiosa tanto para la salud del bebé como de la madre, además de contar con otras ventajas para la familia, la comunidad y la sociedad en su conjunto. Pero, a pesar de los beneficios probados de la lactancia materna, y de lo intensos esfuerzos realizados por algunos organismos internacionales como la OMS, las tasas de inicio, y sobre todo, de mantenimiento de la lactancia materna, están muy lejos de lo esperado y recomendado por estos mismos organismos, considerándose, hoy en día, un problema de salud pública a nivel mundial. Para que ésta se dé con éxito y pueda convertirse en un derecho de toda mujer que libre e informadamente lo haya elegido, se precisan esfuerzos gubernamentales y de la sociedad en su conjunto, especialmente desde sectores socio educativos y sanitarios, para recuperar una verdadera “cultura del amamantamiento”.

En orden a su establecimiento, las mujeres precisan conocimientos (información y formación) y apoyo emocional e instrumental real, siendo la educación para la salud una herramienta incuestionable para la promoción de la salud y la mejora de la calidad de vida de las madres y sus bebés. Entre las acciones de promoción y apoyo a la lactancia destacamos las relativas al

establecimiento de políticas sanitarias a favor del amamantamiento, a la capacitación de los profesionales sanitarios, y a la formación y ayuda a las madres para el inicio y mantenimiento de la lactancia materna. Esta última se puede dar desde los servicios de salud o desde otras instancias no profesionales, como las consejeras de lactancia o los grupos de apoyo a la lactancia materna.

Los grupos de apoyo a la lactancia materna, como grupos de ayuda mutua en salud que surgen espontáneamente de la ayuda madre a madre, son considerados como iniciativas de participación comunitaria en salud de especial relevancia. Su protagonismo y presencia social ha crecido exponencialmente en la última década convirtiéndose en un apoyo educativo y emocional para la madre lactante, así como en un instrumento de reivindicación del derecho a poder amamantar, y de evitación del aislamiento de las madres.

En todos los estudios encontrados y consultados, las madres aconsejadas por grupos de apoyo han amamantado por más tiempo y de modo más exclusivo que las madres apoyadas sólo por profesionales. Pero lo cierto es que existen pocas investigaciones en torno a esta realidad, y las que hay, además de pertenecer a otras realidades sociales y culturales, están centradas exclusivamente en su eficacia en el inicio y duración de la lactancia materna desde abordajes cuantitativos. Por ello, consideramos oportuno realizar estudios que profundicen en la realidad de los grupos de apoyo a la lactancia materna en nuestro entorno sociocultural, partiendo de un planteamiento más humanístico y cualitativo, que nos permita conocer en profundidad cómo funcionan y se organizan estos grupos, y qué papel socioeducativo y sanitario desempeñan.

Así, nuestro planteamiento inicial se articula en base a proporcionar una respuesta a los siguientes interrogantes genéricos, profundizando en cada una de sus especificidades:

¿En qué medida los grupos de madres de apoyo a la lactancia se convierten en capacitadores para la salud individual y comunitaria, mejorando, así, la calidad de vida de las madres y niños/as, y, por ende, la de la comunidad donde viven? ¿Qué impacto individual y social tiene la actividad de estos grupos en la comunidad donde desarrollan su actividad? ¿Qué

aportaciones específicas realizan al desarrollo de la promoción y educación para la salud?

Cada una de estas cuestiones será abordada en los diferentes apartados y capítulos de este trabajo. Los tres primeros capítulos están dedicados a la fundamentación teórica; el primero de ellos supone una aproximación teórica a la realidad y la práctica de la lactancia materna y, en él se tratan aspectos dedicados a su conceptualización, a las razones y beneficios en las que se sustenta la decisión de amamantar a un bebé, a su realidad social y cultural, y a la epidemiología y factores relacionados con la duración de la misma en el contexto actual.

En el segundo capítulo, se recogen las principales iniciativas institucionales y gubernamentales de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna, así como las actuaciones concretas de promoción de la lactancia materna por parte de los servicios de salud y de la comunidad (consejeras, doulas y grupos de apoyo comunitario); todo ello, teniendo en cuenta el importante papel de la educación para la salud en este tipo de iniciativas promocionales. Para finalizar el capítulo se recogen evidencias científicas de la eficacia de las iniciativas de apoyo madre a madre.

El tercer y último capítulo de la fundamentación teórica, está dedicado a los grupos de apoyo a la lactancia materna, entendidos estos como iniciativas de participación y capacitación en salud de base comunitaria. Para ello, primero abordamos las cuestiones de la participación y la capacitación comunitaria en el ámbito de la promoción y la educación para la salud, y, en segundo lugar, tratamos ampliamente la cuestión de los grupos de apoyo en salud y en concreto de los grupos de apoyo para la lactancia materna: características, antecedentes históricos, objetivos y funciones. Por último se recoge una reflexión sobre la capacidad de acción social de estos grupos en la mejora social y el bienestar colectivos.

La hipótesis y objetivos de la investigación, y la fundamentación metodológica que sustenta el trabajo de campo, constituyen el capítulo cuatro. Nuestro estudio se inscribe dentro de una línea de investigación cualitativa descriptiva, ya que consideramos que ésta nos ofrece un marco privilegiado para abordar y comprender una realidad compleja y bio-cultural como es la del

amamantamiento y la de los grupos de apoyo mutuo entre mujeres que se crean en torno a este fenómeno.

Los resultados de la investigación se presentan en el quinto capítulo, dividido a su vez en dos apartados; el primero dedicado a los resultados del análisis de contenido de las entrevistas realizadas a las mujeres responsables de los GALM ordenados por categorías, el segundo dedicado a los resultados de las entrevistas realizadas a las mujeres participantes en los GALM estudiados.

Por último, en el capítulo sexto se presentan las conclusiones y reflexiones finales sobre el alcance de esta investigación y la potencial proyección futura de la misma.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

CAPÍTULO 1. APROXIMACIÓN TEÓRICA A LA REALIDAD DE LA LACTANCIA MATERNA

1.1. CONSIDERACIONES PREVIAS SOBRE LA LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna es la manera natural de alimentación del recién nacido humano ya que, como mamíferos, hemos sido diseñados para alimentarnos con leche materna como única fuente de energía en el inicio de la vida, asegurando así, no sólo la supervivencia, sino también el normal y adecuado crecimiento y desarrollo de la nueva criatura.

“En términos biológicos el Homo sapiens es un mamífero. (...) Hay modelos de comportamiento programados por el sistema límbico de nuestro cerebro. Desde el nacimiento, todos los mamíferos muestran una secuencia comportamental definida, que lleva al arranque y el mantenimiento del comportamiento de la lactancia. (...) No obstante en todas las especies, la lactancia es un comportamiento especialmente frágil, cualquier intervención puede perturbarla” (Bergman, 2005, p.1)

El bebé humano, tras el nacimiento, continúa estando adaptado únicamente al cuerpo de su madre para la satisfacción de sus necesidades básicas (alimento, calor, y seguridad). Esto está ligado al hecho de que los humanos son los mamíferos que nacen más profundamente inmaduros (el cerebro del bebé representa un 25% de lo que será su volumen adulto), su desarrollo es más lento y es más dependiente durante un periodo de tiempo más largo, en lo que se refiere no sólo a sus necesidades nutricionales, sino también sociales y emocionales (MacKenna, 2005). La lactancia materna cubre gran parte de las necesidades del bebé humano en las primeras etapas de la vida.

Tal y como se enuncia en la *Estrategia Mundial para la alimentación del lactante y el niño pequeño* (OMS, 2003), la *lactancia natural* es una forma sin parangón de proporcionar un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sanos de los lactantes; también es parte integrante del proceso reproductivo,

con repercusiones importantes en la salud de las madres. Por ello establece como recomendación de salud pública mundial, la alimentación exclusiva con leche materna los primeros seis meses de vida de los lactantes, para conseguir así un crecimiento, un desarrollo y una salud óptimos, así como una alimentación natural, complementada con otros alimentos adecuados e inocuos desde el punto de vista nutricional, hasta los dos años de edad, o más tarde.

Con el objeto de conseguir una adecuada comprensión del fenómeno de la lactancia materna, antes de seguir profundizando en el tema en cuestión, realizaremos una clarificación conceptual.

Se entiende por lactancia natural o lactancia biológica, la realizada con leche de mujer. Se denomina materna si la leche procede de la madre y lactancia mercenaria si la recibe de cualquier otra mujer (nodrizas), práctica casi desaparecida e inexistente en nuestra realidad socio cultural actual¹. Hoy en día, existe también la opción de recibir leche procedente de bancos de leche, donde higienizan, conservan y distribuyen la leche donada por mujeres de forma voluntaria para recién nacidos que la necesiten. Actualmente podemos considerar como sinónimos los términos lactancia materna, lactancia al pecho y lactancia natural, diferenciándose claramente de la llamada lactancia artificial o de fórmula, que hace referencia a la alimentación infantil con leches de otras especies mamíferas adaptada a través de procesos químicos.

Con el fin de poder evaluar la alimentación infantil y medir el efecto de las estrategias en promoción de la lactancia materna en el mundo, la OMS publicó en 2008 el texto *Indicadores para la Evaluación de las Prácticas en la Alimentación Infantil y del Niño Pequeño* (OMS, 2008)², en el que se identifican una serie de conceptos clave en relación a la alimentación infantil que pretenden ser universales y comunes a todos los países. En este texto se describen, entre otras, las prácticas de lactancia materna, lactancia materna exclusiva y alimentación complementaria. Además, a partir de esta estructura

¹ La existencia de nodrizas, mujeres lactantes contratadas para amamantar a hijos ajenos, es conocida desde la antigüedad. Las nodrizas han existido en diferentes épocas y culturas, por motivos diversos. A partir de 1942, como fruto del desarrollo de nuevas técnicas de alimentación y el fomento de la lactancia materna, las nodrizas quedaron relegadas a sociedades muy limitadas y a ciertas culturas. (Gómez, 1999)

² Estos indicadores resultan de las conclusiones del trabajo de un grupo de expertos, y como alternativa a los indicadores desarrollados por la OMS en 1991, ya que tras las nuevas recomendaciones en relación a la lactancia materna exclusiva hasta las 6 meses, legitimadas por la evidencia científica (Kramer y Kakuma, 2002; OMS, 2002), y los estudios sobre la introducción de la alimentación complementaria, resulta imposible e inadecuado llevar a la práctica los anteriores desarrollados en 1991.

conceptual, se identifican ocho indicadores centrales y siete opcionales para la evaluación de las prácticas en alimentación al lactante y al niño pequeño. De ellos destacamos los tres primeros: iniciación precoz a la lactancia materna (proporción de niños nacidos durante los últimos 24 meses que fueron amamantados dentro del plazo de una hora desde su nacimiento), lactancia materna exclusiva por debajo de los seis meses (proporción de lactantes de 0 a 5 meses alimentados exclusivamente con lactancia materna) y lactancia materna continuada a un año (proporción de niños de 12 a 15 meses de edad que son amamantados).

CRITERIOS QUE DEFINEN LAS PRÁCTICAS SELECCIONADAS DE ALIMENTACIÓN INFANTIL			
PRÁCTICA ALIMENTARIA	Requiere que el lactante reciba	Permite que el lactante reciba	No permite que el lactante reciba
LM EXCLUSIVA	Leche materna (incluyendo leche extraída o de nodriza)	SRO, gotas, jarabes (vitaminas, minerales, medicinas)	Cualquier otra cosa
LM PREDOMINANTE	Leche materna (incluyendo leche extraída o de nodriza) como la fuente predominante de alimentación	Ciertos líquidos (agua y bebidas a base de agua, jugos de frutas), líquidos rituales y SRO, gotas o jarabes (vitaminas, minerales, medicinas)	Cualquier otra cosa (en particular leche de origen no humano, alimentos líquidos o licuados)
ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA ^a	Leche materna (incluyendo leche extraída o de nodriza) y alimentos sólidos o semisólidos	Cualquier cosa: cualquier comida o líquido incluyendo leche de origen no humano y preparación para lactantes (leche artificial)	No aplica
LACTANCIA MATERNA	Leche materna (incluyendo leche extraída o de nodriza)	Cualquier otra cosa: cualquier alimento o líquido incluyendo leche de origen no humano y preparación para lactantes (leche artificial)	No aplica
ALIMENTACIÓN CON BIBERÓN	Cualquier líquido (incluyendo leche materna) o alimento semisólido proporcionado mediante un biberón con tetina	Cualquier otra cosa: cualquier alimento o líquido incluyendo leche de origen no humano y preparación para lactantes (leche artificial)	No aplica
<p>^a El término alimentación complementaria, reservado para describir la alimentación adecuada en niños amamantados que cuentan con 6 meses de edad o más, ya no se utiliza en los indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño.</p>			

Fuente: OMS, 2008.

Otros términos asociados a la lactancia materna, que podemos encontrar en la literatura científica, son:

- Lactancia múltiple: lactancia por leche de madre a dos o más hijos de la misma edad.
- Lactancia diferida: lactancia por leche materna extraída y administrada por otro medio (biberón, jeringuilla, etc.)
- Lactancia directa: alimentación directa del pecho.
- Lactancia en tándem: lactancia por leche de la propia madre a dos o más hijos de distinta edad.
- Lactancia inducida: lactancia por leche de madre distinta a la propia sin que haya mediado embarazo previo en la madre.
- Lactancia mercenaria: lactancia por leche de una madre distinta a la propia a cambio de algún tipo de remuneración.
- Lactancia mixta: forma popular de referirse a la lactancia complementaria (leche humana + leche no humana). La OMS recomienda que no se utilice este término en investigaciones científicas.
- Lactancia solidaria: lactancia por leche de madre distinta a la propia sin que medie ningún tipo de remuneración.
- Relactancia: lactancia exclusiva por leche de la propia madre después de un periodo de alimentación complementaria o suspensión de la lactancia
- Lactancia a demanda o irrestricta: lactancia sin pautas horarias, el bebé es puesto al pecho cada vez que llora o protesta, sin restricciones en la frecuencia o duración de las tomas.
- Lactancia restringida: lactancia con pautas horarias, tanto para la frecuencia de las tomas como para la duración de las mismas.

1.2. RAZONES PARA LA LACTANCIA MATERNA

Más allá de consideraciones biológicas, y de recomendaciones de organismos internacionales que avalan la superioridad de la lactancia materna frente a otras formas de alimentación, no podemos dejar a un lado la consideración de que, en última instancia y salvo excepciones, la lactancia materna se trata de una elección de la madre.

Las madres deberían poder tomar una decisión informada y libre sobre el método de alimentación y crianza de sus hijos/as. Para ello precisan de información veraz y libre de influencias comerciales respecto a los beneficios o perjuicios para la salud, tanto a nivel físico, como emocional y social. No amamantar conlleva riesgos y es necesario, independientemente de la decisión final que tomen las mujeres, que éstos se conozcan *a priori*.

Las prácticas inadecuadas en lactancia están inequívocamente relacionadas con un mayor riesgo de mortalidad y morbilidad infantil tanto en países en desarrollo como en industrializados, así como con riesgos para la salud de la madre. La OMS, publicó recientemente, que prolongar la lactancia materna de forma intermitente hasta que los niños cumplan dos años salvaría cerca de 1,5 millones de vidas anualmente (OMS, 2010).

No amamantar acarrea consecuencias negativas, no sólo para la madre y el bebé, sino también para la familia, para la sociedad y para el medio ambiente. La no alimentación con leche materna se asocia a corto plazo con un mayor riesgo para el bebé de sufrir patologías gastrointestinales (intolerancias alimenticias, estreñimiento, cólico del lactante, reflujo gastroesofágico) con un mayor riesgo de infecciones (respiratorias, otológicas, urinarias, etc.), con una mayor frecuencia de consultas a los servicios de salud³, con un mayor consumo de fármacos, y con mayores tasas de hospitalización. Además, a largo plazo, se evidencian peores desarrollos neurológicos, y mayor riesgo de patologías como la obesidad, el cáncer y enfermedades autoinmunes; todo ello sin nombrar las consecuencias derivadas de un peor vínculo afectivo madre hijo/a, y las consecuencias para la salud de la madre.

³ Un estudio realizado en una zona básica de salud de León, con niños nacidos entre 2000 y 2005, evidencia que los niños con lactancia materna exclusiva hasta los seis meses consultan significativamente menos veces por enfermedad al pediatra durante los primeros doce meses de vida (Moran, et. al., 2009).

“La ciencia demuestra con autoridad el carácter inimitable de la leche materna y del lazo madre- niño” (Odent, 1990, p. 89)

Hoy en día, contamos con numerosos estudios, recogidos en el siguiente apartado, que, en las últimas décadas, han demostrado sobradamente las innumerables ventajas que la lactancia materna presenta para la salud y el bienestar de los niños y sus madres, ventajas que se prolongan durante años después de haberse producido el destete, existiendo en la comunidad científica unanimidad respecto a la superioridad de la leche materna frente a otras formas de alimentación. Pasamos a describir algunos de estos beneficios para la salud del bebé, de la madre y de la sociedad en su conjunto.

1.2.1. BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA PARA EL BEBÉ

Si atendemos a su composición, la lactancia materna presenta importantes ventajas nutricionales para el bebé, ya que representa una forma específica de “lactancia adaptativa”, es decir, se va adaptando a las diferentes necesidades nutricionales del bebé a lo largo de su crecimiento, sin necesidad de tener que recurrir a ningún otro tipo de alimento en los seis primeros meses de vida, y posteriormente conjugándolo con otros alimentos de calidad hasta los dos años o hasta que la madre y el bebé lo deseen. La leche materna es un líquido biológico, cuya composición no es constante, sino que varía en función de factores como la fase de lactancia, la edad y estado fisiológico del bebé, la hora del día, e incluso del momento de la tetada (Díaz-Gómez, Gómez y Ruiz, 2006).

Al comienzo de la lactancia, la secreción de la glándula mamaria se denomina calostro; es un líquido de volumen escaso y consistencia viscosa, caracterizado por su gran riqueza proteica, en sales minerales y vitaminas, además está cargado de anticuerpos maternos, suponiendo la primera inmunización postparto que recibe el bebé. La OMS recomienda el calostro como el alimento perfecto para el recién nacido y su administración debe comenzar en la primera hora de vida. Hacia el quinto día se segrega la leche de transición, de composición intermedia entre el calostro y la leche definitiva, y con una concentración mayor de lactosa y grasas. La leche definitiva o madura suele instaurarse a los quince días del parto, siendo baja en proteínas y sales,

media en grasas y rica en glúcidos. La composición de la leche madura también va cambiando a lo largo del periodo de lactancia y del momento de la toma, y su cantidad depende directamente del estímulo, es decir del vaciamiento del pecho y la succión (Gómez, Ruiz y Ruzafa, 2000).

La leche materna, por tanto, desde el punto de vista nutricional, no es comparable con la leche de vaca modificada, y asegura la cantidad y calidad de nutrientes que precisa el bebé para su crecimiento saludable, sobre todo si se deja que sea el lactante el que determine la duración de la toma, la frecuencia de las tomas, y la decisión de mamar de un pecho o de los dos (Woolridge, citado por Martín Calama, 2009).

La lactosa es el carbohidrato más abundante de la leche humana, su presencia en el intestino delgado favorece el tránsito intestinal y la absorción del calcio, el hierro y el magnesio. Además la leche de mujer contiene oligosacáridos que apenas están presentes en la leche de vaca, algunos de los cuales tienen una actividad estimulante del "lactobacilo bífidus" y otros favorecen la sinaptogénesis y la diferenciación neuronal. Los ácidos grasos existentes en la leche humana, mayoritariamente ácidos grasos esenciales de cadena larga insaturados, son de mayor digestibilidad y muy importantes para el desarrollo del sistema nervioso central, la formación de la retina y los centros auditivos. Las proteínas que contiene son de fácil absorción y muchas de ellas tienen un carácter funcional (maduran el sistema inmune, defienden contra patógenos y favorecen el desarrollo del intestino), además la distribución de aminoácidos es la más idónea para las necesidades del lactante. La alimentación con lactancia materna provoca un tránsito intestinal más rápido, y la presencia de hormonas en la leche materna favorece la maduración del epitelio intestinal, disminuyendo las intolerancias alimenticias. Las prostaglandinas existentes mejoran la motilidad del tracto digestivo, por lo que el bebé sufre menos vómitos, diarreas, regurgitaciones y reflujo. También la temperatura y la cantidad ingerida, favorecen la tolerancia al alimento. Por otra parte, la leche de mujer contiene una baja proporción de sales minerales con un alto poder de absorción, lo que se adapta perfectamente a la inmadurez de la función renal del lactante (Temboury, 2004).

En relación al sistema inmunológico, las ventajas de la leche materna son bien conocidas; no sólo porque el bebé recibe un compuesto estéril sin manipular sino, también y sobre todo, por la presencia de factores humorales, celulares y biológicos que confieren una inmunidad natural directa, y protege al bebé de patologías como el asma, alergias, enfermedades respiratorias, e infecciones del tracto urinario y del oído. Existen suficientes evidencias científicas que demuestran que los niños alimentados con leches de fórmulas presentan una mayor incidencia de infecciones respiratorias de vías bajas (hasta un 60% más elevada), un mayor riesgo de otitis media aguda y otitis media recurrente (un 70% más elevado)⁴, una mayor frecuencia de infecciones gastrointestinales y de diarreas así como de otras enfermedades infecciosas del tracto urinario, meningitis, dermatitis atópicas, botulismo, etc.

Otras patologías sobre las que la lactancia materna confiere un papel protector a medio y largo plazo, son la diabetes mellitus tipo I y II, la artritis reumatoide juvenil, la enfermedad celiaca, y algunos tipos de cáncer infantil, sobre todo si hablamos de lactancia materna prolongada⁵. La lactancia materna también minimiza el riesgo de sobrepeso y obesidad, que es un 35% y un 45% mayor en niños no amamantados que en niños que recibieron al menos seis meses de lactancia materna. Además, un reciente metanálisis que recoge dieciocho estudios internacionales, publicado en el año 2011 por Hauck y colaboradores, concluye que la lactancia materna, cualquiera que sea su duración, protege del Síndrome de Muerte Súbita del Lactante.

A todos estos beneficios hay que sumarle la estimulación temprana y el desarrollo sensorial del bebé, existiendo una relación positiva entre la duración de la lactancia y el momento de iniciar la deambulación. Varios estudios, asocian también, la lactancia materna con un mejor desarrollo cognitivo, puntuaciones más altas en comprensión lectora y habilidades matemáticas, y

⁴ El estudio de Ip y colaboradores en 2007 concluye que cualquier tipo de lactancia, frente a la lactancia artificial actúa como factor protector de la otitis media aguda (OMA), así mismo el estudio retrospectivo de casos control realizado el mismo año por Vogacianos y colaboradores identifica el periodo de lactancia hasta los 11 meses como el parámetro básico para garantizar la prevención del OMA en niños pequeños. Consultado en García Méndez, J. A. (2010).

⁵ Los beneficios a medio y largo plazo de la lactancia prolongada son tratados ampliamente en la tesis doctoral de Ruiz García (2011).

con mejores resultados académicos en la edad escolar, independientemente del nivel socioeconómico, el sexo o la exposición a tóxicos ambientales⁶.

Especialmente importantes son los beneficios psicosociales de la lactancia materna, derivados del intenso y duradero vínculo maternofilial que se establece entre madre y criatura, y que tendrá importantes consecuencias en el bienestar emocional del niño/a a corto, medio y largo plazo. Dar el pecho supone que con frecuencia madre e hijo van a estar juntos, cara a cara, ofreciendo una mayor atención al bebé durante la toma. Las madres que amamantan tienen necesariamente un mayor contacto físico con sus hijos e interaccionan más a menudo con ellos, siendo menos frecuentes los episodios de llanto y angustia ligados a la separación. La respuesta del bebé ante la separación de la figura de apego y las consecuencias neuropsicológicas de la misma, es descrita ampliamente en los estudios realizados por Shore (2001), en los que se asocia la separación con estados de hipervigilancia (que cursan con altas tasas de hormonas del estrés) y disociación. *“Esta respuestas, pueden modificar la estructura cerebral en el sentido de una menos buena adaptación, con consecuencias en el comportamiento futuro”* (Bergman, 2005, p. 3). Según Hofer (1994), la separación en etapas precoces de la infancia puede ocasionar un mayor riesgo de sufrir en la adultez patologías inducidas por el estrés. Otro estudio, realizado por Ferguson en 1987, demostró que los bebés con lactancias prolongadas presentan un mayor ajuste social y tendencias estadísticamente significativas de menores desordenes de conducta en etapas posteriores del desarrollo, además esta relación aumenta con la duración creciente del amamantamiento.

El vínculo madre-criatura, supone el primer vínculo afectivo y social del bebé, convirtiéndose en el prototipo o el referente de posteriores relaciones afectivas. Cuando se producen desajustes o carencias en este vínculo podemos estar poniendo en juego a largo plazo la capacidad de amar del ser humano (Odent, 2005), así como la capacidad de reciprocidad y de apoyo mutuo, con consecuencias importantes en las relaciones afectivas futuras del individuo y en las relaciones que se establecen en la sociedad en su conjunto.

⁶ Se destacan los estudios realizados por Bauer, Ewald, Hoffman et. al. (1991); Tembory, Otero, Polanco y Arribas (1994); Horwood y Ferguson (1998).

El acorazamiento de las criaturas ante la falta de vínculo afectivo primal, tiene dos características básicas; la resignación ante el propio sufrimiento y la insensibilidad ante el sufrimiento ajeno. Ambas características ponen en peligro la construcción de sociedades donde prime el bienestar individual y social, por encima de intereses económicos y políticos.

“Vivimos en una sociedad que no está constituida para realizar el bienestar de sus componentes sino para realizar el Poder: La socialización patriarcal exige que la criatura se críe en un estado de necesidad y de miedo, de desierto afectivo. (...) Es decir, para sobrevivir en este mundo hay que congelar la sensibilidad emocional específica de las relaciones de ayuda mutua en la vida humana autorregulada” (Rodríguez, 2007, p.173).

1.2.2. BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA PARA LA MADRE

La lactancia materna también es beneficiosa a corto y largo plazo, sobre la salud física y psicológica de la madre. El amamantamiento precoz favorece la contracción del útero, disminuyendo el sangrado tras el parto y facilitando que éste recupere su tono y tamaño anteriores⁷. La disminución del sangrado tras el parto junto con la inhibición de la ovulación asociada a la lactancia materna, contribuyen a la recuperación de los depósitos de hierro, y favorece el espaciamiento entre embarazos. Además, el gasto energético añadido que supone la lactancia, junto a otros factores hormonales, favorece el consumo de grasas acumuladas durante el embarazo ayudando a la pérdida de peso postnatal⁸. En cuanto a los beneficios a largo plazo, se ha demostrado que existe una relación inversa entre lactancia materna y riesgo de cáncer de mama y de ovarios⁹. Otros estudios (Karlson, 2004; Stuebe, Michels y Willett,

⁷ La succión precoz, de la primera leche o calostro, estimula la liberación de oxitocina que provoca a su vez la contracción suave del útero materno, y evitando la hemorragia excesiva.

⁸ La lactancia materna exclusiva incrementa la producción de prolactina, que a su vez facilita la actividad de la lipoproteína lipasa en la mama y la inhibe en el tejido adiposo general. Además existe una asociación entre amamantamiento y pérdida de peso postnatal de hasta de medio kilo por mes de lactancia.

⁹ El riesgo de cáncer de mama se incrementa 4.3 veces por cada 12 meses de no lactancia. Según los resultados de un reciente metanálisis, la incidencia acumulada de cáncer de mama en los países desarrollados podría reducirse a la mitad si la mayoría de las mujeres amamantaran a sus bebés (Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, 2002).

2009) evidencian un menor riesgo de artritis reumatoide, de diabetes tipo II y de patología cardiovascular.

No menos importantes son los beneficios psicológicos y afectivos que aporta el amamantamiento para la mujer. Las mujeres que han lactado con éxito defienden esta experiencia como algo placentero y muy satisfactorio, que repercute positivamente en su confianza como madres. Esto se debe, entre otros factores, a que la oxitocina, también llamada hormona del amor, liberada por la succión ejercida por el bebé, desencadena en la madre un efecto tranquilizador y de bienestar y favorece el sentimiento materno de protección. Diversos estudios avalan esta experiencia; entre ellos, destacamos el realizado por Virden (1988) en el que se analiza el ajuste al papel materno, y en el que se observa que las puntuaciones de las mujeres que daban el pecho indicaban menos ansiedad y más reciprocidad, factores clave en el ajuste materno. Otro estudio realizado por Wiesenfeld (1985), en el que se medían las respuestas psicofisiológicas de madres que daban el pecho o el biberón, evidenciaba que las madres lactantes estaban más relajadas, mostraban mayores deseos de interaccionar con sus hijos y expresaban una mayor satisfacción con la experiencia de la alimentación¹⁰. Además, parece existir una relación entre ausencia de lactancia materna o abandono precoz de la misma y la incidencia de depresión postparto, aunque es cierto que todavía no se ha podido establecer la relación causal entre ambas variables; es decir, si es el tipo de alimentación el que interviene en el desarrollo de la depresión postparto, o por el contrario es ésta la que desencadena el no amamantamiento o el cese del mismo¹¹.

1.2.3. BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA SOBRE EL MEDIO NATURAL Y SOCIAL

La lactancia materna es una fuente de alimentación ecológica y económica, puesto que no necesita fabricarse, ni envasarse, ni transportarse; es un producto natural, renovable y autosostenible, con lo que ahorra energía y se evita la contaminación del medio ambiente. La producción de sucedáneos

¹⁰ Estudios de investigación consultados en Lawrence, M.D. (1996).

¹¹ Conclusiones extraídas de la revisión sistemática de seis estudios que relacionaban la lactancia materna con la depresión postparto, realizado por Ip y colaboradores en 2007. Consultado en García Méndez, J. A. (2010).

derivados de la leche de vaca genera plásticos, papel, latas, consumo de agua y de energía. Renato de Carvalho (2005), describe los fenómenos que acontecen como consecuencia de los intereses comerciales de la alimentación infantil y su uso indiscriminado:

- Destrucción de bosques para crear pastizales y criar vacas
- Creación de grandes industrias para procesar la leche, y de flotas de transporte marítimo y terrestre, que consumen inmensas cantidades de combustible y contaminan
- Utilización de grandes cantidades de aluminio, estaño, papel, cartón, etc., para los envases, que de no ser reciclados, generan basura y contaminación
- Fabricación de biberones, tetinas y utensilios de plástico, vidrio o silicona, que además consumen combustible para su limpieza y mantenimiento, y que cuando son incinerados como basura, generan dioxinas, que tienen carácter cancerígeno.
- Incremento de los gastos familiares en alimentación
- Aumento de la deuda externa de los países en desarrollo para comprar leche artificial
- Abandono de la lactancia materna, que es el alimento ideal del ser humano, por intereses comerciales, la publicidad y la promoción de leches artificiales, deteriorando la salud humana

Observando la realidad y consultando diversos estudios realizados desde diferentes perspectivas, se concluye que amamantar es más barato que alimentar con leche de fórmula, no sólo para la familia que toma la decisión, sino también para la sociedad en su conjunto, ya que el exceso de enfermedad que produce el no amamantamiento aumenta el gasto sanitario y farmacológico de un país, así como los costes derivados del tiempo dedicado por los padres, u otros agentes, al cuidado del hijo/a mientras perdura la enfermedad¹².

¹² En EEUU, en 1998, se estimó un gasto económico de 3.600 millones de dólares tan sólo en los costes generados por el exceso de morbilidad de la otitis media, gastroenteritis y enterocolitis necrotizante. Gasto que se habría evitado con mejores tasas de lactancia materna al alta hospitalaria y a los seis meses. El coste por gastos médicos y de tiempo dedicado por ambos padres cuando el hijo estaba enfermo se calcula en 500 millones de dólares al año.

Además la lactancia materna permite un importante ahorro a las familias ante el elevado coste de las fórmulas infantiles y complementos para alimentación artificial. De hecho, el Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (AEP) afirma que cada familia puede ahorrar cada año en estos productos unos 600 euros.

Las ventajas económicas no son el único beneficio de las familias que optan por la lactancia materna, ya que ésta también se asocia con un refuerzo de los lazos afectivos familiares, la prevención del maltrato infantil, y el retraso de nuevos embarazos. Si bien es cierto que muchos de estos beneficios podrían relacionarse con prácticas de crianza asociadas a la lactancia materna, difícilmente aislables a la hora de estudiar sus repercusiones. A todas estas ventajas socio familiares, habría que añadirles también, aquellas relacionadas con el bienestar emocional y psicológico que el amamantamiento conlleva para los bebés y sus madres, con claras consecuencias positivas a corto y largo plazo para el bienestar de una sociedad. Como San Agustín recogía en una escueta y esclarecedora sentencia: *“Dadme otras madres y os daré otro mundo”*.

1.3. LACTANCIA MATERNA Y REALIDAD SOCIO CULTURAL: LA CULTURA DEL AMAMANTAMIENTO

La lactancia materna ha sido, hasta hace no mucho, la manera natural de alimentar al recién nacido humano. Hasta hace 150 años la inmensa mayoría de los recién nacidos eran alimentados con leche de la misma especie (de sus madres o de mujeres contratadas o buscadas para este fin). Las madres no necesitaban que nadie les explicara las ventajas de dar el pecho, ni les enseñaran cómo hacerlo ya que se trataba de un comportamiento natural y cultural, espontáneo y obvio, que se transmitía de una generación a otra.

“La lactancia materna es el fenómeno biocultural por excelencia: en los seres humanos, además de un proceso biológico, la lactancia es un comportamiento determinado por la cultura” (Stuart-Macadam, 1995, p.5).

Innumerables son las representaciones artísticas, imágenes de mujeres, diosas y vírgenes, que evidencian la importancia dada a la maternidad y a la lactancia a lo largo de la historia. Este hecho es más evidente en el arte prehistórico, donde encontramos numerosas representaciones de mujeres con prominentes vientres y pechos¹³. Tanto los hallazgos de la arqueología, como el estudio de la literatura y la mitología arcaica, nos desvelan la existencia de una sociedad matrifocal organizada en torno a la vida y al bienestar humano, anterior al actual patriarcado (Bachofen, 1997). Desde entonces y hasta finales del siglo XIX en el mundo occidental, la lactancia al pecho ha sido considerada la única forma de alimentar al recién nacido, suponiendo un gran riesgo para la vida del niño la imposibilidad de la misma.

No es hasta el siglo XX, sobre todo a lo largo de la segunda mitad, cuando se produce una sustitución indiscriminada de la lactancia natural por fórmulas derivadas de la leche de vaca. La generalización de este cambio en la alimentación del ser humano, ha sido calificada por la ONU como “*el mayor*

¹³ En el libro de Delporte (1979) titulado *La imagen de la mujer en el arte Prehistórico*, se recopilan más de 400 figuras de mujer, halladas en todo el mundo, en las que se muestran imágenes de mujeres con vulvas, nalgas y pechos prominentes, y entre las que podemos citar como ejemplos la Dama del Cuerno (25.000 a.c.) o la Venus de Lespugue (21.000 a.c.). Otra recopilación más reciente es la que hace Mayor (2011), publicada bajo el título *Imagen de la mujer en la Prehistoria y la Protohistoria*.

experimento sin comprobaciones previas y sin controles realizado por la especie humana” (Vahlquist, 1981, p. 7).

Más de una generación de mujeres no ha amamantado a sus hijos, interrumpiéndose la transmisión de conocimientos intergeneracionales. Si todo en la lactancia fuera instinto no habría problema, pero en ella hay un componente instintivo y un importante componente cultural transmitido (la técnica o el arte femenino de amamantar), legado sabiamente de madres a hijas y que formaba parte del acervo cultural de la humanidad. Esto es lo que se ha perdido: “la cultura del amamantamiento” (Paricio, 2004).

Diversos y complejos factores han intervenido en la pérdida de la cultura de amamantamiento:

1) Modificaciones aceptables de la leche de vaca.

A finales del siglo XIX aparecen las primeras leches de fórmula, gracias a los avances en la ciencia química. Aunque se conocen desde la antigüedad intentos de alimentar a los bebés con leches de otros mamíferos¹⁴, no es hasta finales del siglo XIX, cuando se empiezan a realizar modificaciones aceptables de la leche de vaca, ya que hasta el momento la mortalidad de bebés alimentados con sustitutos de la leche materna era altísima. Médicos investigadores inician a mediados del siglo XIX la búsqueda de un sustituto de leche materna a base de leche de vaca, agua y azúcar, pero esta mezcla no resultó ser demasiado adecuada, ni aseguraba las condiciones higiénicas del preparado. Posteriormente y gracias a estudios que consiguen analizar y comparar la leche materna con la leche de vaca, se comienza a mejorar ésta última asemejándola a la materna. La ciencia química entra en el campo de la alimentación infantil, floreciendo así un incipiente mercado que a día de hoy ha demostrado ser muy lucrativo, y en el que las madres se han convertido en el objeto de mira de agresivas campañas comerciales promovidas por poderosos intereses económicos.

¹⁴ A lo largo de toda Europa se han encontrado recipientes para alimentación con boquilla en tumbas de niños que se remontaban hasta el año 2000 antes de Cristo, También se han encontrado piezas de origen Griego. Lawrence, M.D. (1996).

La lactancia artificial ha conocido su pleno auge en la mitad del siglo XX con la aparición masiva en el mercado de leches en polvo industrializadas, tanta que el arte de preparar un biberón se convirtió en un capítulo principal de los tratados de puericultura (Odent, 1990). Como menciona Apple (1987); a pesar de que en las últimas décadas se están realizando importantes esfuerzos por recuperar la lactancia materna, las madres siguen buscando soluciones médicas y comerciales a las necesidades de alimentación de sus hijos.

2) Cambios sociales y económicos

A lo largo de los siglo XIX y sobre todo del siglo XX, se han producido importantes cambios sociales, como son la incorporación de la mujer al trabajo asalariado, el espíritu de modernidad y la creencia ciega en los avances científico tecnológicos (pensamiento de que lo artificial es siempre mejor que lo natural), aspectos que han favorecido lo que se conoce como “maternidad científica”.

La incorporación de la mujer al trabajo asalariado, hace que el sistema productivo comience a ver la maternidad y el amamantamiento como un problema, que encuentra su solución en la premisa “menos hijos con más tecnología”, y en la que la lactancia artificial es vivida como una liberación. Podemos afirmar que la maternidad hoy en día está en crisis, tanto cualitativa como cuantitativa, lo que se evidencia en un descenso acelerado de la natalidad en los países desarrollados, en un retraso en la edad de la maternidad, y en las numerosas dificultades a las que las mujeres madres deben hacer frente para compaginar la maternidad con el resto de roles sociales y laborales¹⁵.

A estas circunstancias se suma la relación compleja que se ha dado entre maternidad y feminismo a lo largo de este mismo periodo. El acelerado proceso de modernización de la sociedad y la incorporación de la mujer al mundo productivo, se asocia inevitablemente con los movimientos de liberación

¹⁵ Aunque la natalidad en España, se había recuperado desde 1995, año en el que alcanzó su mínimo histórico, 363.467 nacimientos, desde 2009 los nacimientos volvieron a descender. La natalidad en España registra en el año 2011 un descenso del 3,5%, con un total de 468.430 nacimientos, la edad media de las madres se elevó a 31,4 años, y la media de hijos por mujer es de 1,35. Datos procedentes de los resultados publicados por el INE sobre los Indicadores Demográficos Básicos de Movimiento natural de Población. Fuente www.ine.es.

de la mujer y de reivindicación de los derechos sociales y de ocupación del espacio público por parte de las mujeres. Esta necesaria e inevitable transformación del papel social de las mujeres, se produce, en parte, a costa de la maternidad y la mujer moderna huye de los heredados modelos genéricos de madres marginadas, devaluadas y resignadas¹⁶, incompatibles con las nuevas oportunidades de ser reconocidas como ciudadanas con independencia económica y capacidad de consumo.

Gracias a los movimientos feministas, la mujer de hoy tiene mayor capacidad para decidir ser o no ser madre, y para decir cómo serlo o cómo alimentar a sus bebés. Pero se hace necesario un replanteamiento que, hoy en día, ocupa muchos foros de mujeres, sobre otros modelos de maternidad que no impliquen la represión del deseo materno, ni la adopción de los modelos capitalistas y patriarcales del pasado. Existe un importante movimiento social de mujeres, que se plantea la necesidad de buscar y generar marcos teóricos, éticos, científicos y políticos, que hagan compatible a la mujer madre con la mujer ciudadana.

3) Desprestigio de la maternidad y de las prácticas asociadas a ella

Tomando en consideración el punto de vista socioeconómico de las sociedades neocapitalistas, ser madre no ha sido un valor en alza. Presenciamos, ya desde hace unas décadas, una transformación social de la vivencia de la maternidad, que es percibida por gran parte de las mujeres con cierta mezcla de entusiasmo y miedo a quedar relegada a un segundo plano, sin autoridad pública, sin valoración económica, ni reconocimiento político, evidenciándose la clara separación entre espacios privados de reproducción (de cuidados solidarios) y de espacios públicos de producción (de valores remunerados) (Aler, 2008). Además vivimos en una sociedad donde el valor estético impuesto por la industria y fomentado por los medios de comunicación de masas, es el del cuerpo femenino delgado y poco desarrollado. Este modelo de belleza se sitúa en el polo opuesto del cuerpo maternal, provocando en muchos casos el rechazo de las madres hacia su cuerpo.

¹⁶ La asociación de lactancia materna con modelos de madres sumisas y sacrificadas, es promovido en España desde los primeros años de la postguerra hasta bien entrada la década de los sesenta, en las campañas realizadas por la Sección Femenina en las que dar el pecho a los hijos era considerado un deber y un sacrificio como madre y como patriota (Oliver Reche, 1998).

A esta transformación se le suman los cambios en los modelos tradicionales de familia (de la familia extensa a la familia nuclear) y la presencia cada vez más numerosa de familias monoparentales, encabezados por mujeres solas (solteras, separadas, viudas). La falta de estructuras familiares de apoyo, así como la carencia de espacios sociales cualificados para compartir la maternidad, llevan a que muchas mujeres vivan la maternidad en soledad y con malestar emocional.

“En la mayoría de las culturas del mundo, la fertilidad de la tierra y el cuerpo de la mujer han sido símbolos poderosos de la riqueza, diversidad y vitalidad de la naturaleza, así como de reproducción de la vida y la sociedad. Sin embargo a lo largo de los siglos de dominación masculina, este hecho se ha distorsionado para representar al hombre como principio “activo” (...). Esta distorsión se ha enfatizado aún más en los últimos siglos, al separar el desarrollo científico occidental de bienes de la pro- creación femenina de la vida, que se ha devaluado progresivamente” (Shiva, 2001, p. 33).

Este doble sentimiento, vivido ante la posibilidad de ser madres, se manifiesta, en la escisión que viven algunas mujeres entre el deseo manifiesto de tener hijos y el descenso en las tasas de fecundidad, más evidente en las mujeres con mayores niveles de formación y de participación laboral y social, así como en las decisiones sobre las pautas de crianza y de alimentación de los hijos. El conflicto entre las prioridades vitales de las mujeres, se ve reflejado en el actual debate ideológico sobre la conciliación de la vida familiar y laboral, relacionado con la precariedad y la rigidez de los sistemas laborales, el alargamiento de los periodos de formación, la falta de políticas de apoyo familiar, el desigual reparto de tareas domésticas entre géneros, etc.

Para superar esta situación, sería necesario, entre otras cosas, que la reproducción y cuidado de las nuevas generaciones fuera considerado como una prioridad y responsabilidad pública y no como una cuestión privada, individual y familiar, y para ello es imprescindible el reconocimiento social, político y económico de los cuidados familiares y la maternidad como garantes del bienestar colectivo.

4) Medicalización del parto y la crianza: delegación en el sistema de expertos

Esta situación alude a la intervención activa de la clase sanitaria (convencida inicialmente de la superioridad de la “maternidad científica”), que anula cualquier protagonismo de la madre en el parto y crianza, junto con las rutinas y prácticas contrarias a la lactancia natural en las maternidades en las primeras horas de vida del recién nacido. De este modo se observa, que el único papel dado a la mujer durante el embarazo, parto e incluso en la crianza es seguir las instrucciones del sistema de expertos, ignorándose el protagonismo y conocimiento de la mujer.

Esta realidad propia de las sociedades industrializadas tiene su reflejo claro en nuestro país, que presenta una de las tasas más altas de intervencionismo tecnológico médico y hospitalario en el embarazo, parto y crianza por encima de los márgenes estimados necesarios por la OMS que ya ha dado la voz de alarma por las consecuencias negativas del exceso de intervencionismo (inducciones, anestesias epidurales, cesáreas, lactancia artificial...) ¹⁷. El parto es vivenciado por las mujeres y entendido socialmente como un hecho patológico, por lo que en España hoy en día la práctica totalidad de las mujeres paren en los hospitales y no en sus casas o en casas de parto, argumentándose mejoras en las supervivencia maternoinfantil, cuando se conoce, y la evidencia lo demuestra, que las mejoras en los índices se deben a la mejor alimentación y salud materna, a las mejores condiciones higiénicas y técnicas de prevención y control del embarazo, y no a la excesiva medicalización y mecanización tecnológica del parto a la que asistimos hoy.

“El alto valor que la sociedad occidental otorga a la creación científica masculina y el correspondiente bajo valor dado a la procreación femenina legitima la intromisión del desarrollo tecnológico en el cuerpo femenino. Las nuevas tecnologías reproductivas están encaminadas a extender el control de los “expertos” (...) y la mujer ha de someterse ha un control reproductivo en el que se utilizan las tecnologías más

¹⁷ Se estima que en España se realizan 36.000 cesáreas innecesarias cada año, con una tasa del 22 al 35% según hospital público o privado, cuando la tasa estimada es del 10 al 15%. Esta situación, junto a otras, ha sido denunciada por asociaciones de mujeres profesionales y de usuarias del los servicios de salud. Véase: www.elpartoesnuestro.org y www.nacerencasa.org.

modernas para producir una población más sana. Lo destructivo emerge como aquello que nos va a salvar” (Shiva, 2001, p. 33)

A todo ello se le suman las inadecuadas rutinas hospitalarias, que dificultan y entorpecen el inicio e instauración de la lactancia materna. De ellas destacamos la separación madre- bebé y la falta de intimidad y espacio para el establecimiento del vínculo entre ambos.

“La tendencia de todas las culturas humanas ha sido siempre la de controlar la sexualidad y, en primer lugar, el nacimiento de los niños. Para ello la necesidad de intimidad se ha negado cada vez más en el transcurso de la humanidad. Hoy en día con la introducción del hombre médico, con la connotación masculina asociada a la palabra tecnología, con la participación habitual del padre del bebé, con la creencia de que la mujer no puede parir sin ayuda, hemos llegado al punto omega de la negación de la necesidad de intimidad. (...). Dentro del contexto de un hospital moderno, (...) siempre hay algo más urgente que proteger la intimidad de la pareja madre-bebé. Hoy se dispone de medios sutiles, indirectos, para reducir el contacto madre-recién nacido” (Odent, 1990, p. 26)

Esta dependencia del sistema de expertos, como consecuencia del miedo y la desconfianza hacia el propio saber hacer biológico, social y cultural de las mujeres, no se limita al embarazo y al parto, sino que se mantiene respecto a las pautas de alimentación, crianza y educación de los hijos/as, delegando en los profesionales, e incluso en los medios de comunicación de masas (revistas, programas televisivos, anuncios publicitarios, etc...), importantes decisiones y responsabilidades¹⁸. *“Esta actitud entreguista, se manifiesta en una delegación del liderazgo casi absoluto de las pautas y*

¹⁸ Este hecho se evidencia en aspectos tales como la presencia cada vez mayor de programas televisivos dirigidos a dar pautas de crianza a los padres y en la influencia que tienen los anuncios televisivos sobre las rutinas de alimentación infantil. Por el contrario la participación activa de los padres en la vida escolar de los hijos es escasa, así como la participación de los mismos en experiencias de formación dirigidas a mejorar las competencias para la crianza y la educación. *“Desde el día en que la madre (casi siempre son ellas las que desempeñan este rol) deja al pequeño en la guardería, en una escuela infantil o en un colegio de primaria da la impresión de que la familia transfiere al centro docente la mayor parte de sus deberes como educadora. Esto no debería ser así, pero los datos de las instituciones que estudian el grado y la calidad de la participación de las familias en los centros docentes así lo confirman. El Consejo Escolar del Estado en sus informes anuales, se lamenta año tras año, del escaso grado de participación de los padres en los centros educativos” (Ramo, 2000, p.103).*

critérios aplicables a la salud y a la educación de las criaturas” (Aler, 2008, p.19). La confianza en el sistema de expertos es tal, que incluso cuando una mujer decide negarlo y hacer caso a sus propias observaciones y vivencias puede, en algunas circunstancias, producirse un choque con el entorno social y familiar, llegando incluso a situaciones de crisis personal¹⁹.

Todos estos factores favorecedores de la pérdida de la cultura del amamantamiento han contribuido a un importante descenso tanto en las tasas de inicio de la lactancia materna como de duración de la misma. Si bien es cierto que, en los últimos años, se experimenta un incipiente interés por la lactancia materna, también es cierto que las dificultades a las que se enfrentan las madres que desean amamantar a sus bebés son numerosas. Para la mayoría de estas mujeres, las redes de apoyo tradicionales, constituidas por las mujeres cercanas (abuelas, madres, vecinas, etc.), han dejado de ser un soporte válido, porque generalmente no han amamantado o no han visto amamantar eficazmente.

En nuestros días, la visibilidad social del amamantamiento es prácticamente nula tanto en los espacios públicos como en los mediáticos, donde el biberón ha reemplazado a la imagen del niño tomando el pecho y donde la transmisión de los conocimientos y experiencias acerca del amamantamiento se han visto reemplazados por el cuerpo de conocimientos relativos a la lactancia artificial. Así, conductas asociadas a la cultura del biberón, como la imposición de pautas horarias rígidas y la medición de las tomas, se reproducen para la alimentación al pecho, convirtiéndose, a menudo, en la base del fracaso de la lactancia materna.

¹⁹ En un estudio presentado en el II Congreso Nacional de Lactancia Materna en 2002, titulado: *Madres lactantes ante los profesionales de la salud*, se pone de manifiesto que la mayoría de mujeres que acuden a un Grupo de Apoyo de Madres en España, lo hace porque se siente en crisis personal y familiar. La vivencia sobre la relación con su criatura entra en contradicción con las recomendaciones dadas por profesionales sanitarios (Aler, I.; Moya, F. Palop, E.; Serrano, P.; Vidaller, M., 2002).

1.4. EPIDEMIOLOGÍA DE LA LACTANCIA MATERNA Y FACTORES RELACIONADOS

1.4.1 EPIDEMIOLOGÍA DE LA LACTANCIA MATERNA: INDICADORES INTERNACIONALES, NACIONALES Y REGIONALES

A pesar de los beneficios probados de la lactancia materna y de las recomendaciones internacionales que abogan por la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, y complementada con otros alimentos hasta los dos años (OMS, 2002), su prevalencia es baja o muy baja en prácticamente todo el mundo.

El primer problema al que nos enfrentamos al analizar la prevalencia de la lactancia materna en el mundo, y en concreto en países industrializados como España, es que no encontramos suficiente información y además, la que existe, es de difícil interpretación. Sumado a este problema, encontramos otra dificultad añadida, y es que los estudios epidemiológicos llevados a cabo en cada zona geográfica utilizan una metodología diferente. Al no utilizar indicadores comunes para evaluar las prácticas de lactancia, se hace muy complicado el poder comparar tasas de lactancia materna entre diferentes realidades socioculturales.

En el apartado dedicado a la nutrición del Informe sobre *El Estado Mundial de la Infancia: Salud materna y neonatal* (UNICEF, 2009), se recogen las cifras de incidencia sobre la situación de la lactancia materna en el mundo en el periodo 2000-2007 en relación a los indicadores “lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses”, “lactancia complementaria entre los 6-9 meses”, y “lactancia continuada hasta los 20-23 meses”. En este informe se recogen cifras muy bajas para los tres indicadores a nivel mundial, situándose en 38%, 55% y 50% respectivamente. Así mismo, los datos recogidos para Europa (ECE/CEI) en este informe son desalentadores ya que únicamente el 20% de los niños/as reciben lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, el 41% lactancia materna y alimentación complementaria entre los 6 y 9 meses, y sólo el 23% continúan con lactancia materna a los 23-26 meses.

LACTANCIA MATERNA EN EL MUNDO, 200-2007			
% DE NIÑOS LACTANTES (2000-2007) QUE RECIBEN:			
	Lactancia exclusiva (< 6 meses)	Lactancia + alimentos complementarios (6-9 meses)	Lactancia continuada (20- 23 meses)
África subsahariana	31	68	51
África oriental y meridional	40	71	56
África occidental y central	23	65	47
África septentrional y Oriente Medio	26	57	36
Asia meridional	44	53	75
Asia oriental y Pacífico	43	45	27
ECE/ CEI	20	41	23
Países en desarrollo	39	55	51
Mundo	38	55	50

Fuente: UNICEF, 2009

Al acercarnos al contexto europeo, la información más reciente proviene de un informe enviado a la Comisión Europea como parte del proyecto *Promoción de la lactancia materna en Europa* (European Union Project, 2004). Como observamos, las fechas no son uniformes, falta información y los indicadores no se corresponden siempre con los aportados por la OMS, por lo que no se pueden hacer comparaciones, pero lo que si parece claro es que en casi todos los países europeos, si bien las tasas de inicio de la lactancia materna son muy altas, incluso rondando el 100% en países como Dinamarca, Noruega y Lituania, no lo son tanto a los 3, 6 y 12 meses. Las tasas de lactancia materna exclusiva a los seis meses y complementada a los 12 meses no alcanzan lo recomendado por organismos internacionales como la OMS o UNICEF, en la mayoría de países. A destacar es la situación de países como Bélgica, Alemania y Reino Unido donde encontramos tasas de lactancia

materna a los doce meses y a los nueve para el Reino Unido, del 4%, 13% y 13% respectivamente, y que contrastan con las tasas de países como Suecia con un 72% de lactancias continuadas a los 12 meses.

TASA DE LACTANCIA EN PAÍSES EUROPEOS						
País	Año	Inicio	Alta	3 meses	6 meses	12 meses
Alemania	1997/1998	A 96	A 86 E 73	A 60 E 33 (4 m)	A 48 E 10	A 13
Austria	1998	A 96	E 95	E 79	E 46	A 10
Bélgica	1998/2000	A 63-72		A 30-37	A 10	A 4
Bulgaria	2001			E 49	A 36	
Dinamarca	2000	A 98		A 75 F 60 (4 m)		
Eslovaquia	2000	E 93		E 55	E 30	
Eslovenia	2000		F 96 E 90			
España		2001	A 71	E 61 (6 w)	A 58 E 42	A 40 E 23
Estonia	2001			A 61	A 40	
Finlandia	2000		A 91 E 65	A 74 E 41	A 51 E 1	
Francia	2000		A 53	A 15		
Grecia		2001*	A 86	E 24		A 54 E 28
Holanda	2002	E 80	E 72	A 47 E 35	A 34 E 17	
Hungría	2001			E 62 (4 m)	E 35	
Irlanda		1999		E 36		
Islandia	2000		A 98 E 93	A 75 E 47 (4 m)	A 65 E 13	A 13
Italia	2000	A 89	F 78		A 62 F 45	
Letonia	2000			No existe información		
Lituania	2000/2002	A 98		A 46	A 26 E 14	A 7
Luxemburgo	2001	A 88	E 65	A 58 E 40 (4 m)	A 42 E 4	
Malta	2002		E 52			
Noruega	1998	A 99	E 94	A 90 E 70	A 80 E 7	A 36
Polonia	1997		E 71 (2002)	E 31 (4 m)	E 9	
Portugal	1998/1999	A 90	A 85	A 63	A 34	A 16
Reino Unido	2000	A 69		A 28 (4 m)	A 21	A 13 (9 m)
Rep. Checa	1999		E 91 (2001)		A 53 E 23	
Rumanía				No existe información		
Suecia		2000		A 98 F 93	A 83 F 68 (4 m)	A 72 F 33
Suiza	1994	A 92		A 73 E 62	A 41 E 11	

*Datos de las maternidades de Atenas.

A: cualquier lactancia; F: lactancia completa; E: lactancia exclusiva.

Fuente: European Union Project, 2004

La realidad en España no difiere demasiado de la de sus vecinos europeos, y a pesar de que inicia la lactancia un porcentaje elevado, su carácter exclusivo y prolongado no es frecuente. Según datos relativos a 2006 y 2012, emanados de la Encuesta Nacional de Salud, a las seis semanas de edad reciben lactancia materna (exclusiva) un 68,40% y un 66,20% de los bebés, a los tres meses esta cifra desciende a poco más de la mitad de los bebés (52,48% y el 53,60%) y a los seis meses sólo el 24,72% y el 28,50% de los bebés reciben lactancia natural (ni mixta, ni artificial) ²⁰. A pesar de que la

²⁰ La Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) es un estudio periódico que desde hace 25 años recoge información sanitaria relativa a toda la población sobre el estado de salud, los determinantes personales, sociales y ambientales que determinan la salud y el uso de los servicios sanitarios. Actualmente, la ENSE se realiza conjuntamente entre el MSSSI y el Instituto Nacional de Estadística (INE) y tiene periodicidad quinquenal, alternándola cada dos años y medio con la Encuesta Europea de Salud, con la que comparte un grupo de variables armonizadas. La muestra de la encuesta 2006- 2007 es

situación no es la ideal en relación a lo recomendado por la OMS, las cifras de lactancia materna han mejorado ligeramente si las comparamos con las encuestas de años anteriores.

ENCUESTA NACIONAL DE SALUD, 2006
Tipo de lactancia según Comunidad Autónoma. Datos relativos

	6 semanas			3 meses			6 meses		
	Natural	Mixta	Artificial	Natural	Mixta	Artificial	Natural	Mixta	Artificial
AMBOS SEXOS									
Total	68,4	2,27	29,34	52,48	10,83	36,7	24,72	14,03	61,25
Andalucía	66,83	1,86	31,31	46,88	15,56	37,56	20,2	15,45	64,35
Aragón	75,42	6,68	17,9	62,17	9,47	28,37	27,85	19,95	52,2
Asturias (Principado de)	45,8	1,83	52,37	28,47	15,97	55,55	14,68	7,25	78,07
Balears (Illes)	59,21	2,33	38,46	51,53	5,21	43,26	30,27	13,23	56,5
Canarias	60,04	0	39,96	47,18	1,08	51,74	25,77	3,18	71,05
Cantabria	66,37	4,27	29,36	45,9	16,31	37,79	17,47	8,62	73,92
Castilla y León	70,59	1,26	28,15	53,07	7,63	39,29	25,61	20,67	53,72
Castilla-La Mancha	73,21	3,26	23,53	55,26	20,49	24,25	24,75	18,98	56,27
Cataluña	69,57	1,17	29,25	55,88	9,68	34,45	28,89	10,01	61,1
Comunitat Valenciana	69,65	4	26,35	47,74	14,09	38,17	25,61	14,53	59,86
Extremadura	56,97	2,94	40,08	44,47	11,72	43,81	20,64	11,21	68,15
Galicia	55,4	1,31	43,28	44,05	7,98	47,97	20,15	9,92	69,93
Madrid (Comunidad de)	71,17	2,63	26,2	61,17	6,74	32,09	23,54	17,93	58,53
Murcia (Región de)	72,77	2,05	25,18	52,34	8,52	39,14	20,14	13,18	66,68
Navarra (Comunidad Foral)	76,58	2,04	21,39	57,03	14,26	28,71	25,69	21,11	53,2
País Vasco	81,37	0	18,63	64,14	5,82	30,04	39,19	10,86	49,96
Rioja (La)	84,11	0	15,89	74,37	0	25,63	35,02	19,89	45,1
Ceuta y Melilla	37,29	15,35	47,36	13,65	22,14	64,21	1,59	6,1	92,3

Fuente: ENS, 2006. www.ine.es

En la Región de Murcia, los datos referidos a 2006 son muy similares al conjunto de España, aunque las cifras son ligeramente superiores a las seis semanas, donde algo menos del 75% de los bebés reciben lactancia materna (72,77%), las cifras se equiparan a los 3 meses (52,34%) con el resto de comunidades, para finalmente situarse por debajo de la media nacional a los seis meses, donde sólo uno de cada cinco niños recibe lactancia materna (20,14%). Algo más actuales son los resultados de la investigación realizada por Gomis Cebrián y colaboradores (2009), en la que se obtienen datos sobre prevalencia y duración de la lactancia materna en la Región de Murcia. Según

de 31.300 viviendas distribuidas en 2.236 secciones censales. Los datos de 2012 corresponden a 26.502 entrevistas realizadas entre julio de 2011 y junio de 2012. Fuente www.ine.es.

este estudio reciben lactancia materna en el momento del alta hospitalaria el 89,7% de los bebés, porcentaje que desciende al 44,4% de los bebés a los tres meses de edad. La prevalencia de lactancia materna exclusiva a los seis meses de edad es tan sólo del 21,8%, frente al 100% recomendado por la OMS. Este estudio también desvela diferencias en las tasas de lactancia materna al alta hospitalaria según el área de salud, encontrando los mejores resultados en el área de salud V (Altiplano).

Las Comunidades Autónomas con mejores tasas en LM exclusiva a los seis meses de edad son el País Vasco (39,19%) y La Rioja (35,02%), que encabezan también las tasas de LM a las seis semanas, seguidas de Baleares (30,27%), Cataluña (28,89%), y Aragón (27,85%). En el otro extremo encontramos a Ceuta y Melilla con tasas del 1,59%, Asturias (14,68%) y Cantabria (17,45%).

Estas diferencias entre territorios, no sólo se relacionan con diferencias socioculturales, sino que también tienen su justificación en las iniciativas de promoción y apoyo a la lactancia materna desarrolladas en cada territorio, tanto por las administraciones públicas como por la propia comunidad, y que tiene una importante influencia tanto en la decisión de las madres sobre el tipo de alimentación de sus bebés, como en la duración de la misma. Como observamos, la realidad actual de la lactancia materna en nuestro entorno se caracteriza por tasas de inicio de lactancia materna relativamente altas, junto con un abandono generalizado de la misma en los primeros meses de vida. A continuación se presentan diferentes factores que se relacionan tanto con la decisión sobre el tipo de alimentación, como con la duración de la misma.

1.4.2 FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL INICIO Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

Diversos estudios (Moreno, 1997; Bruch, 2000; Hostalot, 2001; Yaque, 2001, Estévez, 2002; Romagosa, 2003; Hernández, 2004, Aguado, 2005; Raventós, 2006; Gomis, 2009; Martínez, 2010; Rius, 2011; Sacristán, 2011; Oliver, 2012) ponen de manifiesto la importancia que tienen determinados factores en las pautas de alimentación y crianza de los hijos/as, entre los que

se destacan aquellos relacionados con características de la madre, su entorno social y sus redes de apoyo, así como determinadas circunstancias que rodean el proceso de embarazo, parto y puerperio. Conocer y analizar estos factores, es un aspecto clave para la promoción de la lactancia materna y para el apoyo a las madres que deciden lactar, así como para comprender las motivaciones de las mujeres que deciden no hacerlo.

FACTORES QUE INFLUYEN SOBRE EL ESTABLECIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA	
FACTORES FAVORECEDORES	FACTORES DESFAVORECEDORES
Mayor edad materna	Madre adolescente
Nivel de estudios materno	factores de riesgo psicosocial
Decisión materna y confianza	Regalos de la industria
Apoyo familiar	Prácticas hospitalarias erróneas
Ausencia de factores de riesgo social	Embarazo no controlado por matrona
Educación maternal	Hospital grande
Control del embarazo en centro de salud	Biberones o chupetes
Vivencia favorable del embarazo	Cesárea
Hospital pequeño	Enfermedad materna o neonatal
Prácticas hospitalarias adecuadas	Prematuridad
Parto eutócico	Bajo peso al nacimiento
Rooming in (alojamiento conjunto)	Trabajo materno

Fuente: Hernández Aguilar, 2004

En relación a las características maternas, destacamos la edad, el nivel de estudios, y la experiencia materna previa. La edad de la madre se relaciona con el inicio de la lactancia materna, pero sobre todo con el tiempo que ésta se mantiene. La lactancia materna es más difícil si la edad de la madre es inferior

a 20 años; durante el primer mes de vida el porcentaje de mujeres de menos de 20 años que abandonan la lactancia materna es mayor que en madres de más edad. Las madres mayores presentan extremos, con una baja tasa de inicio y una tasa elevada de lactancia prolongada (Moreno, 1997).

En lo que se refiere al número de hijos, son las madres primerizas quienes presentan una mayor probabilidad de amamantar, aunque si no se consigue con éxito, la experiencia tendrá una importante influencia en las posteriores decisiones sobre el tipo de lactancia y viceversa. En madres con más de un hijo, y experiencia previa de amamantamiento, el éxito en la lactancia es más probable (Bruch, 2000; Romagosa, 2003; Hernández, 2004; Gomis, 2009; Oliver, 2012).

“En general, tener hermanos influye positivamente en la probabilidad de amamantamiento. Este hecho se debe, probablemente, al adiestramiento previo de la mama de la madre y a que, a pesar de estar teóricamente más atareada, la madre tiene más experiencia y más confianza en su capacidad de amamantar” (Hernández, 2004, p. 36).

En cuanto al nivel de estudios, varias investigaciones ponen de manifiesto que a mayor nivel de estudios más probable el inicio de la lactancia materna y se prolonga la duración de la misma (Hernández, 2004; Raventós, 2006; Oliver, 2012). La relación entre lactancia materna y actividad laboral es complicada, ya que si bien es cierto que, en varios de los estudios consultados, no existe una relación directa entre la ocupación de las madres y el inicio y duración de la misma, ello puede explicarse porque el abandono de la lactancia materna se produce mayoritariamente antes del tercer mes de vida, es decir, antes de la reincorporación de las mujeres a su actividad laboral (Gomis, 2009). Cuando se estudian sólo grupos de madres que continúan lactando más de cuatro meses sí se encuentran diferencias entre las madres que trabajan fuera de casa y las que no lo hacen. *“El 30% de las madres que mantenían la lactancia materna, esto es, una de cada tres, la abandonan al llegar este momento”* (Aguado, 2005, p. 64). Además, diversos estudios ponen de manifiesto que un porcentaje significativo de mujeres, situado entre un 7.5% y 25% de los casos según el estudio, aluden a este motivo como la causa del

cese de la lactancia materna posterior al mes de vida del recién nacido (Arrieta, 1996, Romagosa, 2003, Aguado 2005). Incluso las mujeres que desean hacer compatible la lactancia materna con el trabajo, manifiestan dificultades para poder hacerlo, como son la falta de tiempo y de espacios idóneos para el amamantamiento (Aguado, 2005).

El entorno social y familiar de la mujer influye claramente en su decisión de amamantar y en el tiempo que la prolongue. Existen investigaciones (Hostalot, 2001; Yake 2001) que muestran que una mujer que ha recibido lactancia materna tiene más posibilidades de amamantar a sus hijos. *“La actitud de familiares cercanos y amigos influye sobre las posibilidades de éxito y la edad del destete más negativa que positivamente”* (Lawrence, 1996, p.197). El fracaso en la lactancia de mujeres de la familia (madre, hermanas o primas) o de amigas cercanas puede ser un poderoso argumento para no dar el pecho. La pareja, también tiene un papel esencial, ya que una falta de apoyo o de convicción respecto a la lactancia materna pueden ser factores decisivos para el abandono de la misma. Algunos padres se muestran reacios a que sus parejas den el pecho, manifestando celos por la intimidad física y emocional que se genera entre la madre y su bebé, o incluso por motivos estéticos y sexuales.

“Una mujer cuyo marido no apoya la lactancia materna desteta pronto, o ni siquiera empieza (...) Los padres pueden oponerse a que sus esposas den el pecho porque no quieren compartir con el niño esta parte de su pareja. Algunos padres expresan su temor a que se destruya la mística sexual. Por otro lado, muchos varones están muy orgullosos de que sus hijos tomen el pecho, y apoyan a sus esposas en este esfuerzo” (Lawrence, 1996, p. 200).

Otro tipo de factores a analizar son los relacionados con las circunstancias que rodean el proceso de embarazo, parto y puerperio. Disponer de información adecuada sobre lactancia materna con anterioridad al parto contribuye a que la mujer se decante por amamantar y a que esté mejor preparada para asumir los retos que esto conlleva (Estévez, 2002; Hernández, 2004; Oliver, 2010). La mayoría de las madres toman la decisión sobre el

método de alimentación de sus hijos, antes o durante el embarazo; cuando esta se toma antes del embarazo la lactancia materna es más prolongada, y cuando la decisión se toma en el parto o puerperio se evidencia aumento significativo de lactancia artificial (Bruch, 2000; Romagosa, 2003). De ahí la importancia de los programas de promoción de la lactancia materna en el entorno comunitario (centros educativos, medios de comunicación, etc.) así como la importancia de la educación maternal durante el embarazo.

El tipo de parto, así como el protocolo aplicado tras el mismo, también están relacionados con el tipo de alimentación. Diversos estudios (Moreno, 1997; Aguilar, 2005; Gomis, 2009) muestran una incidencia mayor de lactancia artificial entre los niños nacidos por cesárea. Además se sabe que la causa más frecuente en el retraso de la lactogénesis (subida de la leche), y consiguiente abandono precoz de la lactancia materna, es el estrés de la madre y el niño en el parto y el postparto. Los grupos de mayor riesgo de estrés son las madres primíparas, sobre todo con hijos grandes, los partos largos, medicalizados y con maniobras dolorosas, y los que necesitan cesáreas urgentes por riesgo de sufrimiento fetal. En la madre el estrés actúa bloqueando el reflejo oxitócico, que limita el vaciamiento alveolar, y en el niño actúa alterando sus reacciones de alerta, y provocando una succión leve²¹.

Todavía más significativa, tal y como muestran los estudios (Moreno, 1997, Romagosa, 2003; Aguado, 2005) es la relación entre inicio y éxito de la lactancia materna y el contacto precoz piel con piel. La primera hora tras el parto es un momento de gran relevancia en lo que respecta a la lactancia materna, en el que la madre presenta un estado de especial sensibilidad y el recién nacido, en alerta, es capaz de reptar y realizar la primera toma²². Por ello, permitir el contacto piel con piel, y no separar a la madre y al recién nacido tras el nacimiento, permitiendo el alojamiento conjunto y el colecho, son

²¹ El vaciamiento de los alveolos mamarios es imprescindible para el mantenimiento de la producción de leche, así como la succión del bebé es el principal factor de regulación del volumen de leche producido. Martín Calama (2004) Lactogénesis, pp. 45-57.

²² En el estudio realizado en Andalucía (Aguado, 2005), se evidencia esta relación. El 92,3% de los niños puestos al pecho en este momento y el 86,1% de quienes fueron alojados en la habitación de la madre (frente al 73,6% y el 78,8% de quienes no lo hicieron) iniciaron con éxito la lactancia materna.

factores especialmente importantes para el éxito de la lactancia materna y para el adecuado establecimiento del vínculo madre-criatura²³.

“Si se desaprovecha el período sensitivo del bebé separándole de su madre nada más nacer, no tendrá la oportunidad de alcanzar el pecho de su madre por sí mismo, de reconocer su olor ni de hacer una toma espontánea y correcta, lo que explicaría que sea 2.2 veces menos probable que los bebés separados continúen con lactancia materna entre el mes y los 3 meses de edad.” (OR: 2.295% IC 1.1-4.2) (8 trabajos, 329 participantes) (Anderson, et al., 2003, p.12).

Otras prácticas hospitalarias que obstaculizan la lactancia materna son el uso de sueros glucosados o biberones en las primeras 24 horas de vida del bebé, el alojamiento separado, las rutinas hospitalarias, la falta de asesoramiento profesional para solventar los problemas al inicio y la entrega de muestras comerciales de leche de fórmula. Así, la maternidad que la madre elija para que nazca su hijo, puede triplicar la probabilidad de que éste sea alimentado con sucedáneos, con respecto a las probabilidades que tendría si naciera en otra, independientemente de otros factores de riesgo (Hernández, 2004).

Por otra parte, los niños con bajo peso al nacer, y para los que la lactancia materna ha demostrado beneficios más evidentes, son, junto a los gemelos, aquellos que tienen un mayor riesgo de ser alimentados con lactancia artificial (Hernández, 2004). Esto se traduce, igualmente, en prácticas perinatales inadecuadas o insuficientes en la atención a la madre y al bebé prematuro o de bajo peso, a los que muy a menudo se les separa de la madre y se les inicia la alimentación con sucedáneos; todo ello a pesar de los

²³ Importantes esfuerzos en la difusión del contacto piel con piel, son los realizados por la asociación “El parto es nuestro” en su campaña “Que no os separen”, cuyos objetivos son; Informar a todas las madres y padres de que el bebé tiene derecho a estar siempre con su madre y que no hacerlo supone un enorme estrés físico y psicológico para él, difundir los hallazgos científicos mas recientes, y favorecer la aplicación del método canguro (piel con piel) en todos los recién nacidos de nuestro país, sea prematuros o no. Véase www.quenoosseparen.info

beneficios probados de la aplicación del “método canguro”²⁴ y de la aplicación por sonda de leche extraída de la madre o de donante.

En relación a los factores que influyen en el abandono de la lactancia materna, una vez que esta se ha instaurado adecuadamente, podemos mencionar; la introducción temprana de otros alimentos, las técnicas incorrectas de amamantamiento, la aparición de patologías del pecho (grietas, mastitis, etc.) derivadas a su vez de una mala posición, inadecuados consejos profesionales, falsas informaciones o creencias sobre la lactancia materna y la falta de confianza de la mujer en su capacidad de amamantar.

En el estudio realizado por Aguado (2005), se recoge información sobre las causas de destete temprano. Entre las principales razones que las madres aluden tanto para la introducción de otros alimentos, como para el abandono de la lactancia materna, encontramos la percepción de falta o escasez de leche en aproximadamente un 50% de los casos, seguida de la recomendación médica (21,8% de los casos de introducción de otros alimentos), el rechazo al pecho por parte del bebe (17% de los casos de destete), y problemas de salud (patología de la mama o enfermedad materna). Estos datos son similares a los del estudio realizado con anterioridad por Moreno (1997), en el que la hipogalactia aparece en un 78,3% de las casos como el motivo de abandono de la lactancia natural durante el primer mes. Esta percepción de las madres contrasta con la información aportada por organismos internacionales que afirman que el 95% de las madres están capacitadas para amamantar (Martín-Calama, 2004).

La insuficiente producción de leche o hipogalactia, debida a patología de la madre relacionada con la producción de hormonas necesarias para la lactogénesis o por problemas con el tejido mamario, tiene una incidencia

²⁴ El método “Madre Canguro”, consiste en colocar al bebé prematuro en contacto piel con piel entre los pechos de su madre, para favorecer tanto la alimentación al pecho, como unas constantes vitales adecuadas (temperatura, frecuencia cardiaca y respiratoria). Además favorece el vínculo afectivo y la adaptación a la vida extrauterina. En la actualidad este método, apoyado por UNICEF y la OMS, se aplica cada vez más en unidades de neonatología de todo el mundo. *“El método canguro ha sido definido de diferentes formas, pero sus dos componentes principales son el contacto piel con piel y la lactancia. Desde el punto de vista biológico, y durante el inmediato post-parto, el contacto piel con piel representa el hábitat normal para el Homo sapiens, y la lactancia representa el ‘nicho’ (*), o el comportamiento pre-programado para este hábitat. El paradigma del método canguro se basa en que el bebé prematuro no es un bebé enfermo, sino que es la separación de la madre (del hábitat) lo que produce la enfermedad”* (Bergman, 2005)

mínima²⁵. La mayoría de alusiones a este problema (falsa hipogalactia), esconde tras de ella *“una compleja maraña de factores diversos que desincentivan la lactancia materna. En general, cuando se habla de hipogalactia se está confundiendo la causa con la consecuencia”* (Aguilar, 2005, p. 63). En realidad, la disminución de la producción de leche se debe a causas previas, como el empleo de técnicas inadecuadas de amamantamiento, el establecimiento de pautas horarias rígidas (lactancia restringida), el uso de chupetes o tetinas, y a la introducción de complementos. La introducción temprana de otro tipo de alimentos diferente a la leche materna (leches artificiales u otros alimentos), es especialmente desfavorecedora, ya que conlleva la disminución de la producción de leche materna como consecuencia del mecanismo de autorregulación mamario controlado por la succión del bebé.

Otras veces, la sensación de poca producción de leche se debe a un episodio transitorio de disminución de la secreción láctea. Estos episodios denominados crisis transitorias de lactancia, más frecuentes en los tres primeros meses de vida del bebé, suelen coincidir o bien con situaciones de fatiga o estrés emocional, o bien con momentos en los que el bebé experimenta un brote de crecimiento. En estas situaciones, si no se actúa precozmente, la crisis puede derivar en un fracaso de la lactancia. (Díaz-Gómez, 2006)

En cuanto a los motivos de salud maternos alegados para el abandono de la lactancia materna, hay que señalar que son muy escasas las patologías maternas que contraindican claramente la lactancia materna (infección por virus de la inmunodeficiencia humana y por virus de la leucemia humana de células T), e igualmente son pocas las patologías que requieren de una valoración individualizada por parte de un profesional. Sin embargo, existen falsas contraindicaciones que, inducen a las madres al destete e incluso a profesionales sanitarios a recomendarlo, y que no tienen una base científica. Este es el caso de las infecciones agudas comunes, la hepatitis A y B, mastitis, patología mamaria benigna, pezón plano o invertido, etc. (Díaz Gómez, 2006).

²⁵ La verdadera hipogalactia, por insuficiencia del tejido glandular o por déficit de prolactina, se da en menos de un 2% de las mujeres (Díaz Gómez, 2006).

En el estudio citado (Aguado, 2005), también se exponen los inconvenientes que las madres entrevistadas, perciben respecto a la lactancia materna, y que pueden convertirse en un obstáculo para que ésta se prologue en el tiempo. Existe un amplio consenso, incluso entre las madres muy convencidas de la lactancia materna, sobre el esfuerzo físico que implica dar el pecho, y en calificarla como una práctica que resta a la madre tiempo y autonomía para realizar otras tareas. Resulta curiosa la contradicción entre comodidad/incomodidad asociada a la lactancia materna. Por un lado la consideran una actividad más cómoda y sencilla que dar un biberón (no requiere utensilios ni preparativos), pero por otro lado, el hecho de que la lactancia artificial puede ser llevada a cabo por otras personas y en cualquier espacio, la convierte en una opción más fácil. Este aspecto está muy relacionado con la percepción de la mujer sobre la práctica del amamantamiento en público. Existen grandes diferencias entre las mujeres sobre la sensación de pudor sentida al dar el pecho en público o en presencia de hombres de la familia, e incluso en la consideración de qué espacios son públicos y cuales son privados. Por último se mencionan aspectos estéticos, como el deterioro físico de la madre y, en concreto deterioro de los pechos, como factores que han podido influir en la decisión de otras madres para no dar de mamar a sus bebés.

“Ya no es común ver a las mujeres dando el pecho en publico en España. Y las propias madres aseguran- el 43% según la encuesta- que se sienten incomodas alimentando a sus hijos a la vista de otros que no sean sus allegados” (Espinaco, citado por Sahuquillo, 2013).

Otros aspectos que pueden influir, directa o indirectamente, tanto para decidir no lactar como para abandonar la lactancia materna prematuramente, son las falsas creencias en relación a la lactancia materna, que a pesar de no tener ninguna base científica, se encuentran fuertemente arraigadas en el pensamiento colectivo. Algunas de estas falsas creencias contrastadas con la evidencia científica son recogidas, entre otros autores, por Martín Calama (2004, p. 359-62), y de todas ellas destacamos las siguientes:

CREENCIAS POPULARES SOBRE LACTANCIA MATERNA	VALORACIÓN SEGÚN LOS CONOCIMIENTOS CIENTÍFICOS DISPONIBLES
Algunas madres producen leche de baja calidad que impide que el niño engorde bien	No se encuentran importantes diferencias en la composición de la leche entre mujeres y la calidad suele ser buena.
Es habitual que las hijas de madres que no pudieron amamantar por no tener suficiente leche, tengan el mismo problema cuando son madres.	En las mujeres sanas sin trastornos hormonales ni enfermedades conocidas no se conoce ninguna causa orgánica de hipogalactia, y mucho menos hereditaria.
Las mujeres con poco pecho no suelen ser capaces de producir suficiente leche	Las diferencias en el tamaño de las mamas se deben principalmente a la cantidad de grasa y no al tejido glandular, por lo que no se relaciona el tamaño con la producción.
Es normal que dar el pecho duela	La sensibilidad en los pezones en los primeros días puede llegar a ocasionar dolor, pero fuera de estos días, y aún en ellos, el dolor puede ser signo de una mala colocación del bebé.
Sentir lo pechos blandos es una señal de poca producción. Hay que esperar ha sentir el pecho lleno para amamantar.	Pasados los primeros días de inicio en la lactancia, disminuye la congestión de la mama, pero se fabrica mayor cantidad de leche. Si la lactancia es frecuente y a demanda, puede que la madre no note la sensación de pecho lleno, sin que ello indique menor producción de leche.
La lactancia prolongada más allá de los doce meses del niño carece de valor, ya que la calidad de la leche materna apenas aporta nada al niño	La composición de la leche materna cambia de acuerdo con las necesidades del niño. Aún cuando el niño toma otros alimentos la leche materna sigue siendo una fuente importante de nutrientes y aporta componentes que no existen en otros tipos de leche
Dar el pecho dificulta la perdida de peso e impide hacer dietas para adelgazar	Al contrario, las madres que amamantan, reducen el peso de forma natural puesto que el gasto energético aumenta. Tampoco hay inconveniente en hacer dietas de adelgazamiento siempre que sean dietas saludables y equilibradas.
La lactancia materna prolongada es la responsable de la deformidad de los pechos	En el aspecto del pecho influye sobre todo la edad, factores genéticos y la cantidad de grasa corporal. La mayor deformación se produce por el embarazo y los primeros días postparto. La duración de la lactancia influye menos en el aspecto de las mamas.
La lactancia es un obstáculo para que los hijos establezcan vínculos con el padre	Hay muchas formas de establecer vínculos afectivos estrechos con el bebé, como tenerlo en brazos, bañarlo, jugar con él, etc.

Fuente: Elaboración propia a partir de Martín-Calama, 2004

Como vemos muchas de las causas mencionadas por las madres para el abandono total o parcial de la lactancia materna se relacionan mayoritariamente con una falta de información sobre el proceso natural del amamantamiento y de apoyo ante las crisis que suelen surgir a lo largo de éste, que puede llevar a la mujer a dudar de su capacidad de amamantar, situación potenciada, en muchas ocasiones, por los profesionales sanitarios y el entorno social.

“La mayoría de las madres desean amamantar a sus hijos, pero la falta de confianza en sí mismas, la desinformación y el escaso apoyo social lo complican. El abandono viene dado casi siempre porque las mujeres creen que tienen poca leche. Están inseguras, entre otras cosas, porque no ven cuanto come el bebé, pero son mitos que hay que derribar” (Díaz citado por Sahuquillo, 2013).

En conclusión, son muchos los factores que influyen en la decisión de amamantar, pero probablemente sean la información y la formación previa sobre lactancia materna, las políticas sanitarias de fomento de la lactancia materna en los centros sanitarios y maternidades, y el apoyo familiar (pareja, abuelas y allegados cercanos) en los primeros días, aspectos clave de éxito en su comienzo. Una vez establecida la lactancia, hay determinadas circunstancias o problemas que pueden explicar el abandono precoz; y que podemos clasificar en:

a) Barreras sociales:

La falta de apoyo social y familiar, las prácticas publicitarias agresivas, la escasez de medidas de apoyo a la madre lactante que trabaja, el desconocimiento de los riesgos que conlleva la alimentación con sucedáneos (riesgos para el lactante, la madre, así como por su impacto social y ambiental), y determinados prejuicios culturales y sociales hacia el amamantamiento en público y hacia la práctica del colecho, prácticas ambas que favorecen enormemente la lactancia a demanda y nocturna y, por ende, el éxito de una lactancia duradera.

b) Barreras del propio sistema de salud:

La falta de compromiso de los profesionales sanitarios con la promoción de la lactancia materna, el uso de prácticas inadecuadas en los centros sanitarios que interfieren con la lactancia materna (rutinas hospitalarias, retirada de la lactancia por motivos injustificados, distribución de muestras, tetinas y chupetes, etc.) y, en general, actitudes pasivas que desembocan en una falta de información y apoyo a la madre y su familia.

CAPÍTULO 2. INICIATIVAS DE PROMOCIÓN, PROTECCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA MATERNA

2.1. INICIATIVAS INSTITUCIONALES Y GUBERNAMENTALES

2.1.1. CONTEXTO INTERNACIONAL

La alimentación de los lactantes y niños pequeños, y en concreto la lactancia materna, ha sido una preocupación constante de los organismos internacionales, preocupación que se hace más evidente a comienzos de la década de los años ochenta del pasado siglo al constatar las bajas tasas de inicio y duración de la misma, a nivel mundial²⁶.

La sustitución indiscriminada de la leche materna por la artificial y el desarrollo vertiginoso de la industria de leches de fórmula con políticas comerciales muy agresivas y en ocasiones poco éticas²⁷, llevó a que entidades como la OMS y UNICEF, constataran la necesidad de proteger y promover la lactancia materna, y a recomendar unas prácticas apropiadas de publicidad y comercialización de sucedáneos de la leche materna. Fruto de este debate, y tras años de reuniones, consultas a expertos e importantes desacuerdos, en el año 1981, la 34ª Asamblea Mundial de la Salud, aprobó el *Código de Comercialización de Sucédáneos de leche Materna* (CSLM). Este código, adoptado en forma de recomendación y no de reglamento, suponía el requerimiento mínimo para ser adoptado por los gobiernos en su totalidad, y fue aprobado (con el único voto en contra de los EEUU) con el compromiso de ser revisado y clarificado bianualmente. El objetivo del CSLM es: *“Contribuir a proporcionar a los lactantes una nutrición segura y suficiente, protegiendo y promoviendo la lactancia natural y asegurando el uso correcto de los sucedáneos de leche materna, cuando estos sean necesarios, sobre la base de*

²⁶ Previamente, en la 27ª Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en 1974, tuvo lugar una de las primeras acciones de apoyo a la lactancia materna, en la que se notificó el significativo descenso de las prácticas de lactancia natural en la mayoría de los países del mundo (Resolución WHA 27.43).

²⁷ Una de las prácticas más denunciadas por asociaciones y organismos no gubernamentales, es la introducción de leches de fórmula en países subdesarrollados, y su impacto en la malnutrición infantil. Derrit Jelliffe, pediatra norteamericano asesor del GAP (grupo asesor de la OMS), acuñó en 1968 el término “malnutrición comerciogénica” para referirse a este hecho. Posteriormente se publicaron varios artículos sobre malnutrición infantil y la promoción de la alimentación artificial, como “The baby Killer” (Muler, 1974). Véase www.waronwant.org.

una información adecuada mediante métodos apropiados de comercialización y distribución". (OMS, 1981, art. 1).

Las exigencias planteadas a las empresas se centraban en cuatro apartados:

1. Requisitos para la comercialización y el etiquetado de sucedáneos de la leche materna (donde se incluían las leches de fórmula, los alimentos complementarios para los seis primeros meses y los biberones y tetinas).
2. Exigencias para el material educativo e informativo dirigido a profesionales y mujeres/ madres sobre alimentación infantil.
3. La prohibición de publicitar estos productos y de hacer promoción de ellos en centros o establecimientos sanitarios.
4. La prohibición de realizar regalos a los profesionales y entregas gratuitas o a bajo precio del producto a las gestantes o a las madres²⁸.

También se reconocía la responsabilidad gubernamental de facilitar, proteger, estimular y controlar la práctica del amamantamiento, así como el papel fundamental de los profesionales y otros agentes de salud.

Sin embargo, a pesar de los acuerdos adoptados, las violaciones del CSLM, desde que se aprobó, han sido continuas. IBFAN²⁹ puso en marcha un programa para reflejar dichas transgresiones, y Baby Milk Acción³⁰ inició, en 1981, una publicación periódica donde se reflejaban las violaciones constatadas por sus colaboradores en todo el mundo³¹. Todavía hoy en día, las

²⁸Se ha comprobado que la entrega a mujeres gestantes de muestras gratuitas de leche artificial, disminuye la frecuencia y duración de la lactancia materna, sobre todo en mujeres vulnerables (Pérez Escamilla, et. al., 1994; Taylor, 1998; Donnelly, et. al., 2000).

²⁹ IBFAN es una red mundial de grupos pro alimentación infantil, que trabaja para mejorar la salud y el bienestar de bebés y niños jóvenes, sus madres y sus familias a través de la protección, promoción, y apoyo a la lactancia materna y a las prácticas óptimas de alimentación infantil. Véase www.ibfan.org.

³⁰ Baby Milk Action es una organización sin fines de lucro que tiene como objetivo la protección de la lactancia materna y la protección de los niños alimentados con leches de fórmulas. Baby Milk Action trabaja, dentro de una red global (IBFAN) para reforzar los controles independientes, transparentes y eficaces en la comercialización de la industria de la alimentación del bebé. Fuente www.babymilkaction.org/

³¹ Fruto de esas denuncias, se impulsó un boicot mundial a la industria Nestlé, iniciado por INFAC (Infant Formula Action Coalition) en EEUU en 1977. Este movimiento pronto se extendió a nivel mundial, y finalizó cuando, en 1988, la multinacional accedió a acatar el CSLM en los países en desarrollo.

trasgresiones al CSLM son comunes, tal y como se refleja en el informe *Violando las reglas, eludiendo las reglas*, en el que la IBFAN concluye que:

“En los veinte años desde la adopción del Código Internacional no se han visto suficientes cambios en la manera en que las compañías comercializan sus productos. Las etiquetas han mejorado y, en la mayoría de los países, han desaparecido las formas más flagrantes de publicidad. Sin embargo, continúan otras violaciones, más sutiles pero aún así muy perjudiciales, tales como los suministros gratuitos en los establecimientos de salud, la promoción persistente del destete precoz, (...) y la promoción en Internet” (IBFAN, 2001, p. 5).

Ante la constatación de que la lactancia materna seguía decayendo en prácticamente todos los países, y del continuo incumplimiento por parte de las empresas del CSLM por la falta de regulación específica en los diferentes países, la OMS junto a UNICEF publicó en 1989 el documento *Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural. La función de los servicios de maternidad*. Esta declaración se dirige a los responsables políticos en materia de salud y nutrición de los diferentes países, a los profesionales sanitarios de los servicios de salud materno infantiles, a las organizaciones de agentes de salud, y a los grupos de apoyo a las madres, con un doble objetivo: promover el conocimiento de la importancia crítica que tienen los servicios de salud en la protección y promoción de la lactancia natural, y describir las medidas que pueden adoptarse para facilitar a las madres la información y apoyo oportunos (OMS/UNICEF, 1989). En ella se recoge un decálogo que sería posteriormente la base de la “Iniciativa Hospital Amigo de los Niños” (IHAM- actualmente “Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia”). El Decálogo *Diez pasos hacia una feliz lactancia natural* pone de manifiesto la recomendación, entre otras, de disponer por escrito de políticas relativas a la lactancia natural, de capacitar a los profesionales sanitarios, de ayudar y formar a las madres a iniciar y mantener la lactancia materna, y de fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural. Ese mismo año la *Convención de los Derechos del Niño*, estableció en su art. 4, la obligación de los estados miembros de garantizar el nivel más alto de salud de los niños,

tomando medidas que aseguren que todos los sectores y, en particular, las familias, “conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, (...) tengan acceso a la educación pertinente, y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos” (ONU, 1989).

DIEZ PASOS HACIA UNA FELIZ LACTANCIA NATURAL	
Todos los servicios de maternidad y atención a los recién nacidos deberán:	
1	Disponer de una política por escrito relativa a lactancia natural que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención a la salud
2	Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política
3	Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica
4	Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto
5	Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactación incluso si han de separarse de sus hijos
6	No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicados
7	Facilitar la cohabitación de las madres y los niños durante 24 horas al día
8	Fomentar la lactancia natural cada vez que se solicite
9	No dar a los niños alimentados al pecho chupadores o chupetes artificiales
10	Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica

Fuente: OMS/ UNICEF, 1989

En 1990, la OMS y UNICEF emitieron conjuntamente la *Declaración de Inocenti*³², en la que se aspira, como meta para conseguir una óptima salud infantil, a que las mujeres practiquen la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad, para lo cual se insiste en la necesidad de dirigir los esfuerzos en aumentar la confianza de las madres en su habilidad para la

³² La *Declaración de Inocenti sobre protección, promoción y apoyo a la lactancia materna*, fue elaborada y aprobada por los participantes en la reunión conjunta de OMS y UNICEF, sobre “La lactancia materna en el decenio de 1990: una iniciativa a nivel mundial”, celebrada en Agosto de 1990, en un antiguo orfanato de la ciudad de Florencia (Ospedale degli Innocenti). A ella asistieron representantes de 30 países que respaldaron la Convención sobre los derechos de la infancia y firmaron esta declaración de compromiso.

lactancia materna, en eliminar los posibles obstáculos presentes en los sistemas de salud, del lugar de trabajo y de la comunidad, y en que los diferentes gobiernos establezcan políticas sobre lactancia materna integradas en las políticas globales de salud y desarrollo, protegiendo, promoviendo y apoyando la lactancia materna en programas complementarios. Junto a estas medidas, la *Declaración de Inocenti* establece las siguientes metas operativas (que en principio deberían haber sido alcanzadas en 1995):

- Nombrar un coordinador nacional sobre lactancia materna que cuente con la autoridad apropiada y establecer un comité multisectorial de lactancia materna integrado por representantes de los departamentos no gubernamentales y de asociaciones de profesionales de salud
- Garantizar que todas las instituciones que proporcionen servicios de maternidad practiquen plenamente la totalidad de los “Diez pasos hacia una feliz lactancia natural”.
- Tomar medidas para poner en práctica los principios y objetivos del Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.
- Aprobar leyes innovadoras que protejan los derechos del amamantamiento de las trabajadoras y establezcan medios para llevarlos a la práctica.

Este documento sirvió de referencia para los posteriores esfuerzos en promoción de la lactancia materna en la década de los años noventa del pasado siglo, y sus objetivos fueron incluidos en las metas para el año 2000 de la Cumbre Mundial de la Infancia, celebrada unos meses después. Estas metas fueron aceptadas por la Conferencia Internacional sobre Nutrición, convocada por la FAO y la OMS, en 1992, destacando la promoción de la lactancia materna entre los ocho temas más importantes de la nutrición mundial. En 1994, La Cumbre sobre Promoción y Desarrollo recomendó la lactancia materna como herramienta para mejorar la salud materna y espaciar los embarazos. Un año después, en la Cumbre Mundial sobre Mujer y Desarrollo, celebrada en Beijin en 1995, se apoyó la necesidad de dar facilidades para la

lactancia a las mujeres trabajadoras. Fruto de estos esfuerzos, en el año 1999, la Conferencia Internacional de la OIT revisó el convenio de Protección a la Maternidad, consolidando el derecho a un permiso retribuido por maternidad para las mujeres trabajadoras y el derecho a intervalos pagados para amamantar durante la jornada laboral³³. A pesar de ello, muchos países no ratificaron este convenio y, de los que lo hicieron, pocos garantizan la cobertura universal; por lo que la maternidad continúa siendo una fuente de discriminación para el empleo y para el acceso al mismo (OIT, 2004).

Por otra parte, y con el fin de hacer realidad la meta operativa establecida en la *Declaración de Inocenti*, que pretendía que los servicios de maternidad se convirtieran en centros de promoción de la lactancia materna, en 1991 se presentó la estrategia *Iniciativa Hospital Amigo de los Niños* (IHAN), en el Congreso Mundial de Pediatría celebrado en Ankara (Turquía). La IHAN hace suyos los *Diez pasos hacia una feliz lactancia natural*, distinguiendo y reconociendo el esfuerzo de los hospitales y maternidades que modifican sus prácticas hospitalarias con la finalidad de incrementar las cifras de lactancia materna. Además de los Diez Pasos, que fueron evaluados para demostrar su eficacia en la mejora de las prácticas hospitalarias y en el incremento de la lactancia materna³⁴, se establecen los siguientes objetivos (incluidos en el plan de acción europeo):

- Permitir a las madres una elección informada de cómo alimentar a sus recién nacidos.
- Apoyar el inicio precoz de la lactancia materna.
- Promover la lactancia materna exclusiva los primeros seis meses.
- Asegurar el cese de donaciones o ventas a bajo coste de leches adaptadas a los hospitales.

³³ El primer Convenio sobre Protección a la Maternidad es fue aprobado en 1919. En el año 1952 se promulgó el Convenio N^o 103 que a su vez fue revisado el año 2000. El C183 Convenio relativo a la revisión del Convenio sobre la protección a la maternidad 1952 (entrada en vigor el 7/02/2002), fue adoptado en Ginebra en la 88^a reunión CIT (15/06/2000). Fuente /www.ilo.org/global/standards/lang-es/index.htm.

³⁴ En 1998 se publicó el documento *Pruebas científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural*. Este documento es el resultado de una revisión bibliográfica para identificar estudios publicados relativos a cada uno de los diez pasos, y el efecto sobre la lactancia de su aplicación en las instituciones de Salud. El propósito era “revisar las pruebas de la eficacia de los Diez Pasos, y servir tanto a la promoción como a la educación” (OMS, 1998).

- Añadir otros aspectos de atención a la madre y al niño en posteriores estadios.

Desde que se lanzó esta iniciativa, respaldada por UNICEF, se ha desarrollado y extendido en todo el mundo. Actualmente existen decenas de miles de hospitales acreditados o en proceso de acreditación para ser hospitales IHAN, en 150 países de todo el mundo, aunque también es cierto que existe una desigual implicación de los diferentes países: mientras que en algunos se ha conseguido el compromiso de prácticamente todo el sector de atención materno infantil, en otros no se ha conseguido la acreditación de ninguno de sus hospitales. En Europa, desde que en 1993 se reconoció al primer hospital con la distinción IHAN, han sido muchos los centros sanitarios que han seguido este camino

El programa IHAN se presenta a los hospitales como una oportunidad de mejora, ya que permite a los centros, a partir de la autoevaluación y de la evaluación externa, revisar sus prácticas, descubrir sus carencias y acometer medidas globales de mejora. El rigor de las evaluaciones y la satisfacción de los profesionales y de los usuarios son cada vez más valoradas por los gestores sanitarios, convirtiéndose el sello IHAN en una garantía de calidad. Tras la revisión de 2006, UNICEF y la OMS, dieron luz verde a la ampliación de objetivos de la IHAN, surgiendo entre otras la iniciativa Centros de Salud Amigos de los Niños (ICSAN), para que también la Atención Primaria de Salud pudiera comprometerse con el apoyo a la lactancia materna. Para acreditarse como ICSAN, los centros de salud deben cumplir con siete pasos.

SIETE PASOS PARA ACREDITARSE COMO ICSAN	
1	Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural conocida por todo el personal del centro.
2	Capacitar a todo el personal para llevar a cabo esta política.
3	Informar a todas las embarazadas y a sus familias sobre el amamantamiento y como llevarlo a acabo.
4	Ayudar a las madres al inicio de la lactancia y asegurarse de que son atendidas en las primeras 72 horas tras el alta hospitalaria.
5	Ofrecer apoyo a la madre que amamanta para mantener la lactancia materna exclusiva durante seis meses, y a continuarla junto con la alimentación complementaria posteriormente.
6	Proporcionar una atmósfera receptiva y de acogida a las madres y familias de los lactantes.
7	Fomentar la colaboración entre los profesionales de la salud y la comunidad a través de los talleres de lactancia y grupos de apoyo locales.
Además, y como requisito de obligado cumplimiento, los centros sanitarios deben acatar el CSLM y no deben obtener muestras o donaciones de leche gratuitas o de bajo precio.	

Fuente: www.ihan.es

Ya en el siglo XXI, y con el objetivo de que los gobiernos se impliquen en la elaboración de planes concretos de promoción de la lactancia materna basados en evidencias científicas, se aprueba por consenso la *Estrategia Mundial de alimentación del lactante y niño pequeño* (EMALNP) (OMS, 2003), en la 55^a Asamblea de la OMS, celebrada en mayo de 2002, y por la Junta Ejecutiva de UNICEF, unos meses después. El propósito, tal y como enuncia la propia estrategia en su artículo 6, “*es mejorar, a través de una alimentación óptima, el estado de nutrición, crecimiento y el desarrollo, la salud y, de este modo, la supervivencia de los lactantes y niños pequeños*”. Los objetivos específicos de la estrategia se centran en sensibilizar acerca de los principales problemas que afectan a la alimentación del lactante y niño pequeño, identificando intervenciones para su solución, en aumentar el compromiso de los gobiernos, y las organizaciones internacionales a favor de las prácticas óptimas de alimentación, y en crear un entorno propicio para que las madres,

las familias, y otros dispensadores de atención, adopten decisiones fundamentales.

La mayor parte de las recomendaciones de la EMALNP están dirigidas a mejorar los índices de lactancia materna, aceptada como la mejor forma de prevenir la malnutrición en zonas de riesgo. También reconoce que la lactancia es, en parte, un comportamiento aprendido y que hay que ofrecer a las madres un lugar donde poder aprender, protegidas de la publicidad de las casas comerciales. Además, recomienda a todos los centros de formación de agentes de salud que incluyan en sus planes de estudio contenidos en fisiología y técnica del amamantamiento, y que preparen a los futuros profesionales para mantener la lactancia en situaciones complicadas, así como promover el desarrollo de grupos de apoyo de madres y asesores especializados. Por último, responsabiliza a las empresas de supervisar las técnicas de comercialización de sus productos y del cumplimiento del CSLM. Dos años más tarde, como adaptación europea de la estrategia mundial, se presenta el texto *Promoción, protección y apoyo a la lactancia materna en Europa: un Plan estratégico para la acción* (OMS-Oficina Regional para Europa, 2004).

En el año 2010, la OMS publica el documento *Diez datos sobre la lactancia materna*, en el que se exponen de manera clara y sencilla, los múltiples beneficios de la lactancia materna, así como la importancia del apoyo a la madre lactante.

2.1.2. CONTEXTO EUROPEO, NACIONAL Y LOCAL

En el contexto europeo, aunque sensible a las recomendaciones e iniciativas internacionales promovidas por la OMS y UNICEF³⁵, no es hasta finales de la década de los años noventa del pasado siglo cuando se evidencia una preocupación por la protección y promoción de la lactancia materna, preocupación que se refleja en varios documentos relacionados con la salud pública. En 1999, en el *Programa Salud 21*, de la Oficina Regional para Europa de la OMS, se reconoce en el tercer objetivo, titulado “Iniciar la vida en buena salud”, la importancia de la lactancia materna para la salud y el bienestar físico

³⁵ Ejemplo de ello es que en 1991, la legislación Europea recoge las recomendaciones del CSLM (Directiva 91/321/CEE. Comunidad Europea 14 de mayo de 1991).

y psíquico de madres e hijos, y se establece la meta operativa siguiente: “lograr que el 60% de los niños europeos sean amamantados exclusivamente hasta el sexto mes de vida”.

En el año 2000, el proyecto *EURODIET*³⁶, recoge entre sus principales propuestas, la necesidad de aumentar la prevalencia de la lactancia materna en Europa y la recomendación de revisar las actividades de promoción existentes, incluyendo la reevaluación de la normativa comunitaria vigente sobre los sustitutos de la leche materna y los permisos de maternidad. Además se plantea la necesidad de desarrollar un plan de acción sobre lactancia materna. En diciembre de ese mismo año, el Consejo de la Unión Europea, en la *Resolución sobre Nutrición y Salud*, reconoce oficialmente la lactancia materna como una prioridad, lo que llevará a que se recoja la promoción de la lactancia materna y monitorización de la misma entre los objetivos del *Primer Plan de Acción para una política de Nutrición y Salud* de la Oficina regional para Europa de la OMS para 2000-2005. En mayo de 2000, se celebra en Estocolmo la Conferencia sobre monitorización de la lactancia materna, con el fin de aportar información y propuestas que sirvan de base a la recogida de información sobre este tema en la UE. La Conferencia concluye que los sistemas de recogida de información europeos sobre lactancia materna deberían ajustarse a las definiciones y recomendaciones metodológicas propuestas por la OMS.

El documento *Protección, Promoción y Apoyo a la lactancia materna en Europa: un plan estratégico para la acción* (PPLAM), resultado de un proyecto de investigación financiado por la Unión Europea en el que participan 28 países, fue presentado en Dublín por la Dirección General para la Salud y Protección del Consumidor de la Comisión Europea, en diciembre de 2004. Este documento, que recoge las recomendaciones de la EMALNP y las adapta a la realidad europea, reconoce la lactancia materna como una de las mejores herramientas para mejorar la salud de los niños, y trata de ofrecer a los

³⁶ El profesor Anthony Kafatos presenta en el marco de la primera reunión de la Red de Nutrición y Actividad física (1/07/2003) el informe Eurodiet, un proyecto que incide sobre las repercusiones de la ciencia y la política en la nutrición y alimentación para un estilo de vida saludable en Europa. Puede consultarse el informe en: http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/report01_en.pdf

gobiernos e instituciones europeas un marco que refuerce, coordine y garantice la continuidad de las iniciativas locales, regionales y nacionales para la promoción de la lactancia materna. El documento destaca que la prevalencia y duración de la lactancia materna en Europa está muy por debajo de las recomendaciones de la OMS y UNICEF, y también constata la distancia de la mayoría de los países europeos respecto a las metas y objetivos de las iniciativas internacionales. El plan estratégico se articula en torno a seis ejes:

1. Política y planificación: se precisan políticas nacionales completas basadas en la EMALNP e integradas en las políticas generales de salud, tendentes a desarrollar planes de acción a corto y largo plazo, con coordinadores cualificados y comités intersectoriales, y a destinar recursos humanos y financieros. Se anima a las asociaciones profesionales para que se impliquen y elaboren guías de prácticas basadas en las políticas nacionales.
2. Información, educación y comunicación (IEC): reconoce el derecho de los futuros y nuevos planes de recibir información correcta y óptima sobre alimentación, incluyendo una guía sobre alimentación complementaria segura y apropiada, como base para recuperar la cultura de la alimentación. También es necesario vigilar la distribución de material publicitario, siguiendo el CSLM
3. Formación: denuncia la presencia de lagunas en la formación de los profesionales sanitarios, por lo que recomienda revisar y desarrollar el contenido de la formación universitaria en lactancia materna, así como los libros de texto. También aconseja fomentar la formación continua, basada en la evidencia científica, y al margen de casas comerciales.
4. Protección, promoción y apoyo: declara que la protección a la lactancia materna pasa por la necesidad de respetar el CSLM en su totalidad, incluyendo mecanismos legales de control y sanción, para las violaciones al mismo. Reclama la promulgación de leyes que permitan a las madres trabajadoras amamantar exclusivamente hasta los seis meses y continuar más allá. Además, se debe garantizar el

apoyo a la lactancia con instituciones materno infantiles que desarrollen prácticas favorecedoras de la lactancia materna en la línea de la IHAN, y garantizar el acceso a servicios de ayuda prestados por profesionales cualificados, consultores y consejeras en lactancia, y grupos de apoyo de madres. Se debe proteger el derecho de las mujeres de amamantar cuando y donde ellas necesiten.

5. Control: los mecanismos de control y evaluación son imprescindibles para medir y comparar los índices de iniciación, duración y exclusividad de la lactancia materna utilizando indicadores y métodos estándares. También se deben evaluar las prácticas de salud, la implementación de políticas, la eficacia y cobertura de las actividades de información y educación, y la eficacia de la formación.
6. Investigación: propone estudiar el efecto de las prácticas publicitarias, de la legislación de la protección a la maternidad, así como el coste/beneficio, coste/eficacia y viabilidad de las diferentes intervenciones.

Como vemos, el plan aborda globalmente el problema de la lactancia materna, e igualmente establece medidas globales para solucionarlo a través de la actuación conjunta de los distintos niveles administrativos y sectores sociales.

En el año 2006, se publica el documento *Recomendaciones Estándar para la alimentación del lactante y el niño pequeño en la Unión Europea*, con el objetivo de complementar el PPLAM, y así:

- Disponer de un conjunto de recomendaciones comunes para toda Europa basadas en la mejor evidencia científica disponible.
- Conseguir directrices y prácticas comunes en todos los países que permitan compartir recursos, investigaciones, planes formación.
- Conseguir un conjunto común de datos que mejore el control y evaluación de los programas.
- Asegurar el cumplimiento de las prácticas promocionales y publicitarias de sucedáneos y productos de alimentación infantil.

Sometido el documento a revisión por multitud de expertos de diversos países europeos, las recomendaciones constituyen una guía completa para la alimentación del lactante y el niño pequeño desde la gestación hasta los tres años. Contiene apartados especiales para prematuros, situaciones que contraindican la lactancia, riesgos de no amamantar y recomendaciones para el uso apropiado y seguro de sucedáneos.

En relación a la situación en España, el gobierno ratificó el Código Internacional de Sucédáneos en el año 1992, por medio de Real Decreto 1408/92 (BOE de 13/01/93). Posteriormente esta legislación fue actualizada en 1996, a través del Real Decreto 1907/96 (BOE de 2/08/96) sobre publicidad y promoción comercial de productos, actividades o servicios con pretendida finalidad sanitaria. En la actualidad, los decretos vigentes relativos a la reglamentación técnico-sanitaria específica de los preparados para lactantes y preparados de continuación, así como la sobre los alimentos elaborados a base de cereales y alimentos infantiles para lactantes y niños de corta edad, fueron aprobados y publicados en el año 1998, mediante el Real Decreto 72/98 (23/01/1998) y el Real Decreto 490/ 98 (BOE 27/03/1998), respectivamente.

En 1999, se aprobó en el Congreso una Proposición No de Ley, instando al Ministerio de Sanidad y Consumo a proteger, promover, y apoyar la lactancia materna siguiendo los criterios de la OMS y UNICEF, utilizando para ello como instrumento al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Además se le pide al Ministerio que promueva y apoye el desarrollo de la IHAN en España, otorgando para ello los recursos necesarios.

La “Iniciativa Hospital Amigo de los Niños” nació en España en 1995, con la creación del Comité Nacional de la IHAN, en el que participaron representantes de UNICEF y de asociaciones científicas de los distintos sectores sanitarios. La “Iniciativa Hospital Amigo de los Niños”, pasó a denominarse en 2009, “Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia”³⁷. En España se acreditó al primer hospital IHAN en

³⁷ La traducción al español de la denominación en inglés *Baby Friendly Hospital Initiative*, han generado en nuestro país algunas controversias, que han motivado el cambio de significado de las siglas IHAN. El desacuerdo viene por parte de algunos hospitales y pediatras, que sienten malestar ante la consideración de que los centros no reconocidos puedan ser considerados enemigos de los niños. Además la nueva denominación apunta a un proceso de cambio global a favor de un inicio más cálido de la vida de los niños.

1997 y, a fecha de hoy, son ya 16 los hospitales galardonados y 36 los que están en proceso³⁸. Es cierto que el número de hospitales acreditados en España es bajo comparado con otros países europeos como Suiza, Alemania, Irlanda, Finlandia, Luxemburgo, Austria, Noruega o Suecia; pero también es cierto que el proceso de acreditación no es fácil, ya que para mantener su garantía de calidad, la IHAN es estricta en el cumplimiento de los diez pasos por parte de los hospitales. En la Región de Murcia contamos con un hospital galardonado con la distinción IHAN (Hospital Virgen del Castillo-Yecla), y un Centro de Atención Primaria en proceso de acreditación (Centro de Salud de San Antón-Murcia).

Actualmente la promoción de la lactancia materna forma parte de los planes de salud nacionales y autonómicos, incluida en la cartera de servicios comunes de Atención primaria de salud a todo el Sistema Nacional de Salud. En los servicios de atención a la mujer se incluyen, en la atención al embarazo y al puerperio, el fomento de la lactancia materna dentro de la educación maternal y la visita puerperal en el primer mes del parto para valoración del estado de salud de la mujer y el recién nacido. Además, en los servicios de atención a la infancia se incluyen la valoración del estado nutricional y la educación sanitaria. En el Servicio Murciano de Salud la promoción de la lactancia materna queda reflejada en el marco del PANA (Programa de Atención al niño y Adolescente), como actividad preventiva en los controles de salud realizados entre el primer mes y los 12 meses de vida del bebé³⁹.

Respecto a la legislación en materia laboral, en España el Estatuto de los Trabajadores (norma que indica el mínimo aplicable en los distintos convenios colectivos) prevé, en su artículo 37.4, un permiso retribuido de maternidad de 16 semanas, de las cuales las seis primeras tras el parto deben ser disfrutadas obligatoriamente por la madre. Si el parto es múltiple, el permiso

³⁸ También existen 26 Centros de Atención Primaria en proceso de acreditación. La información sobre los centros acreditados y los que están en proceso de acreditación, es publicada para su consulta y revisada periódicamente en la web oficial de la IHAN. www.ihan.es.

³⁹ El Programa de Atención al Niño y al Adolescente (PANA) se enmarca dentro de los programas preventivos y de promoción de la salud que se llevan a cabo en el ámbito de Atención Primaria de Salud. En él se contemplan una serie de intervenciones preventivas, fundamentalmente de prevención primaria y secundaria, dirigidas a mejorar la salud de la infancia y adolescencia temprana. Entre sus objetivos específicos está *“el incrementar el porcentaje de niños que inician la lactancia materna, al menos, en un 3% cada año respecto a la tasa del año anterior; y aumentar la duración hasta los 6 meses de edad, al menos, en un 5% más cada año respecto a la tasa del año anterior, a nivel de zona de salud”* (Espín y Cervantes, 2007, p. 16).

se amplía dos semanas más, y llega a veinte semanas para partos de trillizos. Además se establecen otros derechos, como son: la reducción de jornada por guarda legal, la excedencia voluntaria por cuidado de hijos, la reducción de una hora de la jornada para la lactancia, y la paralización del tiempo de desempleo durante la baja materna.

Estos derechos se recogen y amplían en la ley 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras (BOE 6/11/1999), y con la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva entre hombre y mujeres (BOE nº 71 de 23/03/2007). Esta última dedica el capítulo IV al derecho al trabajo en igualdad de oportunidades, en el se incorporan medidas para conciliar la vida personal, familiar, y laboral, se introducen mejoras en el permiso de maternidad, en el derecho a la reducción de jornada por guarda legal, y en el derecho a la excedencia tanto voluntaria como por cuidados de hijos.

Además de la legislación que protege los derechos de los trabajadores, también está la legislación en salud laboral, que debe proteger a la madre que amamanta de riesgos laborales que puedan interferir en la práctica del amamantamiento o poner en riesgo su salud y la de su bebé. La Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales, en su artículo 26 recoge la protección a la maternidad, y el Instituto Nacional de la Seguridad Social elabora las Notas Técnicas de Prevención (NTP) para que los técnicos en prevención puedan realizar las valoraciones de riesgos laborales en los puestos de trabajo. La NTP 664 sobre Lactancia materna y vuelta al trabajo, especifica las obligaciones de la empresa respecto a la mujer trabajadora en periodo de lactancia, así como las medidas de apoyo a aplicar en la empresa para evitar que la madre abandone la lactancia natural al reanudar el trabajo (flexibilidad horaria, pausas para amamantar o extraerse la leche, lugares acondicionados para la extracción de la leche, y consejo individual por parte del personal sanitario de los Servicios de Prevención de riesgos laborales).

En la Región de Murcia, el Servicio Murciano de Salud, publicó en 2008 (BORM nº 60 de 11/03/2008), unas medidas de protección de riesgos laborales para la madre lactante, en la que se aprueban las *instrucciones para la reubicación de las madres lactantes de hijos menores de nueve meses cuando*

el desempeño de su puesto de trabajo pueda afectar de forma negativa al estado de su salud o la de su hijo, y la tramitación de la situación “riesgo durante la lactancia natural”. El riesgo durante la lactancia natural, implica la suspensión del deber de trabajar de la madre lactante, en aquellos casos en los que la adaptación de las condiciones de trabajo o la reubicación no resulten posibles.

A pesar de los avances en la legislación para la protección de la maternidad, ésta sigue siendo insuficiente para hacer efectivo el derecho de las mujeres a ser madres sin menoscabar su futuro laboral, y de poder elegir la forma de alimentación más saludable para sus hijos. Todo ello teniendo en cuenta que el permiso retribuido de 16 semanas es realmente escaso para amamantar a un bebé de forma exclusiva hasta los seis meses tal y como se recomienda desde los organismos internacionales, y en comparación con otros países de nuestro entorno. En relación a los países europeos, España con 112 días para la madre y 15 días para el padre, se sitúa en el octavo lugar. A la cola quedan países como Turquía, Suiza (ambos con 112 días para la madre y 3 para el padre), Letonia (112 días para la madre, 10 para el padre), Chipre (sólo 112 días para la madre), Bélgica (105 días la madre y 10 el padre), Eslovenia (84 días para la madre y 11 para el padre) y Liechtenstein (sólo 56 días para la madre). Entre los países con un periodo de permiso retribuido por maternidad más largo se encuentran Suecia (con 480 días compartidos entre padre y madre percibiendo el 80% del salario hasta los 390 días) y Noruega (con 392 días al 80% o 322 días con el cien por ciento).

Por todo ello, se debe seguir fomentando políticas laborales (tanto en la empresa privada como en la administración pública) que hagan compatible la lactancia materna y el trabajo, para que la incorporación de la madre a su puesto laboral no implique necesariamente el abandono de la lactancia materna. Para poder trabajar sin abandonar la lactancia materna, la madre necesita información clara sobre cómo compaginar ambas, y sobre cuáles son sus derechos en materia laboral, así como apoyo familiar, social y laboral.

2.2. ACTUACIONES DE PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN RELACIÓN A LA LACTANCIA MATERNA

2.2.1. LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

La promoción de la salud constituye una estrategia fundamental que trata de capacitar al individuo para alcanzar un estado de salud y de bienestar óptimos, a través de actuaciones que mejoren los determinantes de la salud, como son los estilos de vida y los entornos saludables. En la Primera Conferencia Internacional de promoción de la salud celebrada en Ottawa se define como:

“Un proceso que permite a las personas y a los pueblos mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente” (OMS, 1986, p.1).

La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana incorporándose a su definición variables subjetivas y personales que tienen que ver con la satisfacción de las personas, es decir con la calidad de vida. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales superándose el carácter individual y patogénico de la salud (García, 2009). En base a una conceptualización de la salud teniendo en cuenta toda su complejidad (posee una vertiente objetiva y otra subjetiva, afectando a todas las esferas de la persona y a su entorno natural y social), y dinamismo (es cambiante y depende del universo simbólico de los individuos de una determinada sociedad y cultura), es desde donde tiene sentido hablar de educación para la salud como capacidad de acción individual y social para afrontar los problemas de salud y mejorar la calidad de vida de las personas. *“La educación para la salud está comprometida con la calidad de vida y promoción del bienestar físico, social o mental”* (Serrano, 1997, p. 27).

La educación para la salud, se presenta, por tanto como la herramienta fundamental para ejercer la promoción de la salud, es decir para adquirir aptitudes y habilidades que mejoren la capacitación individual y colectiva.

La OMS en el Preámbulo de su Constitución hace referencia al término educación sanitaria, y apunta que *“la difusión a todos los pueblos de los conocimientos adquiridos por las ciencias médicas, psicológicas y sociales es esencial para alcanzar el más elevado nivel de salud”* (OMS, 1960, p.1). Esta es considerada una de las primeras definiciones de la educación para la salud, aunque este término ya había empezado a utilizarse en los años veinte entendido como una actividad fundamental de la acción sanitaria.

Desde entonces, muchas son las definiciones que caben entre las clásicas consideraciones de la educación sanitaria como mera transmisión de informaciones relacionadas con la salud desde el profesional/ técnico a los individuos para evitar la enfermedad, definición individualista y prescriptiva, hasta las consideraciones de la educación para la salud más actuales y respetuosas con el individuo como ser autónomo, responsable e inmerso en una determinada realidad social. Un hecho importante en la conceptualización de la educación para la salud, fue la recomendación de la OMS, en el transcurso de una reunión del Consejo Ejecutivo en enero de 1974, de que fuera utilizado preferentemente el término más amplio de “educación para la salud” en detrimento del de “educación sanitaria” por considerar éste último más limitado. Este hecho coincide con el momento en que se pone de manifiesto el fracaso de las intervenciones biosanitarias frente a las nuevas causas de morbimortalidad, y comienza una reflexión importante en el ámbito de la salud y de la educación para la salud, buscándose fundamentos y respuestas en disciplinas como la antropología, la sociología, la pedagogía, la psicología y las ciencias de la comunicación.

Fruto de esa reflexión comienzan a aparecer elementos nuevos e interesantes en las definiciones; en relación a las características del proceso educativo, a la metodología, a la finalidad de la misma, y a la actitud de los destinatarios. Aunque no es fácil encontrar una definición universal de la educación para la salud, dado el carácter dinámico y cambiante en función del marco histórico social y cultural en el que se inscribe, se pueden extraer, a

partir de algunas de las definiciones más ampliamente aceptadas, como son las de la OMS (1983), Modolo (1988) y Rochon (1992), una serie de características que la configuran y delimitan.

La OMS en un informe de expertos titulado: Nuevos Métodos de educación sanitaria en Atención Primaria de Salud, define la educación para la salud como la:

“Combinación de actividades informativas y educativas que lleven a una situación en la que las personas deseen estar sanas, sepan cómo hacerlo, hagan todo lo posible individual y colectivamente para mantenerse sanas y busquen ayuda cuando la necesiten” (OMS, 1983, p.1).

Otra de las definiciones que consigue una amplia aceptación, por el esfuerzo que supone en unir los diferentes tipos de acción educativa para la salud en una única fórmula precisa y global, es la que realiza Rochon (1992), y que a su vez se basa en una definición previa establecida por Green y sus colaboradores (1980, p. 40):

“La educación para la salud es toda aquella combinación de experiencias de aprendizaje planificadas, destinadas a facilitar los cambios voluntarios de comportamientos saludables.”

Por último destacar la aportación que M^a Antonia Modolo hace a la conceptualización de la educación para la salud, destacando su carácter participativo y comunitario:

“La educación para la salud es un método de trabajo cuya finalidad es ayudar al individuo a tomar decisiones autónomas y responsables. (...) el objetivo de la Educación para la salud se expresa en términos de un valor de la comunidad que le ofrece la capacidad de de enfrentarse individual y colectivamente a comportamientos, a estilos de vida y medio ambiente, en un sentido participativo y amplio” (Modolo, 1988, p. 39).

Como elementos comunes a todas estas definiciones podemos establecer las siguientes características:

- Se define la educación para la salud como un *proceso*, remarcando el carácter continuo y en permanente construcción de la acción educadora en salud.
- Además supone un *método de trabajo* y, por tanto debe ser *planificada*. En educación para la salud no caben actuaciones improvisadas y aisladas, que no sean fruto de una reflexión sistemática previa
- Como proceso educativo, implica una *combinación* de actividades y *experiencias de aprendizaje*, resaltando el carácter complejo de los procesos de aprendizaje. Se destaca la necesidad de abordar los aprendizajes en salud desde la puesta en marcha de diversos métodos y desde la experimentación de diversas situaciones de enseñanza-aprendizaje, haciendo posible la integración de en la educación para la salud de aspectos cognitivos (conocimientos conceptuales- *saber*), afectivos (actitudes y valores- *deseen estar sanas*), conductuales (hacer individual) y sociales (hacer colectivo-capacidad de relación).
- El objetivo que se persigue es facilitar los *cambios voluntarios de comportamientos saludables*, es decir, hacer posible que las personas, de forma autónoma y libre, puedan mejorar su salud y la de su colectividad.
- El verdadero protagonismo de la acción educativa en salud, la tienen los sujetos destinatarios, que son quienes deben de ser capaces de *tomar decisiones autónomas y responsables* en “pro” de su salud y la de su comunidad. La participación y la capacitación en salud son elementos indispensables en la educación para la salud.
- La función de los educadores en salud es la de facilitar y hacer posible esos cambios. Esto implica un nuevo rol de los profesionales que ejercen de orientadores o facilitadores, desde una relación interpersonal horizontal, en la que se reconoce al individuo como ser capaz de tomar decisiones responsables y de conducir su vida de forma auténtica y en consonancia con sus valores, su cultura, y sus conocimientos y experiencias previas.

La educación para la salud, así entendida, tiene como finalidad la consecución de la mayor autonomía posible de la persona y la implicación de la misma en la sociedad concreta de la que forma parte. Hablar de educación para la salud desde un enfoque participativo, crítico y social, constituye una clara alternativa a las críticas formuladas a los fracasados modelos de educación sanitaria basados en los cambios de conducta individual. Como señala Terris (1980), es en la estructura socioeconómica donde se encuentran realmente el “tejido causal” de los nuevos patrones de morbimortalidad, por lo que si los principales problemas de salud son sociales, anteponerles programas educativos para conductas individuales no parece lo fundamental. Esta perspectiva concibe la educación para la salud como algo más que procesos informativos o persuasivos, potenciando la responsabilidad y la participación para el cambio social.

Enmarcada en este modelo, Serrano (1988), en su propuesta educativa de “participación y compromiso”, sitúa la educación para la salud en el marco de la *humanización*, es decir, de “*liberación de la persona en la sociedad concreta de la que es parte, y en la que actúa.*” La participación supone el elemento clave de su propuesta, y se basa en entender al grupo como agente de salud y verdadero protagonista, garantizando así la autenticidad del proceso y el compromiso en la acción.

“La educación para la salud es un proceso participativo porque hablar de educación significa hablar de la capacidad crítica para lograr una auténtica creatividad personal y social en todos los aspectos de la vida y en el específico de la salud. Este proceso trasciende la propia individualidad y lleva a interesarse además por todo cuanto no es uno mismo., por lo que nos compromete también con con el medio donde vivimos, al que hay que transformar y con el que mantenemos relaciones dialécticas” (Mazarrasa, 1996, p. 318).

Por tanto, hablar de educación para la salud significa hablar de promoción de la capacidad crítica, de autonomía y responsabilidad. Pero esta responsabilidad debe ser compartida por toda la sociedad, desde un marco global e interdisciplinar. La responsabilidad de la educación para la salud, debe

ser compartida por todas aquellas personas y colectividades que puedan incidir en la mejora de la calidad de vida de individuos y comunidades. Puede y debe practicarse sobre distintos ámbitos, siendo los fundamentales, el ámbito sanitario, educativo y comunitario. Estas premisas son las que deben ser tenidas en cuenta para la promoción de la lactancia materna y en las iniciativas educativas desarrolladas con esta finalidad.

En las últimas décadas, se han reconocido un gran número de investigaciones sobre la eficacia de la educación para la salud en la promoción de la lactancia materna, en las que se destaca que ésta debe realizarse de forma sistemática y planificada, e implicando a la sociedad en su conjunto.

Por ello, todos los sectores de la sociedad deben ser responsables y destinatarios de educación para la salud en relación a la lactancia materna: por un lado, los profesionales, por el deber que tienen de ofrecer información adecuada acerca de las ventajas que tanto para el niño como para la madre tiene la lactancia materna y asesoramiento eficaz en relación a la técnica de amamantamiento y a los obstáculos o dificultades que puedan surgir; por otro lado, las madres, para que una vez orientadas, aconsejadas y apoyadas, es decir, debidamente informadas, puedan elegir libremente cómo alimentar a sus hijos, y por último la sociedad en su conjunto para que se pueda recuperar la cultura del amamantamiento.

Para evitar perpetuar el círculo vicioso de la pérdida de la cultura de la lactancia natural y de los conocimientos asociados a ella se requieren esfuerzos educativos generalizados, globales y mantenidos en el tiempo, impulsados por toda la sociedad, en su compromiso con la lactancia materna.

La promoción de la lactancia materna dentro de los espacios educativos formales presenta muchas carencias, tanto en relación a la formación que se ofrece en las instituciones educativas que forman a los profesionales sanitarios (facultades y centros de formación profesional), como en las instituciones educativas dirigidas a la formación de niños y jóvenes.

La mayoría de niños y jóvenes no están acostumbrados a ver amamantar en su contexto cercano, perdiéndose la naturalidad de este gesto, por ello, se hace necesario que los centros educativos asuman la

responsabilidad de transmitir el conocimiento y la experiencia de la lactancia materna a los escolares. Lo cierto es que, lejos de recomendaciones, no se conocen muchas iniciativas de este tipo, bien porque no se desarrollan, o bien porque no se recogen en la literatura científica.

En el entorno social, también juegan un papel importante las campañas educativas a través de los medios de comunicación de masas. Aunque los medios de comunicación de masas, no son eficaces para cambiar comportamientos de forma duradera, sí han demostrado su eficacia en la sensibilización y toma de conciencia social ante determinadas realidades, así como para reforzar hábitos saludables ya adquiridos, sobre todo cuando se utilizan combinados o como complemento a otro tipo de intervenciones. En este sentido, las iniciativas de promoción de la lactancia materna, realizadas a través de la televisión, prensa escrita y de material impreso (folletos, carteles, guías) han resultado ser útiles, sobre todo, cuando se han realizado combinadas con otras iniciativas, ofreciendo al mismo tiempo formación y asesoramiento cercano y directo desde las unidades de salud o otras instancias con responsabilidad en educación para la salud.

Es preciso emplear todos los recursos educativos necesarios para pasar de la cultura del biberón a la cultura del amamantamiento, y conseguir que la lactancia materna sea vista socialmente como la forma natural y normal de alimentar a los bebés. La representación cultural de la alimentación infantil es actualmente la alimentación artificial, hecho que podemos evidenciar día a día en la imagen que ofrecen los medios de comunicación, en la representación del biberón como señal indicativa en las salas de lactancia, e incluso en las recreación que los niños y niñas hacen cuando juegan con sus muñecos. Es importante cambiar esto, porque la forma que la lactancia es apreciada y valorada por una sociedad influye en el éxito o fracaso de la misma.

2.2.2. INICIATIVAS DE PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

Las prácticas en los servicios de salud, tal y como lo evidencian los organismos internacionales en pro de la lactancia, son fundamentales para la promoción de la lactancia materna, tanto en las maternidades y hospitales

infantiles, como en los centros de salud de atención primaria. Para garantizar que sean favorables a ésta práctica, la UNICEF estableció la iniciativa IHAN que ha demostrado ser eficaz aunque seguida por muy pocos centros sanitarios. Entre sus prioridades, recogidos en los 10 pasos o criterios globales, (basados en el decálogo hacia una feliz lactancia natural) están: la capacitación de los agentes de salud y la información y formación a las madres durante el embarazo y tras el parto.

2.2.2.1. Capacitación de los profesionales sanitarios

La capacitación de los profesionales sanitarios en lactancia materna, aspecto al que la OMS dedica el segundo de los “Diez pasos hacia una lactancia materna exitosa”, es especialmente relevante, ya que éstos se encuentran en una posición privilegiada para influir en las decisiones y prácticas maternas. En las investigaciones sobre el conocimiento, las actitudes y las prácticas de los profesionales de salud sobre lactancia materna, y en particular de médicos, pediatras y obstetras, se han encontrado notables deficiencias (Aguilar Cordero, 2005), convirtiéndose en un grave obstáculo para la práctica del amamantamiento. Las carencias se encuentran tanto en estudiantes, como en residentes o profesionales ya formados, hecho que se explica por las graves deficiencias de la formación básica. No es raro encontrarnos profesores que presentan habitualmente conocimientos y habilidades inadecuados acordes con la inadecuación de los libros y manuales escritos por ellos mismos (Aguilar Cordero, 2005).

La formación básica y continua de los profesionales sanitarios, tanto para mejorar conocimientos y habilidades prácticas, como para conseguir actitudes más favorables, debería ser, y a veces es, una prioridad de las políticas de salud, teniendo en cuenta que éstos son los responsables del asesoramiento a las madres (directa o indirectamente):

“Los agentes de salud, no sólo deben conocer bien los aspectos sanitarios, nutricionales y fisiológicos de la correcta alimentación, sino que además deben estar familiarizados con la mecánica de la lactancia natural, sus diversas influencias psicosociales, las posibles dificultades que pueden oponerse a ella, así como la forma de superarlas. Pero,

naturalmente, no basta con poseer esos conocimientos, sino que también es preciso que dicho personal adopte una actitud positiva hacia la lactancia natural” (OMS, 1989, p. 9)

Difícilmente los profesionales sanitarios podrán ser agentes de promoción y apoyo a la lactancia materna, ofreciendo asesoramiento eficaz, si no profundizan en sus creencias y actitudes hacia el amamantamiento, más allá de conocimientos teóricos sobre las bondades de la leche materna. Recordemos que la mayoría de estos profesionales, han sido criados y educados bajo las ideas de la maternidad científica, ideas reforzadas posteriormente en muchas de las facultades y centros sanitarios. La pérdida de la cultura del amamantamiento ha afectado a la sociedad en su conjunto.

Por todo ello, se hace imprescindible la capacitación y la formación inicial y continua de todo el personal sanitario en contacto con madres y niños. Diversos estudios demuestran que los cursos de formación y capacitación a los profesionales son eficaces y sus efectos perduran en el tiempo (Wesphal, et. al., 1995; Valdés, et. al., 1995, Cattaneo, et. al., 2001). Pero no toda formación es válida, ya que sabemos que la mera información no es suficiente para cambiar comportamientos, por lo que se establecen cuáles deben ser los contenidos que deben ser abordados desde estos cursos. La formación debe abordar, además de los contenidos típicos sobre la fisiología de la lactancia y los beneficios de la misma, contenidos sobre la técnica correcta, los problemas que pueden acontecer y cómo solucionarlos, factores que la obstaculizan, así como la inclusión de técnicas de comunicación y asesoramiento para el apoyo a las madres desde actitudes menos paternalistas.

“Es evidente la necesidad de mejorar la capacitación, pero es preciso aprender mucho más sobre cómo ofrecer una capacitación eficaz y de alta calidad, incluyendo los contenidos y metodología, y las horas de docencia y de práctica clínica supervisada necesarias, en vez de limitarse a comparar formación con ausencia de formación” (OMS, 1998, p.18)

Además, esta capacitación, para ser efectiva, debe ir de la mano de políticas sanitarias y de iniciativas para cambiar las rutinas de los centros

sanitarios contrarias a la lactancia materna y crear así, un verdadero ambiente, favorable y sin contradicciones, de promoción del amamantamiento, independientemente de las decisiones finales, que corresponden a las madres. Pero todo ello requiere de la implicación de todos los sectores afectados: gestores sanitarios, personal docente de Universidades y centros educativos, asociaciones profesionales, y colectivos de usuarios.

Un recurso interesante son las guías clínicas sobre lactancia materna, basadas en evidencias científicas y que pueden ser un instrumento muy útil en la práctica tanto para profesionales como para no profesionales, aportando confianza en lo que hacen (lo que hago tienen una razón científica, sirve para algo, y sé cómo hacerlo).

2.2.2.2. Información, formación y asesoramiento a las madres

En relación a las iniciativas educativas dirigidas a las madres y su entorno familiar, destacamos aquellas que se realizan en atención primaria de salud antes y después del parto. La importancia de las actuaciones de promoción de la lactancia materna en las maternidades e instituciones sanitarias materno infantiles para asegurar un buen inicio de la lactancia y evitar abandonos precoces, ya ha sido suficientemente descrita en capítulos anteriores. Debemos insistir únicamente en la necesidad de mejorar la coordinación entre los dos niveles asistenciales, tanto para la formación y asesoramiento a los profesionales sanitarios, como para el abordaje precoz de los problemas de salud que puedan surgir en la lactancia y que frecuentemente finalizan con el abandono de la misma.

“Es preciso que todas las embarazadas y todas las madres puedan beneficiarse de actividades educativas y de formación sobre lactancia natural. Es fundamental que los consejos que se den a una mujer en esta materia estén adaptados personalmente a sus necesidades específicas, identificadas a partir del comienzo, tanto de la persona como de su entorno social” (OMS, 1989, p. 16).

La educación prenatal a las madres, se ha reconocido como una herramienta útil y eficaz en la promoción de la lactancia materna. Un

conocimiento teórico y práctico adecuado sobre lactancia materna está relacionado obviamente con mejores resultados en su iniciación, duración y exclusividad. Recordemos que la mayoría de las mujeres deciden la forma de alimentar a sus bebés antes o durante el embarazo (asociándose la decisión tardía al abandono precoz de la lactancia materna), por lo que las actuaciones prenatales realizadas en atención primaria de salud por matronas, médicos de familia, pediatras, y profesionales de enfermería, adquieren un papel relevante. Un estudio realizado sobre la valoración materna de las medidas prenatales de promoción de la lactancia natural, pone de manifiesto que las madres consideran como más importante en el éxito de su lactancia el consejo prenatal de su matrona (63,6%), el entorno familiar (13,6%) y en menor medida el pediatra del centro de salud (9%). Además, la asistencia a los cursos de preparación con la matrona era muy elevada en el grupo de madres que si lactaron. Esto evidencia el importante papel que conceden las madres a la matrona en el éxito de sus lactancias, en contra del escaso papel otorgado a otros profesionales (García Mozo, 2002).

Otro estudio de carácter cualitativo, realizado recientemente en Cambridge (Britton, 2007), expone algunos elementos sobre el tipo de formación y orientación que desean las mujeres en torno a la lactancia. En él se identificaron cinco componentes:

- Información acerca de la lactancia materna,
- Orientación eficaz y ayuda práctica sobre la posición del bebé para mamar.
- Sugerencias para el amamantamiento
- Reconocimiento de las experiencias y los sentimientos de las madres
- Apoyo y aliento.

Este hecho pone de manifiesto que las intervenciones dirigidas únicamente a informar a las madres sobre las bondades de la lactancia materna no son suficientes, y que es necesario incluir otro tipo de componentes prácticos y de apoyo a las madres, para que éstas, además de tomar una decisión informada sobre el tipo de alimentación de sus bebés, también puedan

hacer frente a las dificultades y barreras con las que se van a encontrar durante el proceso de lactancia.

Por otra parte, los primeros días de vuelta al hogar son fundamentales para la instauración y éxito de la lactancia materna, ya que supone un periodo crítico en el que surgen dudas y complicaciones, y en el que el apoyo y asesoramiento adecuados son fundamentales para evitar el abandono precoz de la misma. Sin embargo, aunque la educación prenatal está instaurada en todos los centros de atención primaria, no ocurre igual con la educación postparto. Las intervenciones educativas postnatales dirigidas al asesoramiento en lactancia materna, son escasas y presentan muchas deficiencias, además, después de consultar con algunas madres, mucho nos tememos que la visita puerperal protocolizada en atención primaria, no siempre se realice. Estas deficiencias llevan a la mujer, en el mejor de los casos, a buscar apoyos en su entorno comunitario al margen del sistema de atención a la salud, y en el peor de los casos a verse abocada al fracaso de su lactancia cuando las circunstancias le desbordan. Esta situación explica que, a pesar de las estrategias de promoción instauradas en nuestro país y de las altas cifras de inicio de la lactancia materna, las tasas de abandono de la misma sean elevadas en los primeros meses de vida del bebé.

2.2.3. INICIATIVAS DE PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA DE LA COMUNIDAD

Los servicios de salud no son los únicos que pueden desarrollar una labor de asesoramiento y apoyo a la lactancia materna. Actualmente las madres reciben ayuda de otras figuras comunitarias reconocidas, como pueden ser las doulas (acompañantes durante el periodo perinatal), las consejeras de lactancia o los grupos de apoyo a la lactancia materna. El asesoramiento y apoyo de otra madre con la suficiente formación y experiencia en lactancia materna presenta características que lo convierten en un importante recurso a tener en cuenta, ya que parten de una posición igualitaria y una vivencia compartida.

Tradicionalmente, los conocimientos y vivencias sobre el embarazo, parto y puerperio, eran transmitidos de madres a hijas, o entre mujeres de la

misma familia o entorno, por lo que no era necesario ningún otro tipo de apoyo emocional externo. Pero en la sociedad actual las redes de apoyo entre mujeres se han perdido o están muy debilitadas. Por un lado, la familia nuclear hace que sea una pareja sola la que afronte la etapa de maternidad; por otro lado, el aumento de la movilidad laboral, hace que la pareja está alejada de su familia o amigos más íntimos. Además las relaciones que, a menudo, las mujeres establecen con otras mujeres (a la salida de los colegios, o en los parques) son relaciones en las que no siempre cabe el compartir sentimientos, frustraciones, miedos o incertidumbres. En general, hoy en día las mujeres se enfrentan a la maternidad solas y sin referentes cercanos, dentro de una sociedad en que la maternidad está bastante desvalorizada y superficializada, en la que se habla más sobre la marca y modelo de cochecito a comprar, que de los sentimientos y vivencias asociadas al hecho de ser madre.

En este contexto, es en el que surgen las figuras comunitarias de acompañamiento en la maternidad y crianza, como necesidad para cubrir un vacío social existente. Las mujeres que ejercen estos roles, lo hacen bien de forma voluntaria sobre las bases de la solidaridad y el apoyo mutuo (madres consejeras voluntarias y grupos de apoyo), o de forma profesionalizada, como trabajo remunerado claramente diferenciado del rol del profesional sanitario, puesto que ellas ofrecen acompañamiento y apoyo emocional y no atención sanitaria (doulas y consejeras o asesoras acreditadas en lactancia).

2.2.3.1. Doulas o acompañantes de la maternidad

Las doulas son mujeres, en su mayoría madres, que acompañan a otras mujeres durante la maternidad. Su labor fundamental consiste en dar soporte, tanto físico como emocional, durante el parto y el puerperio. La doula colabora con la embarazada para que ésta viva su embarazo de forma consciente, e informa de las distintas opciones de parto posibles, respetando los hábitos de cada familia y ajustándose a sus preferencias. Durante el parto, acompaña a la mujer tanto si se desarrolla en casa como si se ha elegido dar a luz en el hospital, y procura para la nueva familia el trato que desean, haciendo de intermediaria entre la madre y los profesionales de salud. En ningún caso, realiza funciones clínico asistenciales propias de los profesionales sanitarios

especialistas en la atención al parto, ni suplanta el papel de otros acompañantes como puede ser el padre del futuro bebé, sino que trabaja junto a ellos, facilitando el proceso. En el puerperio, su trabajo dependerá de lo que la familia requiera. Básicamente, el acompañamiento que hace la doula durante los primeros días tras el nacimiento del bebé, y especialmente tras la llegada del hospital, consiste en proveer a los padres de la información necesaria para el establecimiento de la lactancia, actitudes que favorezcan el desarrollo físico y emocional del bebé, tranquilizando, resolviendo las dudas y calmando las inquietudes de los nuevos padres, con atención especial a la madre. En resumen, el papel fundamental de la doula es proporcionar confianza y bienestar continuo antes, durante y después del parto.

La figura de la doula no es nueva. En casi todas las culturas a través de la historia, las mujeres han estado rodeadas y cuidadas por otras mujeres durante el parto. Representaciones artísticas del parto a través del mundo, generalmente muestran a un mínimo de dos mujeres apoyando y rodeando a la parturienta. Una de estas mujeres es la partera, quien es la responsable de brindar al bebé y a la mamá una experiencia segura y la otra u otras mujeres que están junto a la madre, son las que la apoyan y la reconfortan. La doula moderna es una manifestación de esa mujer o mujeres que se encuentran al lado de la madre (www.dona.es).

La antropóloga Dana Raphael (1973) fue la primera persona que, empleó este término, que proviene de la antigua Grecia (que significa esclava o sierva de la mujer), para referirse a mujeres experimentadas que ayudaban a las futuras madres en el crianza de sus bebés (www.doula.es). Investigadores médicos como M. Klaus y J. Kennell (2002) extendieron el empleo de este término a ayudantes prenatales y durante el parto. En Estados Unidos surgieron los primeros grupos de doulas en la década de los años 60 del pasado siglo y hoy la doula ya es una figura acreditada y reconocida a todos los niveles.

Diversos estudios científicos muestran las ventajas de contar con una doula durante el parto y el puerperio, así un estudio de revisión sobre once trabajos que evalúan la influencia de las doulas sobre el desarrollo del parto, ponía en evidencia que la presencia de la doula reducía significativamente la

duración del trabajo de parto en el caso de madres primerizas, reducía el uso de medicación y reducía el número de intervenciones y cesáreas. Además, uno de los estudios demostró que el apoyo de la doula llevaba a que las mujeres tuvieran una lactancia más prolongada, una autoestima más elevada, menor índice de depresión puerperal, estuvieran felices con sus bebés y se sintieran más seguras para cuidar de ellos. En los casos en que hubo doulas presentes, los padres ofrecieron un mejor apoyo a sus parejas (Klaus; Kennell, 1997).

La demanda de una doula que acompañe a la madre durante el embarazo, parto y/o posparto, aunque todavía es poco conocida en nuestro entorno, aumenta cada año en todo el mundo. También aumentan los cursos de formación ofertados para capacitar a las doulas (aunque no existe una formación reglada que otorgue un título o acreditación oficial), así como las redes y encuentros nacionales e internacionales de mujeres dedicadas a este oficio. En 1992, se gesta *DONA Internacional*, que actualmente cuenta con más de 6000 miembros alrededor de todo el mundo. En 2007, se crea la *Red europea de Doulas*, que entre sus actividades cuenta con la preparación de encuentros para compartir experiencias entre doulas de toda Europa. También en España existen redes de doulas que se juntan de manera periódica para compartir experiencias e inquietudes, y hacerse visibles socialmente.

2.2.3.2. Consejeras en lactancia:

Las consejeras en lactancia son mujeres, generalmente madres, que ayudan a otras madres en el arte de amamantar. Para designar esta función social, se utilizan indistintamente los términos de monitoras, asesoras o consejeras en lactancia. Utilizamos este último término por ser el que más aceptación y reconocimiento tiene a nivel internacional.

La consejería en lactancia materna supone una herramienta para facilitar y apoyar a las madres que desean amamantar con el fin de conseguir lactancias exitosas, en las que la duración de la misma sea una decisión entre la madre y su bebé. La consejería consiste en aportar la información oportuna en el momento adecuado, resolver dudas, reflexionar y acompañar, facilitando la escucha y el entendimiento acerca de cómo se sienten las madres y transmitiendo apoyo y respeto hacia las decisiones que ellas toman. Para

realizar un buen trabajo de consejería en lactancia es necesario aprender a escuchar y evitar dar consejos. (García Roldán, 2009). Prestar ayuda eficaz a una mujer que desea amamantar requiere, además de conocimientos sobre el proceso de amamantamiento, dominar las técnicas de comunicación y relación de ayuda, puesto que éstas configuran la clave del éxito de las habilidades de consejería.

RELACION DE AYUDA/ CONSEJERÍA COMUNITARIA	
Se basa en:	Etapas del proceso:
1. Ayudar a la persona a captar y hacer frente a sus problemas con realismo	La acogida/ establecimiento de la relación
2. Ayudar a la persona a ser agente y no paciente de su propio proceso de cambio	Clarificación o definición del problema
3. Ayudar a la persona a considerar varias posibilidades de ver la realidad	La confrontación o reestructuración
4. Ayudar a la persona a poner en práctica nuevos comportamientos	Establecimiento del plan de acción/ Facilitar el cambio
5. Ayudar a la persona a comunicar y a abrirse a otros estableciendo contactos	Despedida/ separación
6. Ayudar a la persona a encontrar sentido a su situación	Evaluación del proceso
Estrategias de comunicación eficaz en la relación de ayuda/ consejería	
Observación	Ver más allá de las palabras, captar el verdadero problema.
Escucha activa	Hacer preguntas abiertas, escuchar más que hablar, no dar consejos o recetas mágicas, no temer los silencios.
Dominio comunicación verbal	Utilizar un lenguaje sencillo, claro y coherente
Dominio comunicación no verbal	Adoptar posturas y gestos de interés y escucha
Autenticidad	Coherencia entre el lo que se dice y se hace. No asumir otros roles (profesional sanitario, familiar, etc.)
Respeto	Respetar la diversidad de opiniones, creencias y decisiones, no emitir juicios ni utilizar frases enjuiciadoras, desarrollar el deseo de empatizar

Fuente: elaboración propia a partir de García Roldan (2009) y Cibanal (2010)

Entre las personas que desarrollan habilidades de consejería en lactancia están: las madres voluntarias asesoras, las monitoras de la Liga de la Leche y consejeras (acreditadas o no acreditadas por la IBLCE).

Las madres voluntarias son madres experimentadas, que han amamantado o amamantan todavía, y que ofrecen apoyo y asesoramiento individual o en grupo a otras madres, de una forma altruista. Generalmente la ayuda prestada por estas madres, se hace dentro del marco de los grupos de apoyo a la lactancia materna, y en base al apoyo mutuo (madres que en su momento recibieron ayuda, posteriormente y con experiencia, ayudan a otras madres que lo necesitan). Dentro de este grupo de madres voluntarias, encontramos mujeres con distintos niveles de formación y compromiso, e incluso mujeres que se han acreditado para realizar esta función de consejería. Un caso concreto son las monitoras de la Liga de la leche, madres que han amamantado a sus hijos y que, tras recibir formación en habilidades de consejería de lactancia, ofrecen información y apoyo emocional a las madres lactantes.

La formación de consejeras comunitarias de lactancia (*peer Counselor*), fue iniciada por la Liga de la Leche internacional (LLI)⁴⁰, para formar a mujeres dentro del contexto comunitario. En los programas de consejo entre iguales para la lactancia materna, la persona que ejerce el rol de consejera se define como un miembro de la comunidad social o cultural, elegida por su estilo de vida saludable y experiencia de amamantamiento y por su capacidad para ayudar a los demás y obtener su respeto. Posteriormente, en la década de los años ochenta, la Liga de la Leche Internacional, con el objetivo de lograr un reconocimiento de las mujeres voluntarias y proporcionar un título que identificara su competencia de manera que pudieran realizar un trabajo que pudiera ser remunerado, desarrolló un amplio programa de formación para monitoras experimentadas. Así, se creó un comité para facilitar el desarrollo de los criterios de formación en este nuevo campo. Un grupo de sesenta expertos, con profundos conocimientos en lactancia materna y procedentes de diversos lugares, se involucraron en el desarrollo de las normas, las competencias, y el campo de actuación de las Consultoras en Lactancia Certificadas.

⁴⁰ La Liga de la Leche es una organización internacional no gubernamental sin ánimo de lucro, fundada en 1956, con el fin de ofrecer información y apoyo a las madres que desean amamantar a sus hijos. La Liga de la Leche es miembro del Consejo de Organizaciones No-Gubernamentales de UNICEF y mantienen relaciones de trabajo con la OMS. Es, además, miembro fundador de la Alianza Mundial a favor de la lactancia materna (WABA). www.laligadelaleche.es.

El Consejo internacional para la Acreditación de Consultores en lactancia (IBLCE, International Board of Lactation Consultant Examiners) nació en 1985, como organismo sin ánimo de lucro independiente de la LLI, para acreditar a las personas que quieran aconsejar en lactancia materna. Entre sus objetivos figuran:

- Establecer las normas que protegen a las madres y sus bebés.
- Evaluar de forma independiente la capacidad profesional.
- Permitir el reconocimiento de las habilidades en esta área.
- Incentivar a los profesionales de la salud para ampliar su experiencia en lactancia materna.
- Reconocer la necesidad de contar con especialistas en lactancia materna dentro de las diferentes profesiones.
- Elevar los niveles de atención y cuidado en el control y seguimiento de la lactancia.
- Proteger, promociona y apoya a la lactancia materna como la prioritaria en la alimentación infantil de todo el mundo.

Las personas que completan con éxito el proceso de acreditación son reconocidas con el título de Consultora en Lactancia Acreditada por el Consejo internacional (IBCLC)⁴¹. El IBLCE, define a la persona consultora en lactancia como “personal paramédico que posee los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para facilitar la lactancia materna”, pudiendo ejercer esta labor como profesión remunerada de forma liberal o para instituciones sanitarias, en función de las leyes y políticas sanitarias de cada país.

2.2.3.3. Grupos de apoyo a la lactancia materna (GALM)

Los GALM son grupos en los que las madres se juntan con el objetivo de actualizar y mejorar los conocimientos sobre el inicio y mantenimiento de la

⁴¹ Para conseguir la credencial, se han de acreditar un mínimo de horas como asesora de lactancia materna, presentar cartas de recomendación, justificar un mínimo de horas de cursos de perfeccionamiento en lactancia y haber superado con éxito un complejo examen. En España contamos con aproximadamente medio centenar de personas acreditadas con el IBLCE, acreditación que dura cinco años, pasados los cuales ha de renovar su título mediante perfeccionamiento académico o realizando un examen nuevamente. www.iblce-europe.org/.

lactancia materna. Esta experiencia les proporciona, desde el apoyo mutuo, herramientas eficaces para conseguir lactancias exitosas (García Méndez, 2010).

Hay una gran diversidad de grupos en cuanto a su origen y funcionamiento. El nacimiento y constitución de un GALM suele surgir del deseo de un pequeño grupo de madres que disfrutaban amamantando, que tienen una experiencia positiva de la lactancia y conocen las dificultades que pueden interferir en la lactancia, a veces porque las han padecido ellas mismas. Por ello, se embarcan en la tarea de fomentar la lactancia materna apoyando a otras madres. Otros grupos cuentan desde su inicio con la ayuda de profesionales o instituciones sanitarias, que impulsan su creación y desarrollo. En la mayoría de grupos se cuenta con una o varias mujeres, que con mayor experiencia y formación, ejercen una función de liderazgo o asesoramiento dentro del grupo, desarrollando habilidades de consejería en lactancia materna.

Estos grupos, basados en el apoyo mutuo y ayuda entre iguales, se diferencian claramente de otras iniciativas de promoción y apoyo de la lactancia materna dentro del contexto sanitario, como pueden ser los talleres de lactancia. En ellos existe un profesional sanitario que lidera el grupo desde su rol de experto, ofreciendo consejo profesional.

2.2.4. EFICACIA DE LA AYUDA MADRE A MADRE

La literatura científica demuestra que las madres que reciben información y apoyo de otras madres, bien por promotoras de lactancia o por grupos de apoyo, han amamantado por más tiempo y de modo más exclusivo que las madres asesoradas sólo por profesionales (Morrow, et. al., 1999) (Sikorski, et. al., 2002) (Chung, et. al., 2008). Estos apoyos a menudo resultan ser más eficaces que los de los profesionales de salud porque cuentan con una mayor competencia, experiencia, y suelen adoptar una actitud menos paternalista, dedicando más tiempo a las madres.

Los primeros estudios que avalan la importancia de la ayuda madre a madre se realizaron en la década de los años setenta del pasado siglo comparando grupos de madres lactantes que se reunían con la Liga de la

Leche, con otro grupo de madres que no tenía este apoyo. La socióloga Alice Ladas (1970) pudo demostrar que las mujeres que se reunían tenían más confianza en ellas mismas, beneficiándose de recibir una información adecuada, así como apoyo individual y en grupo. Posteriormente, un estudio transversal (Meara, 1976), realizado en Estados Unidos, encontró que las madres afiliadas a la Liga de la Leche tenían más probabilidades que las no afiliadas de dar el pecho a demanda en el hospital (60 frente a 29%) y de retrasar la introducción de la alimentación complementaria hasta los 4 o 6 meses (87 frente a 31%). Otros estudios similares avalan la eficacia del apoyo por parte de promotoras y consejeras de lactancia sobre la exclusividad y duración de la misma. La asistencia y el apoyo de promotoras de lactancia se asociaron significativamente con la lactancia materna exclusiva y con un aumento de duración de la misma.

En el informe *Pruebas científicas de los diez pasos hacia una feliz lactancia natural* (OMS, 1998), se describen hasta nueve estudios, publicados entre 1991 y 1998, que evalúan el apoyo por consejeras o promotoras de salud de la comunidad, a veces en conjunción con profesionales de la salud, y otras veces como intervención aislada. Prácticamente todos los estudios hallaron un aumento de la lactancia materna exclusiva o parcial, medida hasta los seis meses después del parto. Especialmente relevantes son las investigaciones de Burkhalter y Marín (1991) y Leite y cols. (1998). El primero estudiaba grupos de madres de diversa procedencia en Chile que recibían apoyo prenatal y posnatal, concluyendo que a los seis meses los grupos de intervención tenían tasas significativamente más altas de lactancia materna completa. El segundo estudio realizado en Brasil, indicaba que las promotoras de la comunidad aumentaban las tasas de lactancia materna al mes. Este mismo informe, concluye afirmando que:

“Es urgente estudiar con mayor detalle el potencial de los grupos de madres y promotoras comunitarias. Puede que sean más capaces que los servicios de salud de ofrecer la ayuda personal y frecuente que las madres necesitan para aumentar su confianza y superar las dificultades. Posiblemente, una combinación de apoyo día a día por la comunidad, respaldado por una atención especializada en los servicios de salud

cuando sea necesario, podría ser más eficaz que cualquiera de ellos por separado” (OMS, 1998, p. 85).

De esta afirmación, se destaca la necesidad de impulsar investigaciones de calidad que pongan de manifiesto el papel que estas figuras comunitarias ejercen sobre la promoción de la lactancia materna. También evidencia la necesidad de promover intervenciones coordinadas entre los servicios de atención a la salud materno infantil y los grupos de madres y promotoras comunitarias de lactancia, ya que es probablemente la combinación de apoyo prenatal, hospitalario y postnatal desde los diversos sectores (sanitarios, educativos y sociales), la clave del éxito de la promoción de la lactancia materna.

En los últimos años se han desarrollado una serie de revisiones sistemáticas y meta- análisis sobre apoyo al amamantamiento que refrendan todas estas conclusiones y alientan a la realización de más investigaciones al respecto para mejorar las tasas de lactancia materna. La revisión Cochrane, realizada por Britton y colaboradores en 2007, analiza la eficacia de los distintos proveedores de apoyo (profesionales, iguales, o combinación de los anteriores) sobre la lactancia materna. La revisión identifica 34 estudios procedentes de 14 países, y concluye que el apoyo combinado ofrecido por profesionales y legos resultó ser eficaz para prolongar la lactancia materna, y reduce significativamente la interrupción de la lactancia, especialmente en los primeros dos meses. Otro estudio, publicado en 2009 (García y Esparza), y que tenía por objetivo evaluar el efecto sobre la prevalencia de la lactancia materna de las intervenciones iniciadas en atención primaria de salud, mediante una revisión sistemática previa, concluye diciendo que las intervenciones combinadas previas y posteriores al nacimiento y con apoyo de personal diferente al sanitario podrían ser las más beneficiosas. En este estudio se evidencia que el apoyo de personal no sanitario (consejeras de lactancia) aumenta de forma significativa el porcentaje de cualquier tipo de lactancia materna. Los mayores efectos se asocian a mayor duración de la lactancia materna.

Por último, un meta-análisis realizado recientemente sobre la eficacia de los programas de apoyo a las madres con intención de lactar sobre la exclusividad y duración de la lactancia materna, establece que los programas de apoyo ejecutados por personal lego (asesoras en lactancia, consejeras comunitarias, etc.) resultan eficaces sobre la duración de la lactancia materna exclusiva. En base a los resultados hallados, establece como programa de apoyo ideal una combinación de medidas educativas y de apoyo emocional, ejecutado por profesionales de la salud adecuadamente formados y personal lego, estructurado en sesiones individuales, grupales y visitas domiciliarias postnatales (García Méndez, 2010).

CAPÍTULO 3. LOS GRUPOS DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA COMO INICIATIVAS DE PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA DE BASE COMUNITARIA

Los Grupos de Apoyo a la Lactancia Materna (GALM) surgidos espontáneamente en un marco de ayuda mutua entre mujeres, son definidos como pequeños grupos de embarazadas o madres que amamantan (o han amamantado) que se reúnen periódicamente para compartir experiencias, apoyo e información sobre la lactancia materna (Tesone, 2001). Estas iniciativas se enmarcan dentro de lo que conocemos como “grupos de ayuda mutua en salud”.

Los grupos de ayuda mutua (GAM) y el movimiento asociativo en el ámbito de la salud (AS), constituyen un sector que ha conseguido una presencia importante en los últimos años, de tal manera que ya no es posible describir el sistema de atención a la salud sin hacer referencia al ámbito asociativo. Estos grupos, muestra de la participación comunitaria en salud, aparecen como necesidad sentida y expresada por la propia comunidad, y como respuesta a un vacío no cubierto por los servicios profesionales. Además suponen una nueva forma de entender la salud individual y colectiva, presentándose como alternativas potenciales a la medicalización imperante de la vida y un camino hacia la autogestión de la salud.

La OMS pone de manifiesto la importancia de los GAM como iniciativas de participación comunitaria. El reconocimiento de la necesidad de implicación de la propia comunidad en la salud es mencionado de forma recurrente en las Conferencias Internacionales de Promoción de la Salud derivadas del cambio de enfoque que supuso la Conferencia de Alma Atá de 1978, hacia modelos de atención de la salud comunitarios y participativos.

Bajo la denominación de GAM, y compartiendo unas características comunes (reciprocidad, horizontalidad y apoyo mutuo) encontramos diversidad de grupos con problemáticas diferentes y que reúnen a colectivos diversos. Entre los problemas más frecuentes que dan lugar a los GALM, podemos distinguir:

1. Grupos cuyo eje gira en torno a una enfermedad crónica o de larga duración, y que reúnen a afectados o familiares de los mismos.
2. Grupos de personas que comparten una misma adicción.
3. Grupos de personas que viven situaciones especiales de crisis personal y familiar.

Los GALM, estarían enmarcados en este tercer grupo, y se constituyen para mejorar las condiciones personales y sociales de las madres que comparten una vivencia o situación común: el amamantamiento y la crianza, obteniendo beneficios para ellas, sus bebés y sus familias, y constituyendo un valioso recurso para la comunidad.

3.1. PROMOCIÓN DE LA SALUD, CAPACITACIÓN Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD

3.1.1. EL NUEVO ENFOQUE DE ATENCIÓN A LA SALUD: LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Tradicionalmente, la atención sanitaria se ha caracterizado, por una práctica centrada en la enfermedad y en el individuo como ser aislado del contexto social donde vive. Los grandes avances científicos y tecnológicos, acontecidos desde los inicios del siglo XX, propiciaron un modelo de atención a la salud biomédico, fuertemente especializado y tecnificado, y basado en las grandes infraestructuras hospitalarias. Este modelo que había resultado ser válido hasta el momento, comienza en la década de los años setenta a ser puesto en cuestión, dejando paso a un nuevo modelo centrado en la salud y en la promoción de la misma. Fruto de la aceptación de este nuevo enfoque se empieza a gestar una reorganización de los servicios sanitarios hacia una atención integral y continua dirigida tanto a los individuos como a la colectividad y el medio ambiente.

Una serie de factores, relacionados con la salud y las condiciones sociales en las que se desarrolla la vida de las personas, son los que influyeron y siguen influyendo, en este cambio de enfoque. Nájera (1996) destaca tres factores que, a su modo de ver, más han contribuido al movimiento de promoción de la salud:

1. Mejor conocimiento de los factores que intervienen en el proceso de salud y enfermedad, unido a los cambios en la morbi-mortalidad de las poblaciones desarrolladas. El reconocimiento de la multicausalidad y la interrelación de los diferentes factores que intervienen en los procesos de salud-enfermedad, junto a las nuevas patologías predominantes, obligó a reconsiderar la importancia de los factores sociales en los problemas de salud. Como menciona García (2000, p. 21):

“Una vez vencidas las enfermedades infecciosas, se ha puesto de manifiesto que la mayor parte de los problemas a los que se

enfrenta la salud no dependen tanto de la medicina como de los factores socio ambientales y de los hábitos comportamentales de las personas.”

2. Gran desarrollo de la tecnología médica, con la consiguiente elevación del gasto sanitario. La creación de grandes infraestructuras hospitalarias y el enorme desarrollo de la industria biomédica de diagnóstico y tratamiento, trajo consigo un aumento insospechado en el gasto sanitario, que a su vez no se correspondió con una mejora en la salud de las poblaciones, ni con una mayor satisfacción de los usuarios de los servicios de atención a la salud. En la actualidad nos enfrentamos a otro tipo de problemas de salud en los que la respuesta no se encuentra en la ciencia o en la atención sanitaria (o por lo menos no únicamente) y en los que los factores socioculturales y los hábitos de vida son decisivos.

3. Llamada de atención de la OMS a sus países miembros sobre la necesidad de hacer un nuevo planteamiento de los servicios de salud. La OMS, conciente del fracaso del modelo biomédico, y preocupada por la necesidad de reestructurar los servicios sanitarios y por hacer accesible a toda la población al menos los elementos básicos de la atención sanitaria, desarrolló un nuevo enfoque en sus políticas sanitarias. Resultado de este nuevo enfoque elaboró la *“Estrategia Mundial Salud para Todos para el año 2000”*. La Trigésima Asamblea Mundial de la Salud, decide en mayo de 1987, que:

“El principal objetivo de carácter social para los gobiernos y para la OMS durante los próximos decenios es conseguir, de aquí al año 2000, que todos los habitantes del mundo tengan acceso a un nivel de salud que les permita desarrollar una vida productiva social y económicamente” (MSC; 1987, p.1).

El objetivo *“Salud para todos en el año 2000”*, se convertiría un año más tarde en el lema de la *I Conferencia Internacional de Atención Primaria*, celebrada en la ciudad de Alma-Ata, en 1978. La Declaración de Alma-Ata subraya que todo el mundo debe tener derecho a la salud, y se centra en el

desarrollo de la Atención Primaria de Salud como base de los sistemas sanitarios. Caracterizada por la equidad, la participación de la comunidad y los costes permisibles, la Atención Primaria de Salud por la cercanía al usuario, supone el espacio óptimo para la promoción de la salud y la educación para la salud, influyendo en la planificación de las políticas y programas que afectan a la salud de la comunidad.

Un hito importante en la evolución de estas ideas fue la presentación por el Ministro de Sanidad de Canadá, de un informe sobre “Nuevas perspectivas de salud de los canadienses” elaborado tras una investigación promovida por el Ministerio de Sanidad de Canadá (1974)⁴². En el que se conoce como informe Lalonde, se reconocía que el sistema de asistencia sanitaria no era el factor único, ni el más importante, en la determinación del estado de salud de la población. A los factores clásicos de la biología y el tipo de asistencia sanitaria, se unen con la misma importancia el medio ambiente y los estilos de vida. Además se pone de relevancia que, a excepción de la biología humana, el resto de factores pueden ser objeto de modificación humana, siendo este hecho uno de los pilares fundamentales de la promoción de la salud y de la educación sanitaria, cobrando gran importancia la contemplación de los estilos de vida como aspectos esenciales de la salud.

“La gran mayoría de los graves problemas de salud que acechan con especial violencia en las sociedades más desarrolladas (...) tienen su origen en los comportamientos y modos de vida de la gente” (Costa y López, 1986, p. 200).

A partir de este momento, se abre un amplio debate en torno a los factores determinantes de la salud y comienza a gestarse el nuevo enfoque de la atención a la salud centrado en la promoción de la salud, motor de posteriores conferencias internacionales. En el modelo de atención a la salud emergente el centro se desplaza de la salud a la enfermedad, de lo individual a lo comunitario, de lo público a lo colectivo, de lo central a lo local, y de lo especializado a lo integral (López, 2000). Comentaremos brevemente cada una

⁴² En 1973 en el informe Political and Economic planning Report (PEP) sobre los servicios sanitarios británicos, ya se afirmaba que los servicios de salud no eran el único factor que influía en la salud de la población, y que otros (vivienda, alimentación, nivel de vida) podían ser más importantes.

de estas características, las cuales describen, en parte, este nuevo enfoque de la atención a la salud:

3.1.1.1. De la cultura salud a la cultura enfermedad:

Superado el concepto de salud como ausencia de enfermedad, la atención a la salud no puede seguir organizada en torno a la misma. El nuevo paradigma de la salud obliga a que la promoción y el fomento de la salud se sitúen en el centro del sistema, pero este hecho supone un importante cambio conceptual y metodológico no exento de dificultades.

“Al colocar la salud en el centro del sistema toda la estructura anterior se tambalea. Es posible que aquí radique la dificultad para asumir este modelo, pues no hay que ocultar que la “estructura anterior” no sólo está construida con esfuerzos científicos y actuaciones bienintencionadas con lógicos intereses creados. Cambiar tiene unas consecuencias importantes para la industria sanitaria, el protagonismo médico, etc.”
(López, 2000, p. 28).

Hoy día vemos como conviven el modelo patogénico con el modelo salutógeno. La demanda de gran parte de la población, inducida por el tipo de oferta que desde el sistema se ha venido realizando, reproduce y legitima, aunque cada vez con menor fuerza, el modelo patogénico de atención a la salud.

“Probablemente la cuestión no consista tanto en eliminar el modelo patogénico que, sin duda, sigue siendo aplastantemente mayoritario en nuestra sociedad a pesar de la mutación de las perspectivas teóricas sobre salud, como de reducir los efectos de su aplicación al marco que le corresponde en la restauración de las condiciones técnicas de salud.”
(García, 2000, p. 35).

3.1.1.2. De lo especializado a lo integral

La tecnificación y la alta especialización de las ciencias médicas han llevado a una atención a la salud fuertemente despersonalizada que, a pesar de los altos costes económicos, no ha dado una respuesta adecuada a los

problemas de salud de las personas, y a su vez ha fomentado, en parte, una mayor dependencia de los profesionales sanitarios por parte de los usuarios.

“La especialización centrada fundamentalmente en la enfermedad desde una perspectiva organicista, lleva de manera inevitable a una visión fragmentada del individuo y a un olvido del carácter integral de la persona” (López, 2000, p. 32).

Entendiendo la salud de forma holística y con toda su complejidad (incluyendo todos los elementos que la configuran: lo mental, el bienestar, el funcionamiento social, el equilibrio personal, la calidad de vida, etc.), se abre paso un nuevo enfoque de la atención a la salud de carácter integral e interdisciplinar, donde cobran protagonismo otros sectores sociales además del sector sanitario.

3.1.1.3. De enfoque individualista al enfoque comunitario:

El enfoque individualista de los problemas de salud ha demostrado ser insuficiente, entre otras razones, porque la mayoría de los factores que inciden en la salud y calidad de vida de las personas se sitúan fuera de la propia persona.

“La salud y la enfermedad no son acontecimientos que ocurran exclusivamente en el espacio privado de nuestra vida personal. La calidad de vida, el cuidado y promoción de la salud y la muerte misma, acontecen en el denso tejido social y ecológico en el que transcurre la historia personal” (Costa y López, 1986, p. 179).

Con el nuevo enfoque, se pasa del individuo y la población como objeto de investigación y atención sanitaria, a la comunidad como sujeto con el que trabajar en “pro” de la salud, entendiendo a la comunidad como grupos humanos socialmente cohesionados ligados por hábitos, historias, culturas o situaciones comunes. Se trata de cambiar a la población receptora de servicios por la población como grupos sociales actores de su propia configuración de la salud. Tal y como plantea Serrano (1989), la salud individual debe abordarse

dentro un grupo humano, que se siente partícipe y agente de la calidad de vida de todos.

3.1.1.4. De lo público a lo colectivo

En el marco de los llamados estados de bienestar, la salud es considerada un derecho fundamental de los ciudadanos, y por consiguiente una responsabilidad del Estado. Así es reconocido en el artículo 43 de nuestra Constitución (1978), y en las posteriores legislaciones sanitarias estatales y autonómicas que hacen efectivo este derecho.

Hoy día podemos hablar de una crisis de los estados de bienestar, en la que se cuestiona el papel altamente intervencionista y paternalista del Estado, y en la que los ciudadanos reclaman un mayor protagonismo en la resolución de sus problemas vitales. Esta tendencia, se observa tanto en países con políticas sanitarias conservadoras, como en países en los que se han desarrollado Sistemas Nacionales de Salud. Un exponente claro de estas tendencias se encuentra en el estudio sobre la prensa local de EEUU, realizado por Naisbett en 1996 y citado por López (2000). Según los resultados de este trabajo, posiblemente extrapolable a todo el mundo occidental, en la sociedad estadounidense se aprecia:

- Una preferencia acusada por la creación de redes informales en lugar de potenciar los canales institucionales
- Un movimiento de fomento de la ayuda mutua y el autocuidado frente a la ayuda institucionalizada
- Una valoración negativa de la forma de participación que representa la democracia formal y una búsqueda de nuevos espacios participativos
- Una corriente a favor de la descentralización
- Una apuesta por ampliar la gama de opciones que den cabida a las distintas singularidades.

En este contexto, adquiere especial relevancia la conceptualización de la salud como proceso de construcción social, en la que todos somos

responsables. La sociedad demanda una mayor participación en la gestión y control para la satisfacción de las necesidades básicas, y desde este sentir, van surgiendo movimientos asociativos que desde lo local se organizan para dar respuesta a los problemas de la vida cotidiana, y en concreto a las necesidades de salud. No obstante, la participación y la responsabilidad comunitaria en salud, nunca puede convertirse en la justificación para que los poderes públicos se desentiendan de su responsabilidad frente a la salud de los ciudadanos. Hablamos, por tanto de una corresponsabilidad, ya que para hacer efectivo el derecho a la salud y su promoción, serán necesarias políticas públicas que velen por la calidad de vida en condiciones de equidad y en entornos saludables.

“Es necesario el establecimiento de políticas que apoyen y refuercen la acción educativa para la salud en el terreno de base del desarrollo de los recursos humanos y económicos a ella destinados, de la investigación, de la creación de sistemas de control de las actividades realizadas y de la vigilancia y la intervención en el ámbito estatal como comunitario” (García, 1998, p.16).

3.1.2. LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN LAS CONFERENCIAS INTERNACIONALES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

En 1986, y tomando como punto de partida la Conferencia de Alma-Ata, se celebró en Ottawa la primera *Conferencia Internacional de Promoción de la salud*, la cual se centro en la promoción de la salud como “forma de alcanzar la salud para todos”. Se define la promoción de la salud como *un “proceso de capacitación de la población con el objetivo de incrementar el control sobre su salud y mejorarla.”* Fruto de esta conferencia, se redacta la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, documento que señalaba la necesidad de:

- Desarrollar políticas que apoyen la salud, a partir de la voluntad política de todas las instituciones y sectores implicados.
- Crear ambientes favorables, teniendo como base la relación que existe entre el individuo, la comunidad y su entorno.

- Reforzar la acción comunitaria, favoreciendo que la propia comunidad ejerza el control de sus propias iniciativas y actividades.
- Adquirir y desarrollar aptitudes o habilidades individuales a partir de la información y la educación para la salud.
- Reorientar los servicios de salud y la capacitación de los profesionales hacia las nuevas demandas de la sociedad.
- Mirar al futuro con una aproximación holística y ecológica, desarrollando el principio de solidaridad individual y colectiva.

En la Carta de Ottawa se establece un doble compromiso, de una parte, el de reorientar a los profesionales y a los servicios sanitarios hacia la acción comunitaria y, de otra parte, el de potenciar los recursos humanos existentes en la comunidad como la ayuda mutua, el apoyo social y los grupos comunitarios que capacitan a las personas para ejercer mayor control sobre su propia salud y para la toma de decisiones más adecuadas en las diferentes etapas de la vida. Además se pone de relieve la importancia de una acción concreta y eficaz de la comunidad en el establecimiento de prioridades en materia de salud, la adopción de decisiones y la planificación de estrategias y su implantación con el fin de mejorar la salud. También se reconoce la importancia de los factores sociales en los problemas de salud causados por los estilos de vida y se señala el compromiso de los participantes en tomar medidas para eliminar las desigualdades entre las distintas sociedades y dentro de ellas.

En 1988, en la ciudad de Adelaida (Australia), tuvo lugar la 2^a *Conferencia Internacional de Promoción de la Salud*, continuándose el debate en la misma dirección que en la anterior conferencia, e insistiendo en la necesidad de una mayor participación y colaboración de todos los sectores implicados en la promoción de la salud. En ella se hace mención específica a la necesidad de que organizaciones no profesionales entre las que se citan los GAM, participen en la toma de decisiones en salud. Dos años más tarde, en Sundsvall (1991) se celebró la 3^a Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, centrada en la preocupación por el medio ambiente. En ella se subrayó

la relación entre la salud y el medio físico, y la necesidad de comprender y responsabilizarse colectivamente de los problemas ambientales.

La 4^o Conferencia Internacional de Promoción de la Salud (Yakarta, 1997), fue la primera que se celebró en un país en desarrollo y en la que se dió participación al sector privado. La 4^a Conferencia se celebró en un momento crítico ya que habían transcurrido veinte años desde que se proclamara el objetivo “Salud para todos”, y era un buen momento para reflexionar sobre el pasado, sobre las directrices emprendidas respecto a la promoción de la salud, y enfrentarse al futuro, a los desafíos del nuevo siglo. Así la Declaración de Yakarta⁴³, señaló las estrategias necesarias para resolver las dificultades de la promoción de la salud en el siglo XXI. Se establecieron como prioridades:

- Promover la responsabilidad social para la salud.
- Incrementar la inversión para el desarrollo de la salud.
- Consolidar y expandir la colaboración para la salud.
- Aumentar la capacidad comunitaria y “empoderar” al individuo.
- Consolidar una infraestructura para la promoción de la salud.

Para que la promoción de la salud pueda responder a los nuevos desafíos son necesarias nuevas respuestas, nuevas formas de acción en las que se combinen las acciones gubernamentales y las no gubernamentales, en las que se movilice todo el potencial de todos los sectores sociales y de las comunidades.

“La promoción de la salud se hace por y para la gente, y no les es impuesta. Ella mejora la capacidad de los individuos para actuar y la capacidad de los grupos, organizaciones y comunidades para influir en los determinantes de la salud. Mejorar la capacidad de las comunidades para la promoción de la salud requiere educación práctica, práctica del liderazgo y acceso a los recursos. Empoderar a los individuos exige un acceso real y constante al proceso de decisión y a las herramientas y conocimientos esenciales para efectuar el cambio” (OMS, 1997, p. 4).

En 1998, la Asamblea Mundial de la Salud (51^a edición), se reúne con el objetivo de revisar las políticas sanitarias a escala mundial para el siglo XXI dando lugar a la aprobación, por la Oficina Regional Europea, de “21 objetivos para el siglo XXI”, fundamentados en tres pilares básicos:

- La salud como derecho fundamental.
- La equidad y la solidaridad entre los habitantes y los países.
- La participación social y la responsabilidad individual, familiar, grupal, comunidad e instituciones.

Teniendo como referentes; la conferencia de Yakarta y los objetivos de salud para el siglo XXI, se celebró en junio de 2000, en la ciudad de México, la quinta conferencia mundial de promoción de la salud: “*Promoción de la salud: hacia una mayor equidad.*” La finalidad de dicha conferencia fue evidenciar la aportación realizada por las estrategias de promoción de la salud en la mejora de la salud y la calidad de vida de las personas. El programa técnico se estructuró en seis sesiones técnicas para abordar seis áreas, de las cuales destacamos dos: la promoción de la responsabilidad social en salud y el fortalecimiento de la capacidad de las comunidades y el empoderamiento del individuo. En el documento técnico de esta conferencia se apuntaba que el fortalecimiento de la capacidad de las comunidades es el aspecto central de la promoción de la salud y vía para la responsabilidad social en salud. Para fortalecer la capacidad de las comunidades es imprescindible, por un lado el acceso a la información y la formación, y por otro lado el control de la misma en la toma de decisiones, siendo el papel de los agentes externos el de facilitadores de dicho proceso. Se destacaba, también, la dificultad de los profesionales sanitarios para comprender las nociones y el verdadero alcance de la promoción de la salud basada en la comunidad y se resaltaba el papel de la mujer, y de las iniciativas colectivas promovidas por ellas, en el desarrollo de la salud comunitaria. Así, se sostenía la necesidad de:

“Asegurar que las mujeres tengan voz en los procesos decisorios y apoyar su participación podría tener un impacto considerable en la promoción eficaz de la salud” (OMS; 2000, p. 21).

Por último, se concluyó reconociendo que la promoción de la salud sigue siendo hoy día una estrategia pertinente y eficaz para el desarrollo social, y recomienda, entre otros asuntos, el desarrollo de recursos humanos y la creación de redes y asociaciones para el apoyo mutuo y el desarrollo personal.

En la Sexta y última conferencia de promoción de la salud, celebrada en Bangkok y titulada “Los determinantes de la salud en relación con las políticas y las alianzas para la acción sanitaria” (agosto de 2005), la OMS se reafirma en la utilidad y valor de las iniciativas de promoción de la salud y su contribución a la salud y al desarrollo humano. El principal resultado de la Conferencia fue la adopción de la Carta de Bangkok para el Fomento de la Salud en un Mundo Globalizado, así como el consenso logrado entre los participantes respecto a las futuras tendencias de la promoción de la salud. La Carta de Bangkok confirma la necesidad de centrar la atención en la promoción de la salud para abordar los determinantes de la salud e identificar las medidas requeridas. Sus cuatro compromisos clave consisten en hacer de la promoción de la salud:

- un componente primordial de la agenda de desarrollo mundial
- una responsabilidad esencial de todo el gobierno
- un objetivo fundamental de las comunidades y la sociedad civil
- un requisito de las buenas prácticas empresariales

En esta conferencia se vuelve a insistir en la importancia del papel de la comunidad y la participación de la misma en la toma de decisiones

“Las comunidades bien organizadas y empoderadas saben determinar muy eficazmente su propia salud, y pueden instar a los gobiernos y al sector privado a rendir cuentas sobre las repercusiones sanitarias de sus políticas y prácticas” (OMS, 2006, p. 2)-

El debate en torno a las políticas de salud y la promoción de la salud, se mantiene abierto, tal y como se refleja en las últimas Asambleas Mundiales de la Salud. Las conferencias internacionales, nos sitúan en un nuevo concepto de promoción de la salud y de educación para la salud que, comprenden a su vez las nociones de participación comunitaria, capacitación y desarrollo social. En

este marco la educación para la salud como proceso para capacitar a los individuos y colectividades en la toma de decisiones y en la planificación de estrategias, se convierte en un elemento clave de la acción comunitaria, de la participación y de la capacitación en salud individual y colectiva.

3.1.3. PARTICIPACIÓN COMUNITARIA, CAPACITACIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD

La participación comunitaria y la capacitación en salud son, tal y como hemos visto, una preocupación constante de la OMS y se hace alusión a ellas en los diferentes documentos sobre políticas sanitarias elaborados por organismos internacionales, así como por como los diferentes países y regiones. En este punto, se hace necesario, y máxime cuando se asume con cierta rapidez un concepto nuevo, una cierta reflexión en torno al propio concepto de participación y a los elementos que la configuran: quién, cómo, cuánto y para qué de esa participación.

El termino participar procede etimológicamente del latín “participare” que significa “tomar parte en una cosa”. Por otro lado, entendemos por comunidad a un grupo humano que comparte ciertos intereses, a la estructura que vincula a los individuos en su vida cotidiana al contexto socioeconómico más general. Por tanto entendemos la participación comunitaria, como un proceso social en el que grupos específicos, que presentan necesidades compartidas y que viven en un área geográfica definida, identifican activamente sus necesidades, toman decisiones y establecen mecanismos para conseguir satisfacerlas (Rifkin citado por Hernández y Colomer, 2006).

Este concepto de participación comunitaria, enmarcado claramente en un enfoque crítico, y fuertemente influenciado por Freire⁴⁴, parte de la idea de que la salud es el resultado de procesos de conocimiento y elección, en los que los profesionales sanitarios son un elemento más, y no el más importante, del proceso. La finalidad de la participación es la distribución del poder en la toma

⁴⁴ La figura de Freire ha tenido una importante repercusión en el campo de la educación para la salud y de la participación comunitaria a nivel internacional. Su enfoque educativo dialógico y emancipador, situado en una perspectiva crítica, se plantea el problema de la humanización del hombre negada por la injusticia y la opresión. Su visión de la educación queda reflejada perfectamente reflejada en su obra *Pedagogía del oprimido* (Freire, 1983).

de decisiones y supone un importante factor de éxito en las intervenciones sanitarias a nivel comunitario (Modolo, 1989).

Aunque podemos hablar de una cierta unanimidad en la consideración de los beneficios de la participación en salud y de la consiguiente necesidad de implicar a los ciudadanos en las actuaciones que influyen en la salud, también es cierto que hoy en día conviven diferentes estilos o formas de entender dicha participación, que van desde la mera consulta a la comunidad hasta el control absoluto de la misma en todas las etapas del proceso. Una de las formas para identificar el estilo de participación, consiste en analizar el papel que cada uno de los protagonistas (gestores, técnicos/profesionales, ciudadanos) desempeña en dicho proceso. De esta manera, en función del grado de protagonismo de la propia comunidad, distinguimos diferentes niveles de organización o participación de la comunidad (Rootman y Cox, 1987, citado por García, 2009):

- Planning social: basado en la movilización de la población como recurso para la utilización efectiva de los recursos. Las comunidades acceden a los servicios sanitarios y sociales mediante la intervención de los expertos, quienes identifican los problemas prioritarios y establecen los medios para solucionarlos.
- Desarrollo local/ comunitario: se basa en el autodesarrollo económico y social de las comunidades, mediante el establecimiento de empresas, cooperativas o grupos de ayuda mutua trabajando colaborativamente para la solución de los problemas. El proceso puede partir de los servicios públicos o de la comunidad.
- Acción social: resalta la necesidad de la acción colectiva, generada por medio de la educación y la información social, y del apoyo mutuo comunitario para resolver los problemas sociales. Se trata de organizarse para negociar con las autoridades del lugar la solución a los problemas de salud detectados y luchar así por la defensa de los derechos. Se basa en la distribución de poder y la capacidad de influir en las decisiones que afectan a la comunidad.

Estas tres formas de implicación de la comunidad no tienen por qué ser excluyentes, e incluso pueden formar parte de un mismo proceso, pero son el

desarrollo local y la acción social, las que mejor conectan con la idea de capacitación y participación comunitaria en salud desarrolladas hasta ahora.

La participación se aprecia así como el acceso real de las personas a las decisiones que les afectan individual y colectivamente, en cada ámbito (incluido el de la salud). La participación en el ámbito de la capacitación, no es la posibilidad de dar una opinión, sino verdadera corresponsabilidad y capacidad de los grupos humanos para gestionar los asuntos que les competen. El mismo Consejo de Europa sobre educación y desarrollo comunitario, ya en 1986, ponía de manifiesto la importancia de la participación activa de la comunidad y la contribución de la educación para una verdadera capacitación comunitaria, exponiendo que:

- las iniciativas locales representan un medio privilegiado para dar respuesta a las necesidades sociales (en salud) y de emergencia en una nueva dinámica de desarrollo;
- tales iniciativas no tienen garantías de supervivencia salvo si apelan ampliamente a la participación consciente de los interesados, considerando así a los miembros de la comunidad como protagonistas de su propio futuro;
- esta “participación consciente de los interesados” debe ser resultado de una dinámica caracterizada por posibilitar la toma de decisión racional por parte de los interesados en los marcos sociales y culturales en las que tales decisiones resultan significativas.

Aquí adquiere todo su sentido la educación para la salud como herramienta formativa y educativa para que las personas puedan dotarse de las capacidades y competencias necesarias que posibiliten una participación real y consciente, que les ayude tanto en la identificación de los problemas de salud como en la toma de decisiones más adecuadas para solventarlos, así como en la posibilidad de organizarse para gestionar sus propios proyectos de desarrollo comunitario que incidan en una mayor calidad de vida de todos los sectores sociales. Llegamos, así, al significado capacitador de la acción socioeducativa para la salud, considerándola como un apoyo a los ciudadanos y las comunidades, y en la que su finalidad última es la reconstrucción del tejido

social a través de la creación y consolidación de las estructuras, redes y asociaciones comunitarias (agentes de salud, escuelas de padres, aulas de la tercera edad, etc.).

“La clave de la acción socioeducativa para la salud capacitadora es contribuir a la reconstrucción del tejido social (...) desarrollando intervenciones y estrategias en el propio contexto social que produzcan efectos positivos sobre la salud y el bienestar, mediante la generación de cambios positivos en la salud y en el ajuste psicosocial de esas comunidades, especialmente allí donde se detecta que se produce un rechazo o un no acceso a los servicios de salud ofrecidos por profesionales o instituciones” (Gracia, 1997, citado por García, 2009, p. 110).

La capacitación, por su parte, es definida como un proceso de *“acción social mediante el que los individuos actúan para adquirir el control de su vida en un contexto de cambio de su entorno social y político”* (Wallerstein y Bernstein, 1994, p. 42). El término “capacitación” tiene su origen en la Psicología Comunitaria, inspirado en las corrientes de pensamiento que se articulan sobre las relaciones de poder y dominación (Alinsky, 1946; Freire) nace desde la constatación de que las poblaciones desfavorecidas tienen mayores dificultades para el acceso a los servicios públicos sociales que les permitan alcanzar el bienestar. La capacitación es entendida como una transferencia de poder a quienes carecen de él, por lo que para estos colectivos va a suponer la posibilidad de responsabilizarse de sus asuntos y mejorar su bienestar y calidad de vida. Lord y Hutchison (1993) establecen cuatro postulados como base a la noción de capacitación:

1. Los individuos comprenden sus necesidades mejor que nadie
2. Cada cual posee elementos sobre los que construir
3. La capacitación es asunto de toda una vida
4. La experiencia personal y el saber son válidos y útiles para ejercer su poder y mejorar sus condiciones de vida

Pero debemos tener en cuenta que la capacitación no es sólo una mejora de la autoestima y la eficacia personal sino que además y sobre todo la capacitación tiene una dimensión dinámica y comunitaria, existiendo un continuum entre lo individual y lo comunitario. La capacitación de los individuos se realiza en un contexto dado en el que la toma de conciencia de su situación conduce a las personas a identificarse con un grupo con el que comparte problemas comunes. La suma de las capacidades desarrolladas por los individuos y los grupos genera una comunidad capaz de promover el cambio social. A su vez, una comunidad o una organización, democráticamente gestionada que consigue alcanzar un mejor control de su destino, aumentará las capacidades individuales de las personas comprometidas con la acción (García, 2009, p. 102)

Desde esta visión, la capacitación confiere consistencia a la acción educativa para la salud, haciendo posible que ésta esté sólidamente asentada en las realidades en las que opera, al permitir a los colectivos sociales avanzar en la construcción de nuevas condiciones sociales más acordes a sus necesidades. La promoción de la salud y la educación para la salud se configuran como procesos de dotación de recursos personales y comunitarios destinados a potenciar la autonomía y la capacidad de acción social que genere a su vez cambios sociales y políticos. Pero, esta visión no está carente de conflictos ideológicos y dificultades en su aplicación. Por un lado se presenta la dualidad de su finalidad como cambio individual o cambio estructural y, por otro lado, se plantea el interrogante sobre el protagonismo y la responsabilidad de cada uno de los actores del proceso: los ciudadanos, los profesionales, y los poderes públicos. El peligro reside, bien en reducir la capacitación a la posibilidad de elegir por sí mismos los mejores servicios disponibles para así reducir el sentimiento de impotencia, o bien en trasladar toda responsabilidad a los grupos, sin dotarlos de recursos ni conocimientos.

Para los profesionales también es difícil situarse en el grado de implicación y transferencia de poder. Según Labonté (1994), podemos identificar hasta cuatro niveles de implicación posible de los profesionales en el desarrollo de las capacidades organizativas y de acción de las comunidades:

1. La prestación de servicios: prestar cuidados lo más respetuosamente posible a los individuos y como paso previo a para un trabajo posterior con la comunidad.
2. El desarrollo de pequeños grupos: generar vínculos entre individuos para crear sentimientos de pertenencia grupal. La tarea del profesional es la de iniciar estos grupos, apoyarlos y fortalecerlos.
3. La organización comunitaria: ayudar a las personas a organizarse para que puedan definir por sí mismas aquellos problemas que conciernen a toda la comunidad. El profesional aquí, se enfrenta con la dificultad de saber con qué comunidades trabajar y qué tipo de relación mantener con ellas.
4. La acción política y la creación de alianzas: implicación para el cambio social, para conseguir derechos sociales o cambio de leyes injustas. Los profesionales aquí pueden participar proporcionando información, o implicándose como miembros de una organización, participando en el proceso de mejora de las condiciones de vida de una determinada parcela de la realidad social de salud. Llegamos así al concepto de capacitación de los profesionales

En este punto, y para resolver el dilema de la transferencia de poder y conocimiento, aparece la Investigación-Acción Participativa como una propuesta interesante dado que insta a un reparto del saber y, por tanto, a reducir la distancia entre el profesional y el grupo (Cox y Rootman, 1987; Rains y Ray, 1995; García, 1998). La investigación- acción, defiende la participación en el aprendizaje en común, donde reflexión, acción y teorización forman parte del mismo proceso y se producen como consecuencia de un diálogo entre sujetos iguales. Ello no implica que los conocimientos de los participantes sean los mismos que los de los investigadores, sino que son perfectamente compatibles con la generación de nuevos conocimientos que sirvan al aprendizaje de los implicados (comunidad de aprendizaje). De esta manera, sitúa al profesional investigador en la función de mediador en la búsqueda de recursos colectivos para la acción autónoma de los participantes (García, 2004). Por tanto,

“La I-A colaborativa busca, la creación de grupos y de sujetos conscientes y comprometidos en cambiarse a sí mismos y sus prácticas sociales, o lo que es lo mismo, capacitados. Con ello se intenta conseguir que las personas se hagan más conscientes y más críticas en su intervención en los procesos de cambio histórico, y que actúen colaborativamente, como sujetos conscientes que dirigen sus esfuerzos hacia la mejora social” (García, 2009, p.129).

3. 2. LOS GRUPOS DE AYUDA MUTUA EN EL ÁMBITO SANITARIO

3.2.1. ORÍGENES Y CONCEPTUALIZACIÓN

Los GAM y AS son formas asociativas que se sitúan entre la auto-atención doméstica y el ámbito institucional de la salud, creando (sobre todo los GAM) formas horizontales de ayuda recíproca y espacios de autocuidado y auto-atención, como alternativa a los grupos primarios que tradicionalmente desempeñaban estas funciones (familia, vecindario, etc.) (Canals, 2003).

“La ayuda mutua es tan antigua como la humanidad y ésta ha estado siempre presente como patrón identificativo y modelador, desde la tribu, el poblado, la aldea, la familia, pasando por comunidades religiosas, círculos, o sindicatos, hasta llegar al Estado benefactor o finalmente al Estado de Bienestar” (Yela, 1997, p. 407).

Con el desarrollo de las sociedades capitalistas basadas en la competitividad y no la cooperación, la disminución de las solidaridades naturales o primarias, y la situación de crisis vivida por los estados de bienestar, se genera la necesidad de suplir estos espacios y, por ésta necesidad se gestan los GALM.

Entre los factores de aparición de éstas iniciativas destacamos:

- Los cambios socio demográficos: entre los que señalamos tres grandes fenómenos; los movimientos migratorios de las zonas rurales a las urbanas, la transformación de las relaciones familiares y vecinales relacionadas con la aparición de las grandes urbes, y la incorporación de la mujer al trabajo asalariado abandonando en muchos casos su rol hegemónico de cuidadora en el ámbito doméstico.
- El debilitamiento de las estructuras cuidadoras tradicionales, junto a la aparición de nuevos problemas y situaciones de salud- enfermedad que precisan de conocimientos y habilidades que no están disponibles en la tradición cuidadora del grupo familiar y su red social.

- Aumento de la incidencia de ciertas patologías, así como la supervivencia de las personas que las sufren, en las que los factores ambientales y socioculturales son decisivos, y ante las cuales la medicina hegemónica presenta grandes limitaciones.

Todo ello ha generado nuevas necesidades sociales que han llevado a algunas personas de la comunidad a agruparse y organizarse para mejorar sus condiciones y circunstancias personales y sociales en relación a su salud y su calidad de vida.

“Para la sociedad actual los grupos de autoayuda son una de las puertas más importantes para acceder a la solución de problemas reales que ella misma genera, particularmente en orden a la salud de los miembros, y entendida ésta, con toda su riqueza” (Yela, 1997, p. 408).

El fenómeno de los GAM nace en EEUU donde aparece el primer grupo de Alcohólicos Anónimos, en junio de 1935, cuando dos médicos de Ohio decidieron darse apoyo para dejar la bebida y fundan Alcohólicos Anónimos. Poco después en 1937, se funda en Illinois, “Recovery”, asociación de ayuda mutua para enfermos mentales rehabilitados y sus familias. Desde entonces este fenómeno se ha extendido por todos los Estados Unidos, donde conviven actualmente una gran diversidad de grupos en los que participan millones de personas (Roca, 2006).

En Europa los primeros GAM aparecen en la década de los años setenta, en países del centro y norte de Europa (Reino Unido, Alemania y Bélgica) donde existe una importante tradición de participación comunitaria. Sin embargo en la Europa mediterránea de tradición predominantemente católica, los movimientos de ayuda mutua se han implantado de forma más lenta y tardía, aunque en las últimas décadas suponen un movimiento creciente que adquiere cada vez mayor protagonismo. Es necesario tener en cuenta que en el área católica, la Iglesia mantuvo durante mucho tiempo un dispositivo asistencial, basado en la caridad y de carácter paliativo y paternalista, más que resolutivo y capacitador. En este sentido, los GALM en España suponen, todavía hoy, una realidad importada y con poca tradición, máxime si tenemos en cuenta el retraso con que nuestro país se incorporó al proceso

industrializador, que por un lado permitió el mantenimiento de las estructuras y relaciones sociales tradicionales, pero que por otro lado impidió el desarrollo de una sociedad civil dinámica y estructurada capaz de afrontar nuevos retos (Casado, 1995), situación agravada por las décadas de dictadura política que impedía cualquier tipo de asociacionismo. Dentro del territorio español, los primeros GAM aparecen en la década de los años ochenta, y desde entonces y, sobre todo en las últimas décadas, su desarrollo ha ido en aumento experimentándose un evidente crecimiento en número y personas implicadas.

Como ya hemos tratado ampliamente en el capítulo anterior, la OMS en las conferencias Internacionales de promoción de la salud, pone de manifiesto reiteradamente la importancia de estos grupos como expresión de participación comunitaria en salud y de capacitación. Durante la década de los años ochenta, la Oficina Regional para Europa de la OMS organizó diversos seminarios para impulsar el movimiento “grupos de ayuda mutua”. En uno de los primeros talleres de trabajo organizados en Lovaina (1987), se llegó al consenso sobre la necesidad de dar apoyo a los GAM. Entre sus recomendaciones encontramos la necesidad de animar, legitimar e impulsar las iniciativas no profesionales en materia de salud, así como facilitar una planificación en las políticas de Atención Primaria de Salud en la que la ayuda mutua tuviese un papel importante (OMS, 1987).

Actualmente, la realidad de los movimientos asociativos en el ámbito de la salud es muy variada coexistiendo diferentes iniciativas que surgen con propósitos igualmente variados. Sin embargo, en la finalidad de todas ellas está la de buscar soluciones a problemáticas relacionadas con la salud que no encuentran su respuesta, ni en los servicios públicos de atención a la salud, ni en las redes de atención doméstica tradicionales, hoy día muy debilitadas.

En este sentido los GAM, son definidos como:

“Grupos pequeños y voluntarios estructurados para la ayuda mutua y la consecución de un propósito específico. Están formados generalmente por iguales que se reúnen para ayudarse mutuamente en la satisfacción de una necesidad común, para superar un hándicap común o problemas que trastornan la vida cotidiana, y conseguir cambios sociales y/o

personales deseados. Los iniciadores y miembros de estos grupos perciben que sus necesidades no son o no pueden ser satisfechas por las instituciones sociales existentes. Los grupos de ayuda mutua enfatizan la interacción social cara a cara y la responsabilidad personal de sus miembros. Con frecuencia proporcionan ayuda material así como apoyo emocional; están orientados a la causa del problema y promueven una ideología o conjunto de valores a través de los cuales los miembros del grupo pueden obtener o incrementar un sentimiento de identidad personal” (Katz, 1981, citado por Roca Soriano, 1998, p. 254).

De esta definición podemos extraer una serie de características que configuran a los GAM, como estructuras diferenciadas de otras formas de asociacionismo o voluntariado en el ámbito de la salud:

- Son grupos de participación voluntaria en los que se comparte una necesidad común o problema vital compartido. Lo que une a los miembros es una vivencia compartida.
- Se configuran en base a la reciprocidad horizontal, es decir sus participantes son considerados iguales, no existiendo líderes o profesionales no afectados.
- Su clave es la ayuda mutua para conseguir los cambios personales y sociales deseados.
- Presentan una fuerte cohesión entre sus miembros, fomentando sentimientos de unidad y autenticidad, de identificación personal con los valores del grupo.
- Se dotan de normas de funcionamiento, basadas en la corresponsabilidad y confianza mutua, para poder ofrecer a sus miembros apoyo material y emocional.

En este punto, se hace necesaria una aclaración conceptual de algunos de los términos asociados a los GAM, comenzando por el concepto de ayuda mutua que frecuentemente se confunde con el de autoayuda. Estos dos términos que popularmente se utilizan como sinónimos, en realidad, tienen significados diferentes y configuran realidades diferentes. Cuando hablamos de

autoayuda (self-help) en relación a grupos o asociaciones, hablamos de la ayuda que puede darse uno a sí mismo participando en un colectivo. Los grupos de autoayuda configuran una serie de organizaciones que cuentan con profesionales en su estructura y que prestan una asistencia, altruista o asalariada, a personas con problemáticas compartidas. Sin embargo, la ayuda mutua (mutual-aid), que define más adecuadamente el tipo de relación que se da en los GAM, es una práctica de intercambio que ocurre únicamente cuando la persona que ayuda y la que recibe esa ayuda comparten una historia del mismo problema (Silverman, 1980). De esta definición se desprende el carácter de relación entre iguales que implica el mismo concepto de ayuda mutua desde su origen⁴⁵. La igualdad se basa en la vivencia compartida de sus miembros, y en la idea de que alguien que ha experimentado una misma situación está en mejor disposición de ayudar.

Otro término asociado inevitablemente a la ayuda mutua es el de “reciprocidad”, entendida como intercambio. Pero no todas las formas de reciprocidad responden a los requisitos de la ayuda mutua, ya que esta podría darse entre desiguales fomentando la dependencia. La reciprocidad para que implique ayuda mutua debe operar entre iguales o por lo menos equivalentes. *“Por lo tanto, ayuda mutua y reciprocidad establecen un nivel horizontal de relaciones que no está implicado en la reciprocidad por sí sola”* (Menéndez, 1984, p. 84). La reciprocidad se basa en el ciclo dar- recibir- devolver, pero sustentado en los vínculos sociales establecidos en el grupo y no en el interés material ni en el mero altruismo (dar sin recibir). Además la reciprocidad horizontal productora de ayuda mutua debe ser complementada con la confianza e identificación con el grupo para que ésta pueda darse y mantenerse en el tiempo. No olvidemos que la participación en un GAM es voluntaria y libre (puede sugerirse pero no imponerse), por lo que para mantener relaciones de reciprocidad generadoras de ayuda mutua se precisan fuertes relaciones de confianza e identificación entre sus miembros, propiciadas por la historia compartida que viven. De esta manera el grupo define su propia identidad y re-significa el problema compartido, haciendo

⁴⁵ El término ayuda mutua se incorpora al léxico culto de la modernidad gracias a la obra del anarquista Kropotkin (1902), por lo que fieles a su consagración, las ideas de igualdad y ausencia de jerarquía acompañan siempre a este concepto.

posible la reconstrucción de la identidad deteriorada de sus miembros y favoreciendo procesos de cambio personales (Canals, 2003).

En relación con lo expuesto anteriormente, tenemos que tener en cuenta que al acercarnos a la realidad de los GAM, vamos a encontrarnos con un panorama confuso. Muchos de los grupos autodenominados como GAM, que encontramos son en realidad grupos terapéuticos o grupos de apoyo que cuentan con profesionales no afectados y que si bien mantienen lo que se denominan “hábitos de ayuda mutua”, no comparten todas las características propias de la ayuda mutua. Estas formas de asociacionismo en el ámbito de la salud, diferenciadas de los auténticos GAM, basadas en la redistribución de recursos y servicios, y en la dependencia de los profesionales, a menudo se inscriben dentro de los sistemas de redistribución del Estado a través de la financiación mediante subvenciones y de la asunción de criterios, concepciones y prácticas de los grupos profesionales reconocidos por el mismo sistema redistribuidor. De esta forma, las asociaciones sanitarias se convierten en prolongaciones del complejo asistencial público, que progresivamente delega más responsabilidades a entidades privadas o no gubernamentales, y que al margen de su eficacia técnica anulan las posibilidades más interesantes de la ayuda mutua: la autonomía de sus miembros para redefinir el problema vivido y reconstruir su identidad (Canals, 2003).

3.2.2. OBJETIVOS, FUNCIONES Y BENEFICIOS DE LOS GAM

Los motivos por los que una persona decide participar en GAM son variados, al igual que lo son las motivaciones que dan lugar a su formación. Estas motivaciones están íntimamente relacionadas con el objetivo de dicho GAM, que generalmente tienen que ver con el apoyo mutuo ante la vivencia de un problema relacionado con el binomio salud- enfermedad. En general la persona que quiere iniciar un GAM suele haber superado, del todo o en parte, un problema, tras lo cual siente la necesidad de ayudar a otros. Otras veces, le impulsa el deseo de mejorar la situación de su colectivo. Cuando un grupo de personas se decide a constituir un GAM se debe consensuar y perfilar el objetivo que se quiere conseguir. Entre los objetivos que suelen perseguir los GAM, encontramos:

- Mejorar la información y el intercambio de experiencias
- Crear y prestar servicios útiles para sus miembros, cuando no existen recursos institucionales o cuando estos son insuficientes
- Ofrecer actividades sociales y recreativas que permita a sus miembros encontrarse con otras personas con el mismo problema o situación.
- Ofrecer apoyo emocional
- Desarrollar presión social y conseguir derechos o mejoras para ese colectivo

De estos objetivos se derivan las principales funciones de los GAM como son; el apoyo mutuo en el plano emocional, el intercambio de ayuda entre sus miembros incluyendo la transmisión y construcción de nuevos saberes y habilidades (apoyo educativo), el apoyo instrumental, así como la visibilidad social del problema compartido, la concienciación y sensibilización pública, y la reivindicación de derechos sociales.

Roca Soriano (1998), nos apunta las funciones básicas que, a su juicio, desarrollan los GAM:

1. Facilitar la adquisición de información y conocimientos

Los GAM son una fuente importante de aprendizaje, que es el primer paso para que el individuo tome conciencia de su situación, reconozca sus necesidades y pueda, posteriormente, dar respuestas eficaces para satisfacerlas. Además los componentes de un GAM tienen la oportunidad de compartir información y experiencias, por lo que aumentan sus conocimientos, aspecto esencial para poder tomar decisiones de forma autónoma y responsable sobre su salud. Ser miembro de un GAM facilita la asunción de actitudes y conductas más saludables que contribuyen a una mejora del bienestar y la calidad de vida.

2. Proporcionar apoyo emocional

Las personas que sufren enfermedades o atraviesan situaciones vitales difíciles, pueden experimentar ansiedad, miedo, e incomprensión. En un

GAM, sus miembros pueden expresar sus sentimientos y compartirlos con otros miembros que están pasando o han pasado por una situación parecida o por necesidades semejantes. El GAM facilita la descarga emocional, y el desarrollo de actitudes empáticas, ya que cada miembro recibirá apoyo y tendrá la oportunidad de darlo. A largo plazo permite una cierta distancia con el problema, aspecto que facilita su resolución.

3. Posibilidad de participación y desarrollo personal

Los GAM estimulan la actividad y dan la oportunidad a sus miembros de participar, es decir, de “tomar parte en algo”, de sentirse sujetos activos “de la acción y en la acción” sacando al individuo de su condición de paciente dependiente. Participar, compartir tareas y asumir responsabilidades, da protagonismo, da valor personal, ayuda a sentirse útil y capaz, y por tanto, aumenta la autoestima. Además participar prepara para la convivencia, y desarrolla habilidades sociales.

4. Capacitación y acción social

La posibilidad de organizarse para realizar acciones conjuntas, dota a los miembros del GAM de fuerza y capacidad para reivindicar sus derechos y pedir cambios y mejoras sociales. A través del poder generado por el grupo se consiguen mejoras importantes para el colectivo y para la sociedad en su conjunto. También los GAM son capaces de generar cambios en la actitud de los profesionales.

De estas funciones se derivan sus numerosos beneficios de entre los cuales destacamos la capacitación en salud, tanto del individuo como del grupo, y la mejora de su calidad de vida.

Aunque es difícil medir los beneficios bio-psico-sociales que generan los GAM, existen estudios y trabajos de investigación que demuestran que la participación en grupos de ayuda mutua proporciona efectos positivos sobre la salud física y mental de personas afectadas por diversos problemas, así como de su entorno social y familiar. Como ejemplos de estos estudios, podemos citar el realizado con padres de bebés prematuros, y en el que se demostró que la participación en un GAM, mejoraba la capacitación de los padres para criar a sus bebés (Minde, 1980). Otro estudio realizado con mujeres primíparas que

participaron en un GAM, comprobó que a los seis años, sus hijos tenían más salud que los de las madres del grupo control (no participantes). Por otra parte el investigador Alf Trojan (1988), demostró en un estudio realizado con 65 GAM centrados en enfermedades, que el hecho de participar en estos grupos fortalecía a las personas enfermas, y las convertía en pacientes activos. La asistencia al grupo mejoraba su comprensión de la enfermedad y el uso adecuado de los servicios socio sanitarios. Además fomentaba su capacidad de acción social, promoviendo el bienestar y el sentimiento de auto competencia.

3.2.3. LOS GAM Y LOS PROFESIONALES SOCIO SANITARIOS

La relación que se establece entre los GAM y los profesionales socio sanitarios son diversas y controvertidas. Aunque estos grupos deben considerarse como complementarios a los servicios profesionales y no en competencia con ellos, siendo imprescindible y beneficioso para ambos la cooperación y el apoyo entre ambos sectores; a veces, desde las instituciones socio sanitarias los grupos de apoyo mutuo son percibidos como una amenaza que pone en peligro el modelo paternalista de atención a la salud y de acceso a los recursos sociales. Parte de este rechazo e incompreensión tiene que ver con la falta de conocimiento e información que los profesionales tienen respecto a su objetivo y las funciones de estos grupos, e incluso, al desconocimiento sobre su propio papel respecto a ellos. También es cierto que existen profesionales que reconocen abiertamente la importancia y utilidad de los GAM y defienden una concepción de la salud comunitaria y participativa, incluso muchos de estos grupos han sido creados bajo el amparo o apoyo de profesionales, y a lo largo de su evolución han contado con la participación externa de éstos

“Aproximadamente, un tercio de los grupos han sido iniciados por profesionales, retirándose una vez consolidados. Posteriormente, pueden pasar a ser consultores y técnicos en la orientación y desarrollo de la dinámica de grupos o compartiendo sus conocimientos, en un marco donde el profesional valora la experiencia del grupo y éste valora su información y conocimientos profesionales” (Yela, 1997, p. 413).

Por otra parte hay grupos que reclaman una mayor relación con los profesionales, e incluso buscan activamente la colaboración con ellos, mientras otros manifiestan un rechazo total, aspecto que no es de extrañar si tenemos en cuenta que muchas personas acuden a los grupos y muchos grupos se han gestado a causa del descontento respecto a los servicios profesionales socio sanitarios.

En relación a lo que los profesionales pueden aportar a los GAM, y lo que éstos reclaman de los profesionales, destacamos la derivación o puesta en contacto de las personas afectadas por esa situación con el GAM más próximo, así como el apoyo y la ayuda para la creación de grupos nuevos. Los profesionales pueden servir de instrumento para poner en contacto a personas interesadas en formar un grupo, así como para aportar información y recursos útiles para su formación y mantenimiento. También, el profesional puede contribuir en gran medida a difundir la existencia del GAM y sensibilizar a la población sobre el problema que afecta a sus miembros. Por último puede realizar o colaborar en estudios de investigación que evidencien el beneficio de estos grupos. *“Precisamente, en nuestro país la investigación en este campo es un tema amplio y todavía virgen”* (Roca, 2006, p. 84).

Como conclusión, dos son las claves para el buen entendimiento por ambas partes; la información y la colaboración. Una buena formación de los profesionales podría contribuir a una implicación más activa en relación a los GAM, pero sin llegar a una sobre implicación, aspecto que socavaría la autonomía del grupo y su principal valor y cualidad: el apoyo mutuo horizontal (Yela, 1997).

3.3. GRUPOS DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA (GALM)

3.3.1. CONCEPTUALIZACIÓN, SEÑAS DE IDENTIDAD Y ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Se denominan Grupos de apoyo a la lactancia materna (GALM) a un movimiento social, surgido a mediados del siglo XX, formado por grupos y colectivos que ofrecen apoyo a las mujeres que desean amamantar. Los GALM constituyen en su estructura un grupo de ayuda mutua (GAM) y, por tanto, comparten con éstos sus características básicas, sus señas de identidad y sus objetivos y funciones. Es decir, cuando hablamos de un GALM, hablamos de un grupo de personas, que de forma voluntaria, se juntan para apoyarse mutuamente y conseguir un propósito determinado, que en este caso, consiste en amantar exitosamente y disfrutar de esta vivencia. Los GALM están formados por personas que compartiendo una misma situación conflictiva (iniciar y mantener la lactancia materna), se juntan libremente y sin la supervisión de ningún profesional sanitario, para satisfacer unas necesidades comunes, superar dudas y dificultades, compartir experiencias o bien conseguir cambios personales y sociales.

“Son grupos de ayuda mutua, abiertos a madres que deseen amamantar a sus hijos, que se reúnen periódicamente tanto para resolver dudas y dificultades como para compartir experiencias. Complementan la asistencia que ofrecen los servicios de salud, cubriendo todos aquellos aspectos relacionados con la lactancia que no corresponden al sistema sanitario. Los servicios que ofrecen son gratuitos y la asistencia a los Grupos es voluntaria” (www.grupslactancia.org).

Entendiendo las características y señas de identidad expuestas, es fácil distinguir estos grupos de apoyo mutuo de otros grupos dirigidos a madres para ayudarles en el inicio y mantenimiento de la lactancia materna. Los grupos para madres o talleres de lactancia están coordinados por profesionales sanitarios, habitualmente formados y entrenados en lactancia, con o sin experiencia propia. Su papel en el grupo es el de experto poseedor de información y conocimiento y, aunque en ocasiones puedan realizar esta tarea de forma

altruista, su trabajo suele formar parte de un programa o servicio desarrollado por el sistema de atención a la salud (FEDECATA, 2008). Los talleres de lactancia materna desarrollados en Atención Primaria de Salud desempeñan un importante papel en la instauración y mantenimiento de la lactancia materna, conjugando el protagonismo de las madres con el de los profesionales de la salud (Laredo, 2008). Estos grupos representan una interesante iniciativa de apoyo y promoción de la lactancia materna, pero no deben ser confundidos con los GALM, en los que son las propias madres las que coordinan y dirigen el grupo, desde las bases de la reciprocidad y la horizontalidad.

Como en cualquier GAM, en los grupos de apoyo a la lactancia materna, se hace especial hincapié en la interacción personal y en la asunción de responsabilidades por parte de los miembros del grupo, aunque normalmente en muchos GALM, existe una figura de coordinadora, monitora o asesora, representada por una o varias mujeres que comparten dicha responsabilidad, y que poseen suficiente experiencia en lactancia materna y los conocimientos necesarios (acreditados o no acreditados) para el apoyo a otras madres.

Si bien es cierto, que existen diferencias en la organización y forma de funcionamiento de estos grupos, también es cierto que todos ellos (grupos aislados, grupos federados o pertenecientes a organismos internacionales), comparten una filosofía común: la cooperación y el apoyo mutuo entre madres para una feliz crianza y lactancia materna.

El antecedente histórico de los Grupos de Apoyo a la Lactancia Materna (GALM) lo encontramos en EEUU con el nacimiento, en 1956, de la Liga de la Leche, que nace por iniciativa de un grupo de siete *valientes mujeres* que, unidas por un intenso deseo de alimentar naturalmente a sus bebés, decidieron luchar contra la “cultura del biberón”, y contra lo que ellas vivían como un ambiente opresivo para el amamantamiento, organizando una red de apoyo a las madres que desearan amamantar de forma natural a sus bebés (Lawrence, 1996). A partir de ese momento nació la Liga de la Leche Internacional (LLI), organización pionera en la promoción y apoyo a la lactancia materna, que actualmente se encuentra presente en más de 85 países. Desde su nacimiento el número de grupos de apoyo a la lactancia materna ha crecido en todo el mundo (www.laligadelaleche.es).

“Nuestra misión consiste en ayudar a las madres de todo el mundo a amamantar mediante la ayuda, el apoyo, la información y la formación madre a madre, y en promover un mejor entendimiento de la lactancia como elemento importante en el sano desarrollo del niño y la madre” (www.laligadelaleche.es).

Esta iniciativa junto al impulso de grupos de madres en Europa (sobre todo de los países Nórdicos), contribuyeron al reconocimiento de su tarea a nivel mundial (Lawrence, 1996).

La OMS, reconoce en varias ocasiones la función y eficacia de los GALM, hecho que queda patente en la Declaración OMS/UNICEF (1989), resumida en los *Diez pasos para una feliz lactancia natural*, donde se recomienda en el paso diez: Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica, así como en el documento *Pruebas científicas de los Diez Pasos* (OMS, 1998), donde se recogen evidencias científicas de los efectos positivos sobre la lactancia materna del apoyo de los grupos de madres. Posteriormente, en la Estrategia Mundial de alimentación del lactante y del niño pequeño (OMS/UNICEF, 2002), se destaca la necesidad de velar por que las redes de apoyo de base comunitaria sean acogidas de forma favorable dentro sistema de atención a la salud y, además, se reconoce el importante papel que los grupos de apoyo entre madres, junto a otras iniciativas de apoyo comunitario, pueden desempeñar en la aplicación de los propósitos y objetivos de esta estrategia.

Los primeros Grupos de Apoyo a la Lactancia Materna (GALM) aparecen en nuestro país a mediados de los años ochenta, con la asociación Vía Láctea en Aragón, fundada en 1985 y oficialmente legalizada dos años más tarde (1987)⁴⁶. Desde su creación, “Vía Láctea” ha estado fuertemente comprometida con la promoción de la lactancia materna y con la defensa de los derechos de la mujer, siendo uno de los primeros colectivos que ha denunciado en nuestro

⁴⁶ Vía Láctea, la primera asociación española de ayuda entre madres, fue concebida en otoño de 1984 por un grupo de mujeres, aunque no nace oficialmente como asociación no lucrativa hasta 1987. La respuesta de legalización de la asociación se otorgaba desde la delegación del gobierno civil que a su vez dependía del gobierno central en Madrid para dar el permiso, y se retrasó más de lo habitual porque no se sabía dónde ubicarla ni se entendía bien cuáles eran sus fines, recordemos que era la primer asociación con esos fines en toda España (Blázquez, 2012).

país las diversas agresiones que las mujeres han sufrido durante la maternidad⁴⁷. Casi paralelamente se crea la Liga de la Leche en Euskadi y el grupo GALA en Barcelona (cuyo funcionamiento sólo duro unos años). Unos años más tarde aparecen grupos en Barcelona (1992), en Sevilla y Cantabria (1997), y en Baleares (1998). A partir de ese momento comienzan a crearse grupos de madres por todo el país (Blázquez, 2006).

En el año 2001, la organización “Vía Láctea” organizó el “*I Encuentro Estatal de grupos de apoyo a la lactancia*”, al que asistieron más de 200 mujeres representantes de 45 grupos. Actualmente en España contamos con un centenar de grupos repartidos por todas las comunidades y provincias⁴⁸. Muchos de estos grupos han optado por organizarse de forma federada, ejemplo de ello es el nacimiento en 2003 de FEDALMA (Federación Española de Asociaciones pro-lactancia materna) que reúne a más de 50 asociaciones y grupos de apoyo en toda España. Una de las prioridades de esta federación desde su fundación, ha sido poder ofrecer formación a estas entidades en temas específicos de lactancia, así como en las cuestiones de tipo asociativo.

“Trabajar en red, coordinar acciones conjuntas y poder unificar criterios comunes en la atención a las mujeres es una necesidad ante la diversidad de asociaciones por todo el territorio. Además, FEDALMA como una organización integrada mayoritariamente por asociaciones de mujeres recoge como propias todas las acciones en pro de la igualdad sin que suponga el menoscabo de la libre decisión de una maternidad y crianza consciente” (fedalma.org).

Entre las acciones organizadas por FEDALMA, destacan el curso “online” de formación en lactancia materna, y los congresos organizados desde 2004, y en los que a través de sus lemas, se puede intuir su compromiso con la lactancia materna y la maternidad, desde una visión abierta, transformadora y de responsabilidad social.

⁴⁷ La filosofía con la que se gestó esta asociación, queda reflejada en dos de las entrevistas que se le realizaron a una de sus fundadoras, en los años siguientes a su creación, y que fueron publicadas en la prensa local del momento (Heraldo de Aragón, 6 de junio de 1988 y 4 de marzo de 1990; El Día 26 de noviembre de 1991). Por su importancia histórica, ya que es la primera vez que aparece un GALM en la prensa escrita, se recogen como anexo. Anexo IA.

⁴⁸ Fedalma y LLI recogen en sus web un listado de los grupos asociados a ellas.

- Lactancia materna. Patrimonio de la humanidad (Santiago de Compostela, 2006)
- La lactancia materna comienza en la educación (Pamplona, 2007)
- Lactancia materna, por un desarrollo sostenible (Zaragoza, 2008)
- Lactancia materna, más que un alimento (Palma de Mallorca, 2009)
- Lactancia materna para más de uno. Un derecho y una responsabilidad de todos (Madrid, 2010)
- Lactancia materna: construyendo al ser humano (Barcelona, 2011)
- Lactancia materna: un compromiso social (Águilas, 2012)
- Lactancia y diversidad (Barcelona, 2013)

En el contexto de los GALM, y desde la lógica del apoyo mutuo, el trabajo en red (formal o informal) se ha convertido en un elemento clave en su actividad, por lo que en los últimos años se ha potenciado la coordinación y cooperación entre grupos⁴⁹, así como con otros colectivos del ámbito socio sanitario. Este hecho, entendido bajo el respeto a la identidad y peculiaridad de cada grupo, ha conseguido efectos positivos, otorgando a los grupos de madres una mayor fortaleza, representatividad y legitimidad social, y mayor capacidad de acción.

“Los Grupos de Apoyo deben entender la lógica relacional y actuar en consecuencia, viendo a los distintos grupos y personas como complementarios y asumiendo que la suma coordinada de su acciones puede conseguir mejores resultados. Los nuevos tiempos apuntan claramente hacia una dinámica que será necesariamente relacional, de sinergias, de complicidad, de colaboración y de cooperación entre los distintos sectores, públicos, privados y no lucrativos” (Torribas i Ribas, 2011).

⁴⁹ Además de a creación de FEDALMA, de ámbito nacional, se han creado también federaciones a nivel autonómico (FEDECATA- Federación Catalana de grupos de apoyo a la lactancia materna y FEDEGALMA- Federación Gallega de Asociaciones de apoyo a la lactancia materna). Algunos grupos de madres se han unido a nivel local, creando asociaciones sin ánimo de lucro. Los GALM en España, participan también de Redes Internacionales como IBFAN y WABA, así como en la LLI.

3.3.2. EL TRABAJO DE LOS GALM

El motivo que lleva a cada madre a incorporarse a un grupo de ayuda mutua puede ser muy diferente de una a otra, pero detrás de la mayoría de los casos está la falta de apoyo y respaldo ante su decisión de amamantar. Las participantes de un grupo tienen oportunidad, no solo de hablar de los motivos, los deseos y las expectativas que las han llevado a reunirse, sino también de sus preocupaciones, angustias, dudas y dificultades. Las mujeres, embarazadas o madres lactantes, acuden a los grupos en busca de información, de ayuda para solucionar algún problema o dificultad surgida, de asesoramiento para prevenir posibles problemas, o de apoyo emocional. También aparecen madres a las que todo les va bien y quieren compartir su experiencia con otras madres, aunque es más frecuente que una madre no se plantee asistir a un grupo de apoyo hasta que se encuentra con una duda o dificultad entre manos⁵⁰.

“La finalidad de las asociaciones de ayuda entre madres es facilitar espacios de libertad a las mujeres para vivir la maternidad como desean desde lo más profundo de su ser” (Blázquez, 2012).

El objetivo esencial de los GALM es apoyar a toda mujer que desee amamantar. Como objetivos más concretos de estos grupos, recogemos los aportados por Otero (2005):

- Aumentar la autoestima materna sobre su capacidad para amamantar.
- Incrementar los conocimientos de las madres sobre lactancia materna.
- Ayudarles a superar las dificultades que se presentan, contribuyendo a la adquisición y difusión de técnicas adecuadas para la lactancia materna.

⁵⁰ Por lo general, y según los datos recogidos por distintas asociaciones pro lactancia, las asistentes suelen ser mujeres trabajadoras, con un nivel cultural medio-alto, estudios superiores y con una edad comprendida entre los 25 y los 45 años (www.grupslactancia.org).

- Concienciar a la sociedad de que amamantar es un derecho y que toda mujer debería tener la posibilidad de ejercerlo; si ese es su deseo.
- Crear un clima en el que se apoye con entusiasmo la lactancia materna.
- Colaborar con los profesionales sanitarios en la promoción, difusión y apoyo a la lactancia materna.
- Favorecer y exigir el cumplimiento de la legislación vigente, en cuanto a los derechos de la mujer y del niño, y sobre la comercialización de los sucedáneos de la leche materna.

Los GALM comparten con los grupos de ayuda mutua, la mayoría de sus funciones básicas:

1. Facilitación e intercambio de información

Las madres participantes se reúnen para compartir información e intercambiar conocimientos y experiencias, generándose un espacio de aprendizaje compartido, que contribuye a la capacitación personal y grupal. El grupo de apoyo potencia la autonomía de las mujeres con respecto a sus decisiones, proporcionándoles una mayor conciencia, información adecuada, contactos y recursos, y el apoyo que necesitan.

2. Apoyo emocional

El grupo brinda un importante apoyo emocional a las madres, dándoles confianza en su capacidad de amamantar y en la toma de sus propias decisiones. El apoyo entre madres es recíproco; ellas son pares que están pasando situaciones similares. La participación en el grupo les ofrece una oportunidad para crear vínculos con otras madres y fortalecer sus capacidades. El grupo ofrece la oportunidad de ver a otras madres amamantando, reforzando la percepción de normalidad, lo que supone un apoyo adicional ante posibles presiones socio-familiares.

3. Prestación de servicios y organización de actividades socio educativas y de difusión

Los GALM ofrecen a sus miembros recursos materiales y servicios para cubrir necesidades no cubiertas por otras instituciones. Además la organización de eventos sociales, educativos y de difusión de la lactancia materna y del trabajo del propio grupo, ofrece a las mujeres la posibilidad de participar activamente y de colaborar con otros sectores sociales.

4. Defensa de derechos y acción social

El grupo supone un espacio donde defender los intereses que le son propios y conseguir así mejoras personales y sociales, todo ello en pro de recuperar la cultura de la lactancia materna. El grupo también tiene como objetivo favorecer y exigir el cumplimiento de la legislación vigente en cuanto a derechos de la mujer y el niño, y en cuanto a la comercialización de sucedáneos de la leche materna.

De sus funciones se derivan las principales actuaciones de los grupos, que son ricas y diversas. Las actividades más frecuentes de los GALM son los encuentros de madres, la atención telefónica, y el apoyo instrumental/ material (préstamo de sacaleches, libros, portabebés, etc.). Los encuentros o reuniones de madres, que suelen tener lugar en espacios cedidos por la comunidad, suponen espacios donde compartir experiencias, vivencias y conocimientos, y resolver dudas y problemas que plantean las madres que acuden a la reunión. Asimismo estos grupos realizan otras actividades sociales, educativas y comunicativas; como la celebración de la *Semana Mundial de la Lactancia Materna*, el mantenimiento de páginas webs y foros de debate, y la organización de cursos, jornadas y seminarios de carácter sanitario y educativo en diferentes foros profesionales, en escuelas, institutos y universidades. Existe además una gran diversidad de materiales (libros, revistas, folletos, carteles, recursos audiovisuales, etc.) elaborados por los propios grupos, así como materiales de difusión de las campañas reivindicativas de derechos de las madres y los bebés organizadas por los GALM. También participan en encuentros y congresos de grupos de madres, y en todo tipo de actuaciones

para la difusión de la promoción de la lactancia materna y de la actividad de los grupos.

Por último debemos mencionar, los esfuerzos de los grupos por mantener una relación de colaboración con los profesionales e instituciones sanitarias. Estos a su vez, responden cada vez más y mejor, en la difusión del trabajo de los GALM, proporcionando apoyo técnico y participando en actividades de formación y actualización de conocimientos en lactancia materna. Aunque en este sentido, todavía existen carencias y dificultades.

“Todavía queda mucho camino por recorrer, por lo que se hace necesaria una colaboración cordial y estrecha de profesionales, grupos, familias y, en definitiva, de toda la sociedad, para que se facilite a las mujeres la información y apoyo necesario, y puedan de este modo tener la capacidad de tomar decisiones libres e informadas” (Otero, 2005, p. 550).

3.3.3. LOS GALM COMO AGENTES DE TRANSFORMACIÓN SOCIAL

La lactancia materna, aunque ampliamente estudiada por las ciencias de la salud que han evidenciado su importancia crucial para el bienestar materno-infantil, no ha sido sin embargo un objeto de estudio clásico para las ciencias sociales (antropología, sociología, pedagogía, psicología, etc.) reduciéndose su realidad a un mero hecho fisiológico/ biológico, sin interés filosófico, sociológico o ideológico. Pero el imparable movimiento social de apoyo a la lactancia materna junto a otros movimientos afines de defensa del parto respetuosos, la maternidad consciente, y la crianza con apego, ponen de relieve que este fenómeno resulta altamente polifacético en su implementación, interpretación y agencia social por parte de las propias madres lactantes (Massó, 2011). Estos movimientos reclaman una necesaria re-conceptualización de la lactancia materna como práctica bio-psico-social y cultural, vinculada a su vez a un fenómeno más amplio en el que incluimos la sexualidad femenina, la gestación, el parto, el cuidado y la crianza.

La lactancia materna, como práctica femenina de cuidado, ha estado durante varios siglos (siglos dominados por el pensamiento patriarcal y

capitalista) vinculada al ámbito exclusivamente doméstico y, por ende, como el resto de prácticas relacionadas con el cuidado (atribuidas casi con exclusividad a la mujer) privada de reconocimiento social.

Durante bastantes años el feminismo se ha negado a identificarse con la maternidad para poder romper con el exclusivo rol que la sociedad reservaba a las mujeres. Pero hoy día algunas mujeres, vinculadas a una nueva forma de entender el feminismo, reclaman un espacio público para la maternidad y el cuidado, así como la recuperación del prestigio social asociado a estas prácticas; todo ello unido a una nueva forma de entender y organizar las relaciones y la estructura social que ponga en el centro del sistema el cuidado y la crianza de las nuevas criaturas, asumiendo que son una responsabilidad colectiva y no una cuestión individual y privada (Aler, 2008).

Promover los valores de cuidado, como compromiso social (sin distinción de género), implica una nueva forma de entender las relaciones humanas desde la alteridad, la solidaridad, la sostenibilidad y la cooperación. En contra, de los valores imperantes en las sociedades capitalistas (individualismo, competitividad y mercantilismo), se imponen las reflexiones en torno a la ética de cuidado (Gilligan, 1982) y al ecofeminismo (Shiva, 1998; Blázquez 2009), como perspectivas más acertadas desde las que construir las relaciones humanas y sociales.

En este contexto, adquieren cada vez más protagonismo, los GALM, que, con sus prácticas y luchas, constatan cada vez más su función de transformación social. En ellos participan mujeres madres lactantes que a través de la reivindicación de la práctica del amamantamiento, construyen una sociedad más solidaria, más sana, más sostenible, más justa, y más libre.

“Las lactivistas⁵¹ (mujeres activistas lactantes) son personas que transforman las categorías sociales atribuidas al hecho de lactar, y con ello mismo generan redes de cooperación, altruismo y solidaridad recíproca que son ejemplos en sí mismos de los potenciales revolucionarios de la lactancia a nivel social macro y micro. Las

⁵¹ El término lactivista; “lactar” y “activismo”, no está reconocido por la Real Academia de la Lengua, pero este neologismo lo encontramos en múltiples web, foros y espacios dedicados a la lactancia materna. El término proviene del inglés “lactivism”, y hace referencia a la defensa del derecho a la lactancia materna y ha poder amamantar sin la desaprobación social (www.wikipedia.org).

lactivistas, son activistas mientras lactan, no en momentos y espacios diferentes; es decir, su lucha política no acontece diferenciada de su condición de lactantes” (Massó, 2011, p. 6)

Una aproximación a la realidad de los GALM y a las prácticas asociadas a ellos, nos ofrece interesantes constataciones acerca de la capacidad de acción social de estos grupos. Estos grupos han protagonizado importantes campañas de concienciación y reivindicación de derechos sociales para las mujeres y madres (mejoras laborales para las madres lactantes y no lactantes en las primeras etapas de crianza, mayor flexibilidad del mundo laboral que permita y haga posible la conciliación de la vida laboral y familiar, mayor corresponsabilidad en la tarea del cuidado). Además, y como filosofía y seña de identidad de estos grupos, en ellos se fomentan relaciones basadas en el apoyo mutuo, la horizontalidad y la cooperación, con el objetivo de generar espacios públicos de participación y protagonismo para las madres, favoreciendo la capacitación y autodesarrollo de las mujeres. Estos grupos hacen visible el amamantamiento y las prácticas asociadas a la maternidad, reclamando la lactancia materna como la forma natural y más saludable de alimentar y criar con apego a sus bebés. También, suponen un eslabón más en la cadena del tejido asociativo, fortaleciendo las redes sociales comunitarias.

Por último, tomamos en consideración el hecho de que más allá de las actuaciones de los grupos de madres, y de su grado mayor o menor de reivindicación social, la misma práctica del amamantamiento puede considerarse, hoy día, un acto que beneficia a la sociedad en su conjunto. Por un lado la lactancia materna, y la crianza con apego asociada a ella, implica la protección del vínculo madre-criatura, en la que los recién nacidos experimentan una seguridad básica que influirá de modo crucial en su salud emocional y en su capacidad de amar. Promocionar la lactancia materna es, por tanto, una forma de promocionar una sociedad futura más sana emocionalmente, con mayor bienestar y con mayor capacidad de amar.

Por otra parte, aspectos asociados a la lactancia materna como son: la gratuidad, la no generación de residuos, la autogestión, o la condición de práctica relacional no mercantil, la vinculan a modelos de crecimiento y

sostenibilidad, ecológico-económicos. La lactancia materna presenta, tal como ya fue expuesto en este trabajo, importantes beneficios por la reducción de costes sociales que supone, aspecto muchas veces silenciado y poco estudiado:

“Si las madres y las criaturas viven plenamente la lactancia materna, los grupos de interés de ámbito mundial pierden un importante beneficio económico y, por este motivo la lactancia materna se ve presionada por la lógica perversa del progreso y se hace invisible su dimensión económica, como sistema de ahorro para las familias, la sociedad y la sanidad. La realidad de la lactancia materna no permite una explotación comercial que aporte beneficio económico a los grupos de interés de ámbito mundial” (Blázquez, 2009, p. 8).

Recuperar la cultura del amamantamiento, reivindicar el reconocimiento social de la lactancia materna como bien colectivo (generador de bienestar y sostenibilidad), darle visibilidad social y defender la práctica del amamantamiento (en cualquier lugar y mientras el bebé y la madre lo deseen), se ha convertido para muchos grupos de mujeres en un asunto prioritario. Prueba de ello son las numerosas actuaciones que los GALM organizan en torno a este asunto y que cada vez tienen mayor repercusión social y mediática (recogidos por la prensa escrita y digital)⁵².

⁵² Recopilamos como anexo algunas de las noticias aparecidas en la prensa digital local, referidas a las actuaciones organizadas por los GALM de la Región de Murcia (objeto de nuestro estudio). Anexo IB

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO 4. PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN Y METODOLOGÍA DE TRABAJO

4.1. HIPÓTESIS DE PARTIDA Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

En consonancia con el título de esta tesis y con el marco teórico de referencia planteado en los capítulos precedentes, pasamos a describir cual es la hipótesis inicial de la investigación, así como los objetivos que nos planteamos.

4.1.1. HIPÓTESIS.

Como hipótesis inicial de nuestro estudio nos proponemos verificar si los grupos de madres de apoyo a la lactancia materna (GALM) de la Región de Murcia contribuyen, a partir de la capacitación para la salud individual y comunitaria, al bienestar de las madres y los niños/as, mejorando así su calidad de vida y por ende la de la comunidad en la que viven. Si se verifica, propondremos estrategias socioeducativas para su reforzamiento y consolidación en tanto que práctica salutogénica.

4.1.2. OBJETIVOS

Objetivo general

Describir la función socioeducativa, sanitaria y promotora de salud que ejercen los grupos de apoyo a la lactancia materna (GALM) de la Región de Murcia, así como su influencia en las madres participantes, sus bebés, y en el entorno social en la que ejercen su actividad.

Para poder abordar este objetivo, planteamos una serie de *objetivos específicos*, tales como los descritos a continuación:

- Objetivo primero: Identificar los rasgos característicos de los GALM existentes en la Región de Murcia así como el perfil y las características de las personas que participan en ellos: datos personales y socio familiares, formación y experiencia de maternidad.

- Objetivo segundo: Describir las motivaciones para la creación y participación en los GALM, factores relacionados con su génesis, causas y formas de acercamiento a los grupos, y motivaciones y vivencias de las personas responsables de los grupos.
- Objetivo tercero: Analizar en profundidad la función socioeducativa y sanitaria de los GALM como grupos de apoyo mutuo en salud: filosofía, finalidades, valores compartidos, actividades realizadas, métodos educativos empleados, y relaciones que se establecen entre sus miembros.
- Objetivo cuarto: Estudiar la influencia de los GALM en la mejora de la salud y calidad de vida de las mujeres participantes, sus bebés y su entorno más cercano; identificando su influencia en la mejora del cuidado del bebé y manejo en la lactancia materna, la satisfacción y capacidad para ejercer el rol de madre.
- Objetivo quinto: Estudiar el impacto de los GALM en el medio social en el que se desarrolla su actividad; analizando la relación entre estos grupos con otras entidades locales y agentes de salud de la comunidad, y su papel como promotores de salud y en concreto de la lactancia materna en la comunidad.

Para alcanzar los propósitos señalados anteriormente y dar así respuesta a los problemas o interrogantes de la investigación, debemos elegir el diseño metodológico más adecuado, y por ende, justificar dicha elección. Estos aspectos, junto a otras cuestiones conceptuales y pragmáticas en relación al diseño metodológico elegido, los abordamos en el siguiente apartado.

4.2. FUNDAMENTACIÓN METODOLÓGICA

4.2.1. JUSTIFICACIÓN DEL MÉTODO ELEGIDO

Partiendo de la premisa propuesta por Pérez Serrano (2001, p. 22) de que: *“investigar es acercarse al conocimiento de la realidad desde una aproximación sistemática de la misma”*, podemos afirmar que existe diversidad de modos de adentrarse en una determinada realidad, pero desde una perspectiva científica siempre debemos hacerlo con un método, con un orden. La orientación metodológica elegida juega un papel crucial en el proceso investigador, llegando a condicionar la calidad del mismo e incluso los propios resultados obtenidos.

Lejos de posiciones dicotómicas y excluyentes empeñadas en enfrentar y generar conflicto entre los enfoques cuantitativos y los enfoques cualitativos⁵³, nosotros nos situamos en una postura más pragmática en la que defendemos la validez y complementariedad de ambos tipos de investigación. La principal diferencia entre ambas corrientes está en su adecuación a la situación investigadora, dada la diferente capacidad heurística que poseen. *“El acierto del investigador depende no de la metodología que utiliza sino del acierto en aplicarla en aquellos casos específicos para los que está más adaptada”* (Ruiz Olabuénaga, 2009, p.17).

En la toma de decisión del método a seguir en una investigación deben tenerse en cuenta los objetivos de la investigación, la propia naturaleza de las variables, así como la orientación del investigador.

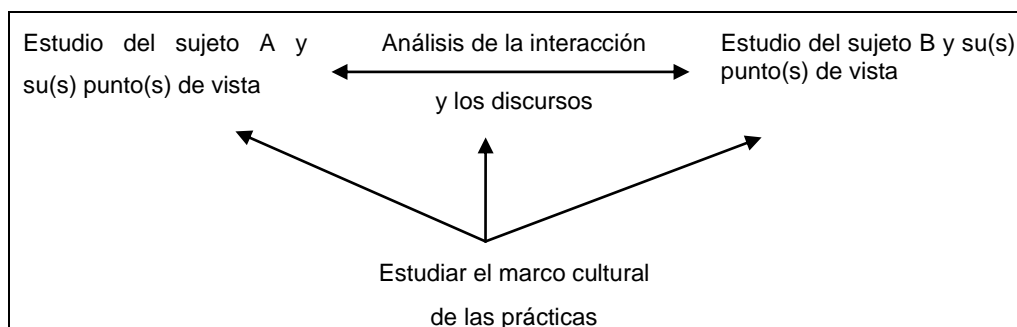
Nuestro estudio se inscribe dentro de una línea de investigación cualitativa descriptiva, ya que consideramos que ésta podría ser la más adecuada, teniendo en cuenta la naturaleza del objeto de estudio y la hipótesis planteada. En efecto entendemos que la metodología cualitativa ofrece un marco privilegiado para abordar y comprender una realidad compleja y bio-cultural como es la del

⁵³ Una vieja polémica que lejos de atenuarse parece acrecentarse cada día, es la que opone el planteamiento de investigación denominado cuantitativo al cualitativo. *“Una posición que va desde la incompatibilidad absoluta que defienden algunos hasta la indiscriminación total. Sea lo que fuere de esta disputa que, a nuestro entender, es mas tribal que científica, es cierto que se dan una serie de hechos y de acontecimientos que la explican y fomentan”* (Ruiz Olabuénaga, 2009, p.11).

amamantamiento y la de los grupos de apoyo mutuo entre mujeres que se crean en torno a este fenómeno.

La investigación cualitativa o interpretativa/hermenéutica supone un proceso interpretativo cuya finalidad es comprender la realidad, frente a la intención explicativa causal, mediante hechos objetivos y análisis estadísticos, de la investigación cuantitativa. Por ello, aquélla nos permite una comprensión profunda de una determinada realidad social, tratando de describir el estado de una cuestión, que se plantea como problema de investigación, desde una perspectiva global y holística, es decir, se interesa por la comprensión personal, los motivos, valores y circunstancias que subyacen en las acciones humanas.

PERSPECTIVA DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA



Fuente: Flick, 2007, p. 40

Por ello consideramos este tipo de metodología investigadora como la más oportuna para abordar la realidad de los grupos de apoyo a la lactancia materna en nuestro entorno sociocultural, partiendo así de un planteamiento humanístico, que nos permita conocer en profundidad cómo funcionan y se organizan estos grupos, qué motivaciones, vivencias, experiencias e intercambios se dan entre las mujeres madres que participan y dan sentido a estos grupos de apoyo mutuo, y qué papel socioeducativo y de promoción de la salud desempeñan.

4.2.2. CARACTERÍSTICAS DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

Dada la diversidad de perspectivas teóricas dentro de la propia investigación cualitativa, resulta más fácil describir los rasgos de identidad que los aglutinan y en los que se reconocen cada una de las orientaciones, que establecer una definición estricta y rígida de esta orientación metodológica.

“Lo que verdaderamente caracteriza a los métodos cualitativos es su enfoque y finalidad, más que el procedimiento de investigación que utilizan para acceder al fenómeno a estudiar” (Pérez Serrano, 2001, p. 25).

Siguiendo a esta misma autora, podemos decir que la finalidad de esta orientación metodológica es penetrar, a partir de la sistematización, en los fenómenos de la vida cotidiana; explorarlos, analizarlos y reflexionar sobre ellos, mostrando su complejidad. Desde este enfoque, se hace posible acercarse de forma directa a los implicados en el fenómeno a estudiar, ver el mundo desde su perspectiva, ahondar en sus motivaciones, significados e interpretaciones: *“captar el significado completo de los universales concretos que se dan en cada fenómeno social”* (Ruiz Olabuénaga, 2009, p. 24).

Flick, U. (2007), expone los rasgos comunes a las diferentes posiciones teóricas en la investigación cualitativa, recogidas en la siguiente tabla.

RASGOS DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA
<ul style="list-style-type: none"> • La adecuación de los métodos y las teorías • Las perspectivas de los participantes y su diversidad • El poder de reflexión del investigador y la investigación • La variedad de enfoques y métodos en la investigación • La Verstehen⁵⁴ como principio epistemológico • La reconstrucción de casos como punto de partida • La construcción de la realidad como base • El texto como material empírico

Fuente: Flick, 2007, p. 42.

En un intento de describir las peculiaridades de la investigación cualitativa, establecemos una serie de características que a grandes rasgos identifican estos modos de investigar. Para ello nos basamos en las aportaciones realizadas por diversos autores tales como; Miles y Huberman (1984); Taylor y Bogdan (1984,

⁵⁴ Este término alemán divulgado por Max Weber (1964, pp. 5-12), que puede traducirse como “comprensión” hace referencia a la necesidad de comprender el fenómeno o acontecimiento de estudio desde el interior. “Lo que se ha de comprender es la visión de un sujeto o sujetos diferentes, el curso de las situaciones sociales, o las reglas culturales o sociales pertinentes a una situación” (Flick, 2007, p. 40).

1996); Lincoln y Guba (1985, 1994); McKernan (1999); Tójar (2006); Pérez Serrano (2001); y Ruiz Olabuénaga (2009). Así, la investigación cualitativa:

- Parte de una visión dinámica y compleja de la realidad.

La realidad a estudiar se muestra compleja, debiendo ser estudiada desde diversas perspectivas: social, cultural, educativa, etc. Este tipo de investigación se realiza desde una visión de la realidad como construcción social y cultural, donde muchos de los fenómenos están interrelacionados, y donde los valores se hallan integrados; por ello precisa de modelos metodológicos flexibles y diversos de aproximación a la realidad que nos permitan mirar más allá y con más profundidad.

- Su objetivo es la captación y reconstrucción de significado.

La investigación cualitativa pretende, desde la proximidad, captar el significado de las cosas (fenómenos, procesos, comportamiento, etc.), más que describirlas o explicarlas. En investigación cualitativa se investiga para comprender e interpretar la realidad, los significados y las intenciones. Comprender la realidad implica, entenderla en su globalidad, con todos sus elementos funcionando de manera conjunta y dentro de un contexto de referencia. Se reivindica así la perspectiva “holística” del conocimiento.

- Entiende el conocimiento como construido y contextual

La investigación cualitativa genera conocimiento, pero el conocimiento no se descubre sino que se construye en la vida cotidiana de las personas, en sus vivencias y experiencias personales y sociales. El conocimiento se construye para un espacio único y un determinado momento histórico, con una serie de elementos que lo constituyen y le dan sentido único; es por tanto contextual.

- Relación investigador/sujeto.

La comprensión debe ser empática, esto es, debe realizarse desde la perspectiva del otro, con las claves interpretativas del propio sujeto investigado. La interpretación busca el significado de la manifiesto, de lo explícito de las acciones de las personas investigadas, pero también lo

busca en lo encubierto, en lo implícito. Para algunos enfoques teóricos, la investigación implica también la participación crítica de los protagonistas, no solo con la realidad sino con todo el proceso de investigación, consiguiendo de este modo un proceso social de análisis reflexivo, un proceso dialéctico de reflexión- acción permanente.

- Metodología ecléctica

Su procedimiento es más inductivo que deductivo, se interesa por situaciones concretas y cotidianas. El diseño cualitativo va construyéndose a partir de los datos que se van recopilando. Para obtener esos datos el propio investigador es el principal instrumento. A parte de él mismo, para obtener información utiliza diversidad de procedimientos y estrategias.

- Está vinculada a la práctica

Se ocupa de los problemas o fenómenos vinculados a la práctica, a las acciones de la vida cotidiana, y al modo en que sus protagonistas se enfrentan a ellos. La relación teoría/ práctica se considera indisociable a partir de una relación dialéctica: la práctica es teoría en acción.

- Orientada al cambio

Investigar nos brinda la oportunidad del cambio y la mejora. Dado que la investigación pretende iniciar “posibles vías de acción”, así como “nuevos horizontes”, el investigador se muestra como un elemento comprometido y crítico, siendo mediador en los procesos de descubrimiento y comprensión de la realidad estudiada por parte de los implicados. El fin, en muchos casos, está relacionado con la emancipación, con dotarse de autonomía. Este aspecto es clave en la Investigación- acción colaborativa. Como expresa García (2009, p. 129): “*la I-A colaborativa busca, la creación de grupos y de sujetos conscientes y comprometidos en cambiarse a sí mismos y sus prácticas sociales, o lo que es lo mismo capacitados*”.

A modo de resumen podemos decir que la investigación cualitativa consiste en, desde la proximidad y vivencia de los sujetos particulares, recrear una

realidad concreta y cotidiana, en toda su complejidad y globalidad, y con la finalidad última de mejorar o cualificar la práctica.

4.2.3. CRITERIOS DE CALIDAD

Encontramos, en la literatura científica, diversas posturas ante el polémico asunto de cómo evaluar la calidad de la investigación cualitativa; posturas que van desde la aceptación de los criterios y estándares propios de la investigación cuantitativa, hasta posturas más alejadas que rechazan cualquier tipo de criterio dada la naturaleza de este tipo de investigación. En la mayoría de los casos los autores proponen, bien la reformulación de criterios como la fiabilidad y validez a los propósitos de la investigación cualitativa, o bien el desarrollo de nuevos criterios adecuados al método, diseñados a la luz de las teorías naturalistas, y que tengan en cuenta la especificidad y peculiaridades del proceso de la investigación cualitativa.

CRITERIOS DE CALIDAD EN INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

VERACIDAD (Guba 1981; Lincoln y Guba, 1985; 1994)	AUTENTICIDAD (Lincoln, 1995; Lincoln y Guba, 1994)	VALIDEZ EN INVESTIGACIÓN ACCIÓN (Waterman, 1988)	OTROS CRITERIOS (Sandín, 2000)
Credibilidad Transferibilidad Dependencia Confirmabilidad	Imparcialidad Autenticidad ontológica Autenticidad educativa Autenticidad catalizada Autenticidad Táctica	Dialéctica Crítica Reflexiva (reflexividad)	Nivel de teoría Transformación Cristalización del cambio Impacto o nivel de incidencia del proceso

Fuente: Tójar, 2006, p. 219

Como criterios alternativos para evaluar nuestra investigación tendremos en cuenta los señalados por Guba y Lincoln (1985; 1994). Estos autores distinguen tres tipos de criterios de calidad; los asociados a confiabilidad del estudio (criterios paralelos a los términos de validez y fiabilidad de la investigación cuantitativa) entre los que distinguimos la credibilidad, la transferibilidad y la

dependencia, los asociados a la autenticidad, y los criterios éticos. Respecto a los primeros, y descritos por Tójar (2006), hablamos de:

- Credibilidad: una información es creíble cuando el investigador aporta toda la información, de manera que se puede reconstruir su propuesta, su proceso reflexivo/interpretativo. Hablamos de transparencia en el proceso investigador.
- Transferibilidad: en la investigación cualitativa la transferibilidad se aplica horizontalmente, de caso a caso, de contexto a contexto, no verticalmente como es el caso de la generalización.
- Dependencia: consistencia de los resultados que tenemos ante nosotros.

Con el fin de garantizar estos criterios y, así, la calidad de la investigación, hemos recurrido en nuestro estudio a las siguientes estrategias:

- La recogida de material de adecuación diferencial, es decir a la utilización de diferentes instrumentos. En nuestro caso se han utilizado: notas de campo, entrevistas, cuestionarios y análisis de documentos.
- La permanencia en el contexto de investigación durante un tiempo relativamente extenso. La convivencia con los actores y la recogida de datos durante un periodo de tiempo prolongado, que en nuestro caso concreto fue de diez meses (febrero a diciembre de 2011).
- La observación persistente, es decir, la observación sistemática y científica en el escenario natural como primera fuente de recogida de información.
- Al juicio interjueces, para la revisión y validación de los instrumentos de recogida de datos y la elaboración de categorías de análisis de los mismos.
- Triangulación: triangulación entre los datos obtenidos a través de los diferentes instrumentos de recogida de datos de los distintos sujetos de la investigación. Esto otorga cohesión interna a la investigación y confiere una dimensión más holística y profunda al análisis.

Por último hay que tener en cuenta que la cuestión de la calidad en la investigación cualitativa debe ser un aspecto a considerar en todas las fases del proceso, no quedando limitada a momentos puntuales del mismo. Además de una serie de criterios metodológicos que se pueden aplicar a la investigación, es preciso considerar una serie de compromisos éticos y de capacidad reflexiva en cada una de las decisiones tomadas a lo largo de la investigación en relación a la elección del tema de investigación, a las estrategias metodológicas, al acceso a los escenarios y fuentes de información, a la selección de los informantes, al análisis de la información, a la elaboración y difusión del informe de investigación e incluso en relación a las competencias del investigador.

4.3. DISEÑO DE UNA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

4.3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de una investigación cualitativa está determinado por la flexibilidad y la provisionalidad⁵⁵. Supone, por tanto, una toma de decisiones que se sabe y se acepta de antemano que deberán ser alteradas a lo largo de la investigación.

“Se trata de elaborar un plan flexible sobre cómo se pretende abordar la investigación, a quién o a qué colectivo se dirige, y la manera prevista inicialmente de comenzar a construir el conocimiento acerca de la realidad humana objeto de estudio” (Sandoval, 1996, p.35).

En nuestra investigación, a pesar de que las decisiones que tomamos en relación al proceso investigador se han visto sometidas a un proceso de continua reformulación conforme avanzábamos en nuestro trabajo, se ha partido de un diseño de trabajo en el que las decisiones de partida se fundamentan en nuestro marco teórico, la bibliografía consultada, el conocimiento y experiencias previas y el sentido común.

Tras la delimitación del problema a estudiar, descrito en la hipótesis y objetivos de la investigación, seguimos un guión de trabajo básico y común a cualquier investigación cualitativa, en orden a responder a las cuestiones que se plantean en el proceso de la investigación cualitativa. Dicho guión se presenta a continuación:

⁵⁵ Para Valles (2003: 75) “El concepto de diseño emergente, así como la clave de la flexibilidad del diseño en los estudios cualitativos aparecen ya recogidos en los textos sobre metodología cualitativa, siendo el de Lincoln y Guba (1985) uno de los que han actuado de difusor. Marshall y Rossman (1989:45) por ejemplo, revelan la fuente citada, cuando aconsejan en su monografía titulada *Designing Qualitative Research* que se elabore un plan de investigación que incluya muchos de los elementos de los planes tradicionales, pero reserve el derecho a modificar, alterar y cambiar durante la recogida de datos. Para estas autoras la flexibilidad es crucial”.

ETAPAS DEL PROCESO INVESTIGADOR. GUIÓN DE TRABAJO

1 ^a FASE: Reflexión y preparación previa	Documentación inicial Identificación y delimitación del problema a estudiar Selección del contexto Preparación del investigador Elaboración del proyecto de investigación
2 ^a FASE Diseño y trabajo de campo	Entrada al campo Selección de grupos e informantes Diseño de las estrategias de recogida de información Recogida de información (aplicación de los instrumentos) Análisis preliminares Reajuste de muestra (recogida productiva)
3 ^a FASE Análisis de la información	Salida del campo Análisis intenso de la información
4 ^a FASE Difusión de conclusiones	Elaboración del informe de investigación Difusión de la información

Fuente: elaboración propia basada en Morse (1994)

4.3.1.1. Ámbito y contexto de la investigación

La investigación planteada se circunscribe al ámbito geográfico de la Región de Murcia, por lo que nos proponemos estudiar los GALM que operan en la región y de los que se tiene constancia de su funcionamiento a través de los datos publicados por la Federación Española de Asociaciones pro-Lactancia Materna (FEDALMA) y por la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN-UNICEF) consultados en ambas páginas web (www.fedalma.org y www.ihan.es) en el momento del diseño de la investigación.

4.3.1.2. Diseño Muestral

Para comenzar a hablar sobre las decisiones tomadas en relación al diseño muestral de esta investigación, tomamos como referencia la reflexión aportada por Flick (2007):

“Las decisiones de muestreo no pueden considerarse aisladamente. No hay decisión o estrategia que sea correcta por sí misma. La conveniencia de la estructura y el contenido de la muestra, y así la conveniencia de la estrategia elegida para obtener ambos, se puede evaluar únicamente con respecto a la pregunta de investigación del estudio: ¿qué casos son necesarios para responder a las preguntas de estudio, y cuántos?” (Flick, 2007, p. 85).

Para determinar qué grupos y mujeres van a formar parte de nuestra muestra, tenemos que partir de algunas ideas clave. Hablar de muestreo supone hablar del criterio de confianza que elegimos para garantizar la representatividad de la muestra, y por tanto del tipo de muestra.

Encontramos dos grandes tipos de muestra; las que usan las leyes probabilísticas del azar para garantizar la confianza, mediante la “representatividad”, y las que se sirven de algún otro criterio, que suelen denominarse intencionales. En la investigación cualitativa, enfocada más a estudiar a un individuo, una situación o unos pocos individuos o situaciones, y orientada hacia la profundización más que a la generalización, los criterios de representatividad de la muestra carecen de valor; usándose muestreos intencionales. (Ruiz Olabuénaga, 2009, p. 63)

Según el citado autor existen dos modalidades de muestreo Intencional:

1) Muestreo opiniático.

El investigador selecciona los informantes de la muestra siguiendo un criterio estratégico personal: los más fáciles, los que voluntariamente o fortuitamente le salen al encuentro, los que por su conocimiento de la situación o del problema a investigar se le antojan ser los más idóneos o representativos de la población a estudiar, o entran en contacto con el investigador a través de sujetos entrevistados previamente.

2) Muestreo teórico desarrollado por Glaser y Strauss (1967)⁵⁶.

⁵⁶ “El muestreo teórico es el proceso de recogida de datos para generar teoría por medio del cual el analista recoge, codifica y analiza sus datos conjuntamente y decide que datos recoger después y dónde

Es aquel en el que el investigador se preocupa de recoger la información más relevante para el concepto o teoría buscada. Esto le permite encontrar aquellas categorías de personas o sucesos que desea explorar más en profundidad, qué grupos analizar, dónde y cuándo encontrarlos, y qué datos solicitar de ellos. El muestreo teórico finaliza cuando se alcanza el nivel de saturación, es decir cuando dejan de aparecer nuevos conceptos o categorías.

Un método alternativo de muestreo es la estrategia de “muestreo completo”, éste muestreo está limitado de antemano por criterios que delimitan la totalidad de casos posibles de manera que todos se puedan integrar en el estudio.

El muestreo utilizado para la presente investigación, es un muestreo intencional no probabilístico, en el que el número de unidades que compone la muestra no estaba decidido de antemano. Desde esta base, se han combinado diferentes estrategias de muestreo.

4.3.1.2.1. Elección de los grupos

Para la elección de los GALM que formarán parte de nuestro estudio, se ha optado por un muestreo completo, en el que se han tomado, como criterios de acotación, los siguientes:

- Criterio geográfico/territorial: forman parte de nuestro estudio todos los grupos que operan dentro del ámbito geográfico de la Región de Murcia.
- Criterio temporal: se incluyen los GALM, que en el momento de la investigación convocan reuniones de madres de forma periódica.
- Criterio funcional: se estudian grupos cuya base es el apoyo mutuo entre mujeres-madres, descartándose cualquier otro recurso de soporte a la lactancia materna que no esté basado en la reciprocidad horizontal; como puedan ser talleres de lactancia, grupos de expertos, o consultas de lactancia.

encontrarlos, para desarrollar su teoría a medida que surge. Este proceso de recogida de datos está controlado por la teoría emergente” Glasser y Strauss (1967:45).

- Criterio temático: Los grupos de apoyo estudiados tienen como temática principal (aunque no única) la lactancia materna.

Siguiendo éstos criterios, encontramos en la región 15 grupos de madres de apoyo a la lactancia materna, que en el período en que se llevó a cabo el estudio, funcionaban con reuniones periódicas de madres, y que se convierten, por tanto, en objeto de nuestra investigación. Los GALM estudiados se distribuyen geográficamente por todo el territorio de la Región de Murcia.

4.3.1.2.2. Elección de las informantes

Para la elección de las mujeres informantes se ha combinado un muestreo teórico inicial (elección de informantes que, a la luz de nuestro marco teórico e hipótesis de partida, nos permitiera obtener la información relevante para nuestro estudio) con un muestro opiniático a lo largo del proceso de recogida de información (elección de los casos más accesibles, que voluntariamente quisieran participar, y los más idóneos en función de su conocimiento de la situación a estudiar). Como criterios estratégicos, para obtener una muestra rica en información, se han tenido en cuenta:

- Muestreo de informantes estratégicos: se parte de la premisa de que el conocimiento y la información están desigualmente distribuidos, por lo que resulta de mucho interés localizar a aquellas mujeres que poseen la mayor información sobre el fenómeno a estudiar.
- Muestreo de variedad máxima: por la que se seleccionan deliberadamente casos dispersos en los que se observan las comunalidades existentes, así como los casos en los que se ejemplifican las características de mayor interés.
- Muestreo de casos confirmadores o desconfirmadores: que sirven para completar el estudio y determinar cuándo se ha llegado a la saturación de la información.

Siguiendo las premisas expuestas, en nuestro estudio establecimos dos grupos de informantes diferenciadas; las responsables o coordinadoras de los grupos que nos sirvieron de informantes estratégicas por su conocimiento y

experiencia en el tema, y las mujeres madres que participaban en los grupos, cuya aportación sirvió para contrarrestar y complementar la información. En ambos casos se intentó llegar al mayor número de mujeres que voluntariamente quisieran participar, asegurando así una muestra rica y variada en la que encontramos diferentes realidades de mujeres en relación a sus características personales, experiencia en lactancia y crianza, y participación en los grupos. Es necesario destacar la implicación de las mujeres participantes, sobre todo de las mujeres que ejercían la función de responsables o coordinadoras de grupos, en el fomento y promoción de la lactancia materna y, por ende, su implicación con los propósitos de esta investigación.

El número de informantes quedó así definido en:

- 24 mujeres responsables o coordinadoras de los GALM, a las que se les realizó una entrevista en profundidad. Con esta muestra se consigue que todos los grupos estén representados por la persona o personas que ejercían esa función en el momento de la recogida de información, cubriendo prácticamente en su totalidad el universo de casos posibles.
- 85 mujeres participantes en los GALM, y que acudieron a las reuniones de cada uno de los grupos objeto de estudio, en el período de la investigación del estudio de campo, a las que se realizó un cuestionario.

4.3.1.3. Acceso a los grupos e informantes

Según Tójar (2006, p.195):

“El acceso al campo de estudio abre el primer período de contacto físico con la realidad social que se pretende investigar. De alguna forma es un punto de no retorno. El acceso es una fase compleja y delicada pues de ella depende una buena entrada en el campo o un recibimiento lleno de obstáculos”.

En este sentido, el éxito del acceso al campo y de las posteriores fases del proceso investigador, dependerá en gran parte de la relación que se consiga construir con los protagonistas de la realidad social que se pretende investigar,

por lo que el primer contacto con éstos será crucial. Tanto el acceso a los escenarios como a las fuentes de información, se llevarán a cabo bajo los siguientes principios:

- **Confidencialidad:** porque toda información recogida debe tener una difusión consensuada, respetándose en la medida de lo posible el anonimato de las personas implicadas.
- **Transparencia:** porque toda la información y todos los análisis y valoraciones deben estar a disposición de los implicados.
- **Espíritu de colaboración y profesionalidad:** porque la persona que desarrolla la investigación tendrá que mostrar en todo momento una actitud colaboradora estando dispuesta a participar y a corresponder, de manera profesional y en la medida que le sea demandado, en las situaciones compartidas.
- **Confianza y respeto mutuo:** porque el investigador tendrá que ganarse poco a poco esta condición, para que el resto de los principios puedan darse con naturalidad y la investigación sea fructífera, tanto desde la perspectiva de quien investiga, como de los participantes.

En nuestra investigación, una vez localizados los GALM que según las fuentes citadas anteriormente, existían en la Región de Murcia, nos dispusimos a contactar telefónicamente con las personas de referencia que se citaban, con el objeto de averiguar si el grupo continuaba funcionando, y localizar a la persona que en ese momento coordinaba o dirigía el grupo. En otros casos, en los que no se facilitaba teléfono de contacto del grupo, recurrimos a la información que nos proporcionaron las responsables de grupos con los que ya se había contactado, antiguas responsables o participantes de grupos, e incluso a información publicada en foros, blogs y páginas web de crianza y lactancia materna, que se citan en la bibliografía.

De esta manera se procedió a una depuración de la información sobre los GALM, en la que se descartaron grupos que ya no funcionaban, se incluyeron grupos de reciente funcionamiento, y se actualizó la información sobre las

personas que en ese momento ejercían de responsables o coordinadoras de los grupos, así como de los días, horario y lugar de las reuniones de madres.

A la vez que se llevaba a cabo este proceso de localización de los grupos, se inició el primer contacto con las protagonistas de la realidad social a investigar, en el que se les presentó la investigación y objeto de la misma, y se aprovechó para intercambiar impresiones sobre la realidad de la lactancia materna y de los GALM hoy día en nuestra región. Esta primera toma de contacto se realizó telefónicamente y posteriormente acudiendo por primera vez a los espacios de reunión.

4.3.2. RECOGIDA DE DATOS Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

Para la recogida de información se han utilizado diversas estrategias, ya que la variedad de métodos e instrumentos nos permite, partiendo de su complementariedad, mantener una mayor credibilidad en los resultados.

En investigación cualitativa son característicos instrumentos tales como la entrevista, la observación, y el análisis documental como mecanismos de recogida de datos. En nuestra investigación hemos utilizado estos tres (con diferente peso), además de un cuestionario semi estructurado. Así, hemos recurrido, a la:

- Asistencia a las reuniones de los GALM como observadora participante, y registro de las informaciones obtenidas mediante una hoja de registro de datos elaborada para la investigación.
- Recopilación de documentos (fuentes primarias y secundarias): memorias anuales de los grupos, registros de control de asistencia, proyectos, materiales editados por los grupos (trípticos, folletos, manuales, etc.), fotografías y materiales audiovisuales, noticias de prensa sobre la actividad de los grupos, y blog y páginas web de los grupos.
- Realización de entrevistas semiestructuradas a las mujeres fundadoras y/o responsables/animadoras en cada uno de los grupos objeto de la investigación.

- Cuestionario abierto, previamente validado, a las mujeres que acuden y participan en los GALM, en los momentos de contacto con los grupos a lo largo de la investigación.

4.3.2.1. Análisis documental

El análisis de los documentos reunidos se ha utilizado como fuente de información preliminar (para conocer las localizaciones, para conocer algo antes de desplazarse al contexto de investigación, conocer los grupos, sus funciones, etc.), y también como base de ideas para focalizar la observación y para preparar las entrevistas, e incluso para ilustrar el propio informe de investigación. Toda esta información se ha ido contrastando y revisando a medida que se ha realizado el trabajo de campo, a través de la observación, las entrevistas, los cuestionarios, e incluso con la incorporación de nuevos documentos. Y ello porque:

“La recogida de documentos escritos de cara a su análisis constituye una tarea preliminar básica que fundamenta, encauza y economiza la recogida de información posterior. Una buena recopilación documental sirve como marco de referencia en donde poder situar el resto de los datos. Los materiales escritos sirven como complemento y contextualización de los datos vivos conseguidos de otras fuentes” (Vega Moreno, en Pérez Serrano 2001, p. 262).

Para el estudio de los documentos (fuentes primarias y secundarias, elaboradas con una finalidad distinta a la actual investigación), se han seguido las siguientes etapas, descritas por Sandoval (1996, p. 138):

- Rastreo de documentos existentes y disponibles
- Clasificación de documentos obtenidos
- Selección de los documentos pertinentes
- Lectura profunda de los contenidos y realización de notas
- Lectura cruzada y comparativa de documentos, con la intención de ir construyendo una síntesis comprensiva global

4.3.2.2. Observación participante

La observación como herramienta de investigación social y técnica científica de recogida de información, es entendida y practicada como la entrada al conocimiento de una situación social, unas veces como parte de la misma y otras como simple espectador, y permite la inspección sistemática de lo que en ella ocurre. Por tanto:

“Supone contemplar sistemática y detenidamente cómo se desarrolla la vida social, sin modificarla ni manipularla, tal cual ella discurre por sí misma” (Ruiz Olabuénaga 2009, p. 125).

La observación científica se diferencia de la observación vulgar y cotidiana en que aquella comienza por la selección de un grupo, de un objeto específico de la tarea de observar, tarea que se desarrolla de forma deliberada, consciente y sistemática, ordenando las piezas, anotando los resultados de la observación, describiendo, relacionando y sobre todo tratando de captar su significado y alcance.

En función de la relación que se establezca entre participación y observación, se definen diferentes tipos de observación asociados al grado de implicación o distanciamiento con el grupo o realidad a observar. En este sentido se establecen cuatro roles sociales teóricos que van desde el participante completo hasta el observador completo, dejando como posturas intermedias el participante como observador y el observador como participante⁵⁷. Éste último supone un rol social en el que se prioriza la observación y los propósitos de la investigación, sobre la participación. Se trata generalmente de un alguien externo, no nativo, que es aceptado por el grupo y que participa con cierta distancia física y psicosocial.

En la observación participante, el observador tiene que dejar a un lado sus ideas previas, su propia cultura y sus valores para aceptar e integrar las del grupo, porque si no corre el riesgo de distorsionar el conocimiento de la realidad.

⁵⁷ La tipología clásica de roles, atribuida a Junker (1952) y a Gold (1957), ha sido adaptada o adoptada por varios autores como Denzin (1970), Schatzman y Strauss (1973), Hammersley y Atkinson (1983), Ruiz Olabuénaga (1996) y Valles (1995), entre otros.

Pero además, el investigador debe tener cuidado de no identificarse por completo con los comportamientos, actitudes e intereses del grupo, convirtiéndose en parte del grupo sin capacidad objetividad ni reflexiva sobre lo observado. El investigador debe ser capaz de mantener una doble perspectiva, interna y externa, respecto al grupo observado.

Por otro lado, en la observación participante de grupos sociales es importante tener en cuenta que se va a establecer, como condición necesaria, un contacto directo e inmediato con los actores sociales. La sola presencia del observador y la forma en que se presente (autodefiniéndose a sí mismo y auto delimitando su forma de actuar), crea una imagen de sí mismo que los demás utilizarán como base para su relación y comunicación con él. Lo que el observador ve y lo que los demás le cuentan, depende de la posición social que se adopte. Esta posición social debe ser plausible y legítima, para que pueda ser creíble y aceptada por los sujetos del grupo. Al mismo tiempo, tendrá que tener presente, la marginalidad, como estrategia personal de contacto, para poder acceder a todos los intereses y ámbitos del grupo, sin identificarse completamente con ninguno de ellos, y poder así, obtener el máximo de eficacia en la recogida de información.

En nuestra investigación, la observación participante ha tenido como escenario los GALM, convirtiéndonos nosotras mismas en una madre más del grupo, aceptando las normas y formas de funcionamiento de los grupos, compartiendo sus experiencias y haciendo posible una verdadera inmersión en la realidad social a estudiar. Todo ello sin olvidar nuestro papel de observadora, papel conocido y negociado con los miembros de todos los grupos. Para facilitar la reflexión posterior a lo observado, nos hemos apoyado en una hoja de registro elaborada para la ocasión (anexo IIA), que nos guiará en el proceso pero siempre dejando un margen de flexibilidad. La observación se ha realizado en varias sesiones, asegurando la asistencia al menos a dos reuniones de cada uno de los grupos estudiados y en períodos alternos. También hemos participado, como investigadora, en diversos actos organizados por dichos grupos.

Todo ello nos ha permitido poder utilizar la observación como herramienta para contrastar lo que se dice o se escribe (entrevistas y cuestionarios) con lo que se hace, y poder redefinir y reencauzar la investigación durante el proceso de recogida de información.

4.3.2.3. Entrevista

4.3.2.3.1. Definición y tipo

La entrevista cualitativa o entrevista en profundidad ha anidado fuertemente como técnica fundamental de indagación, junto a la observación, en la investigación cualitativa. En palabras de Denzin (1994, p. 353), la entrevista supone *“la herramienta metodológica favorita del investigador cualitativo”*. En nuestra investigación esta herramienta ha sido utilizada como instrumento clave de recogida de información.

La entrevista en profundidad supone una técnica de obtención de información, mediante una conversación profesional, con una o varias personas para un estudio analítico de investigación, o para contribuir en los diagnósticos o tratamientos sociales. (Ruiz Olabuénaga, 2009, p.165). Con esta denominación se pretende dejar claro el interés por obtener información no superficial, que ahonde en los temas relevantes y que sea persistente en el propósito de interrogar con exhaustividad. Una entrevista no es una mera conversación, aunque deba compartir con ella la espontaneidad y la familiaridad, ya que la importancia recae en lo que el entrevistado nos cuenta (flujo unilateral de información). Para diferenciar la entrevista científica de la conversación común, Ortí (1998) señala tres cuestiones fundamentales a tener en cuenta, y que aparecen coincidentemente en la mayoría de las definiciones dadas:

- La entrevista es una conversación (intercambio directo) con una finalidad fijada a partir de unos objetivos de investigación. (finalidad clara).
- La relación entre el entrevistado y el entrevistador es asimétrica. El entrevistador hace preguntas y la persona entrevistada habla sobre sus experiencias.

- La interacción comunicativa es manejada por el entrevistador, él es el encargado de organizar y mantener la conversación hasta conseguir toda la información necesaria.

Por otro lado es importante destacar el carácter flexible y dinámico de la entrevista cualitativa, alejado de la excesiva estructuración. La entrevista en profundidad no es un interrogatorio, sino que comprende un desarrollo de interacción creador y captador de significados, en el que influyen decisivamente las características personales del entrevistador y del entrevistado. La entrevista lejos de ser neutral, implica, por tanto, una situación relacional única. Otra de sus características, y que la diferencia de la observación participante, es la artificialidad. La observación ocurre en escenarios y situaciones naturales, mientras que la entrevista se desarrolla en un marco artificial de convivencia, en el que cobra especial importancia la relación entre investigador y actor social. En la entrevista el investigador busca encontrar lo que es importante y significativo para los informantes, tal y como ellos lo ven, lo interpretan, y lo experimentan. En palabras de Taylor y Bodgan (1994), *“Son encuentros dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan, con sus propias palabras”*.

En relación a la variedad de clases de entrevistas que podemos encontrar, incluso dentro de lo que denominamos entrevista cualitativa, podemos establecer una serie de categorías o características para su clasificación (Rodríguez, Gil, y García, 1996):

- Número de participantes: tenemos así entrevistas sostenidas con un solo individuo (individuales) o con un grupo de personas (grupales).
- Tema: entrevistas que cubren un amplio espectro de temas (biográficas) o monotemáticas (entrevistas enfocadas).
- Nivel de dirección y estructuración: entrevistas dirigidas en las que el entrevistador lleva la iniciativa de la conversación con un formato cerrado (estructuradas), o aquellas en las que el entrevistador sigue un esquema

general y flexible de preguntas en cuanto a orden, contenido, y formulación de las mismas (no estructuradas).

La entrevista en profundidad utilizada en nuestro estudio, se refiere a una entrevista individual, holística, y semiestructurada. Es decir, se partió de una conversación individualizada (repetida con diversos sujetos), en la que intentamos recorrer panorámicamente el mundo de significados de nuestras entrevistadas, pero referido a nuestro tema de estudio, y siempre bajo la dirección y control del entrevistador, pero sin rigidez en cuanto a contenido o desarrollo de la entrevista. Partimos de un guión para la realización de las preguntas, pero con posibilidad de modificaciones en la redacción y orden de las cuestiones, en función de cada entrevistada y del desarrollo de la propia entrevista.

La guía de entrevista supone un guión que estructura el curso de la entrevista de manera más o menos detallada. Para nuestro tipo de entrevista semi-estructurada se prepararon una serie de secuencias de preguntas estructuradas por temas que se debían cubrir para obtener la información deseada. Pero desde la idea de que dentro de los bloques temáticos debía existir flexibilidad para cambiar el orden, obviar cuestiones, o realizar segundas preguntas, o para profundizar más en algunas cuestiones; todo ello en función del transcurso de la entrevista y de las respuestas de la entrevistada; intentando así clarificar los significados pertinentes para nuestra investigación. Como dice Kvale (2011, p. 88) *“Los entrevistadores que saben lo que preguntan y por qué lo preguntan intentarán aclarar los significados pertinentes para el proyecto durante la entrevista”*.

4.3.2.3.2. Guía de entrevista

Hemos de tener en cuenta que un guión demasiado estricto puede hacer demasiado rígida la entrevista, no dando cabida a la espontaneidad o profundización en temas de interés para la investigación; por su parte, un guión demasiado abierto puede dificultar el posterior análisis de la información, desviándonos del objeto de estudio de la investigación. En sintonía con el principio de la “anticipación” cuando se prepararon las preguntas de la entrevista, se tuvo en cuenta la etapa posterior del análisis (Kvale, 2011, p. 85).

Para elaborar las preguntas que se incluirían en cada bloque se consideraron criterios temáticos, es decir, que la secuencia de preguntas contribuyera temáticamente a la producción de conocimiento; y criterios dinámicos, es decir, que la secuencia de preguntas fomentase una buena interacción de la entrevista, manteniendo el flujo de la conversación. Además, en la formulación de las preguntas se tuvieron en cuenta otros criterios como que las preguntas fueran cortas, fáciles de entender, desprovistas de lenguaje académico y de dobles sentidos, útiles, y oportunas, evitando preguntas dobles o preguntas ambiguas.

En relación a su contenido, existen diferentes clasificaciones de las preguntas de una entrevista, nosotros siguiendo la propuesta de Patton (1980), recogimos en nuestro guión de entrevista (Anexo IIB) los siguientes tipos de preguntas: preguntas biográficas, preguntas sensoriales, preguntas sobre experiencia/conducta, preguntas sobre sentimientos, preguntas sobre conocimientos, y preguntas de opinión/valoración.

- Las preguntas biográficas se formulan para conocer las características de las personas entrevistadas (preguntas 1, 2, 3, 4, 8, 9).
- Las preguntas sensoriales son cuestiones relativas a lo que se ve, se escucha, toca, prueba, etc.
- Las preguntas sobre experiencia/conducta se formulan para saber lo que hace o ha hecho una persona. A través de ellas se pretende que el entrevistado describa experiencias, conductas, acciones y actividades que habrían sido visibles de haber estado presente un observador (preguntas 5, 7, 10, 11, 13, 14, 15, 50, 21, 22, 23, 24, 25, 26).
- Las preguntas sobre sentimientos están dirigidas a recoger las respuestas emotivas de las personas hacia sus experiencias (preguntas 6, 51, 52).
- Las preguntas sobre conocimiento se formulan para averiguar la información que el entrevistado tiene sobre los hechos o ideas que

estudiamos (preguntas 12, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 27, 28, 37, 38, 39, 41, 42, 43, 44, 46, 47, 49).

- Las preguntas de opinión/valoración se plantean para conocer el modo en que valoran determinadas situaciones y nos indican lo que piensan las personas sobre un tema. También nos permiten recoger información sobre sus intenciones, metas y deseos (preguntas 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 40, 45, 48, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62).

Esta clasificación de las preguntas de entrevista se presenta a modo orientativo, ya que tenemos que tener presente la dificultad para delimitar las informaciones aportadas por las entrevistadas sobre sus conocimientos, experiencias, opiniones, y sentimientos. La clasificación no deja de ser artificial, ya que las personas respondemos y nos situamos de manera global ante la realidad. En la guía de entrevista se incluyeron además: preguntas introductorias y de sondeo, preguntas directas (para introducir temas), preguntas de profundización, y de estructuración (para reorientar la entrevista) y preguntas de reflexión e interpretación. Estos tipos de preguntas, se refieren a momentos diferentes en el proceso de acercamiento y abordaje del problema de investigación.

4.3.2.3.3. Escenario de la entrevista

De acuerdo con lo que plantea Kvale (2011, p. 83):

“El establecimiento del escenario de la entrevista debe animar a los entrevistados a describir su punto de vista sobre su vida y su mundo. Los primeros momentos son decisivos. Los entrevistados desearan hacerse una idea de cómo es el entrevistador antes de lanzarse a hablar libremente y exponer sus experiencias y sentimientos a un extraño”.

Se establecieron dos contactos previos con las entrevistadas, uno antes de la cita de la entrevista y otro al inicio de la entrevista.

El primer contacto se realizó presencialmente, aprovechando el inicio o final de una reunión de madres y, en algunos casos, telefónicamente. El objetivo

del mismo fue presentar la investigación, aportar información sobre la figura de la investigadora y el propósito de la misma, conocer la predisposición a participar en la investigación, aclarar dudas y compartir impresiones. En éste primer encuentro, se aprovechó también para concertar día, lugar y hora para realizar la entrevista. En la medida de lo posible, se intentó respetar al máximo las exigencias o preferencias de las entrevistadas respecto al momento y lugar elegidos para realizar la entrevista.

El segundo contacto informativo, tuvo lugar al inicio de la entrevista, en él se volvió a exponer brevemente el propósito del encuentro y el uso de la grabadora para registrar la información; además se le preguntó a las entrevistadas si tenían alguna duda o aclaración que manifestar antes de comenzar la grabación de la entrevista. Así mismo, las entrevistas se concluyeron con un momento de reflexión final en el que, tras informarles de que habíamos finalizado con las cuestiones previstas, se les preguntaba si había algo más que a ellas les gustaría añadir antes de dar por finalizada la entrevista, dando la oportunidad de sacar a la luz cuestiones o pensamientos en los que hubiera estado pensado a lo largo del transcurso de la entrevista. Una vez fuera de la grabación, se comentó con las mujeres cómo había sido la experiencia de ser entrevistadas.

Tras cada entrevista, se recogieron en el diario de investigación anotaciones sobre las impresiones e informaciones generales obtenidas en el encuentro y que posteriormente sirvieron para recrear el escenario o contexto de cada una de las entrevistas.

4.3.2.3.4. El proceso de entrevista

En el desarrollo de la entrevista, es decir, en el momento de recogida de la información, tenemos que tener en cuenta tres procesos, que se interrelacionan y se influyen mutuamente:

- El proceso social de interacción personal
- El proceso técnico de recogida de información
- El proceso instrumental de conservación de la información

La entrevista, como ya se ha mencionado, es un acto de interacción personal entre el entrevistador y el entrevistado, en el cual, en palabras de Ruiz Olabuénaga (2009, p. 174), se efectúa:

“Un intercambio de comunicación cruzada, a través del cual, el entrevistador transmite interés, motivación, confianza, y garantía; y el entrevistado devuelve, a cambio, información personal en forma de descripción, interpretación y evaluación”

Nuestro proceso de entrevista se desarrolló desde un marco de confianza y respeto mutuo, en el que la interacción entrevistada-entrevistadora fluyó con naturalidad y partiendo de la premisa de un interés compartido: el fomento y promoción de la lactancia materna. Como condiciones necesarias para asegurar una adecuada interacción social, se tuvieron en cuenta:

- La empatía: sólo tras una auténtica aceptación por parte del entrevistado puede iniciarse una entrevista fecunda. Supone una garantía de fidelidad y respeto del contenido solicitado.
- La familiaridad debe ser el marco desde donde se desarrolle la entrevista. Esta no implica un marco de igualdad (que objetivamente no existe entre los dos interlocutores), pero sí implica la ausencia de suspicacias, recelos, minusvaloraciones, reticencias, etc. Cada entrevistado debe definir sus condiciones de entrevista, las cuales deben ser respetadas por el entrevistador. Se trata de crear un ambiente de solidaridad y colaboración mutua, evitando actitudes, tanto de prepotencia o autoritarismo, como de servilismo.
- La escucha activa: el mutuo entendimiento inicial, debe transformarse en interés y atención por escuchar y expresar, por oír y contar. En la escucha activa juega un papel muy importante la comunicación no verbal (silencios, gestos, postura...) que enriquece y hace mas efectiva la comunicación verbal.

- La comprensión profunda: supone ser capaz de captar toda la profundidad y espectro de las emociones del entrevistado, así como ser capaz de hacérselo saber.

La interacción social de la entrevista es el soporte utilizado por el entrevistador para lograr su objetivo: sonsacar al entrevistado la experiencia, el significado que él solo posee. Para conseguir este objetivo hace falta una estrategia, una técnica que incremente el volumen de información significativa, su calidad, y reduzca los efectos de la presencia del entrevistador sobre la entrevistada. La estrategia comienza por la elección del lugar y momento más apropiado para realizar la entrevista, y por la preparación de la misma, aspectos ya descritos. Posteriormente, y una vez pasados los primeros momentos de presentación y de asunción de roles, cobran especial importancia las “tácticas” del entrevistador, es decir las estrategias de comunicación verbal y no verbal empleadas en la situación de entrevista. Hay en la literatura sociológica y psicosocial diversas aportaciones en este sentido, nosotros recogemos la síntesis elaborada por Valles (2003, p. 220):

- Táctica del silencio.
- Tácticas de animación y elaboración.
- Táctica de reafirmar y repetir.
- Táctica de recapitulación o elaboración retrospectiva.
- Táctica de aclaración.
- Táctica de cambiar de tema.
- Táctica de la post- entrevista (a micrófono cerrado).

Por su parte Ruiz Olabuénaga (2009) establece tres estrategias en el proceso de sonsacamiento:

- La lanzadera-embudo: consiste en iniciar un tema abordándolo en primer lugar con una pregunta abierta de carácter general, para luego ir en pasos sucesivos, concretando, aclarando y minimizando.

- El relanzamiento para desbloquear, con diferentes estrategias comunicativas, posibles bloqueos en la conversación.
- El control: aplicado por el entrevistador sobre la información recibida como garantía de validez de la información, ya que no podemos obviar que en el proceso de entrevista la información es captada de forma vicaria y mediatizada por el entrevistado. Como elementos a controlar se consideran las citas y datos descriptivos, inconsistencias y ambigüedades, idealizaciones, e interpretaciones superficiales.

Como último proceso en el desarrollo de la entrevista, tenemos el proceso de registro y conservación de la misma. Para ello, en nuestra investigación hemos recurrido a la grabación en audio de las entrevistas, por considerar la forma más adecuada, ya que nos permite prestar la mayor atención al proceso comunicativo (liberándonos de la toma de notas) y asegurando la fiabilidad, pero sin romper en exceso la espontaneidad del proceso comunicativo. En todo momento se informó a las mujeres de que las entrevistas iban a ser grabadas, dejando que ellas pudieran expresar su acuerdo o desacuerdo al respecto. Posteriormente, a micrófono abierto, se les pidió autorización para la grabación de la entrevista, y se les aseguró la confidencialidad de todos los datos que aportaran, así como el uso legítimo de los mismos (utilización para los propósitos de la investigación y no para cualquier otro fin).

4.3.2.3.5. Transcripción de las entrevistas

Si los datos han sido registrados utilizando medios técnicos, su transcripción es un paso necesario en el camino hacia su interpretación. Como criterios generales para determinar el sistema de transcripción utilizado para el discurso hablado, O'Connell y Kowall (1995) establecen tres elementos: manejabilidad, legibilidad, y capacidad para ser aprendida e interpretada.

Más allá de las claras reglas de cómo transcribir afirmaciones, turnos, interrupciones, etc., y teniendo en cuenta el anonimato de determinados datos, se ha realizado una transcripción textual, (aunque no al pie de la letra) que estuviera en consonancia con el propósito de la investigación, y que facilitara el posterior

análisis e interpretación de la información. Todas las entrevistas fueron transcritas por la investigadora, ya que en palabras de Kvale (2011, p. 126):

“los investigadores que transcriben sus propias entrevistas aprenderán mucho sobre su propio estilo de entrevista; hasta cierto punto tendrán presentes durante la transcripción los aspectos sociales y emocionales de la situación de entrevista o los reavivarán, y comenzarán ya el análisis de significado de lo que se dijo”.

4.3.2.4. Cuestionario

Rodríguez, Gil y García (1996) definen el cuestionario como una forma de encuesta caracterizada por la ausencia del encuestador, por considerar que para recoger información sobre el problema objeto de estudio es suficiente un análisis impersonal de la información obtenida del encuestado.

En este sentido el cuestionario es una técnica de recogida de información en el que las preguntas establecidas de antemano se plantean siempre en el mismo orden y en los mismos términos, teniendo como base un formulario previamente preparado y normalizado.

La finalidad del cuestionario, al contrario que la entrevista en profundidad, es abordar el problema objeto de estudio desde una óptica exploratoria, sondeando opiniones, y no tanto obtener una reflexión profunda del tema en cuestión. Como ventajas de esta técnica, podemos mencionar la posibilidad de recoger información de un grupo numeroso de personas, con un coste relativo de tiempo y esfuerzo, ya que mantiene un formato común de cuestiones y no precisa de la presencia del investigador. Por otra parte, su mayor limitación consiste en la imposibilidad de obtener explicaciones o aclaraciones complementarias, fruto de la relación directa entrevistador- entrevistado.

Con esta premisa, se ha elegido este instrumento de recogida de información, con la finalidad de poder recabar la procedente de un número relativamente grande de mujeres/ madres que participaba en reuniones de GALM, para poder, así, completar y contrastar la información que las responsables de los grupos nos ofrecían en las entrevistas en profundidad, y dando mayor

consistencia a la investigación. Al ser un número elevado de mujeres las que participaban tuvimos que optar por un formulario de preguntas establecidas de antemano, que las mujeres respondían sin la presencia del investigador.

4.3.2.4.1. Planificación y formulación de los cuestionarios

La planificación de un cuestionario implica diseñar un conjunto de cuestiones que suponga concretar las ideas, creencias o supuestos del encuestador en relación con el problema de estudio. El investigador se formula preguntas acerca de ese problema teniendo como referente las hipótesis o supuestos de partida, la experiencia previa, y los modelos teóricos que las fundamentan. A partir de ese esquema conceptual se diseñan una serie de cuestiones o cuestionario piloto, que se convertirán en el cuestionario definitivo tras su validación.

De esta manera la elección del tipo de cuestiones estará condicionada por el esquema conceptual previo y por el tipo de información que se pretenda recoger, lo que determinará en gran medida el tipo de cuestionario. Cuando lo que se pretende es buscar una información más cualitativa que descriptiva, las preguntas deben indicar tanto las opciones que se ofrecen al encuestado, como la gama continúa dentro de la que se buscará la respuesta (Gil 1994).

Según Fox (1980), no hay ningún aspecto del cuestionario que sea tan decisivo como el de la preparación y selección de los modelos de respuesta. Un cuestionario puede contener uno o varios modelos posibles de respuesta, pero lo que siempre se debe asegurar es que los modelos de respuesta del cuestionario cumplen un doble objetivo. Por un lado dar la posibilidad a todos los encuestados de responder de un modo que se refleje razonablemente su respuesta, y por otro lado, proporcionar al investigador los datos que necesita y en la forma que los necesita, para responder al problema de investigación.

Como modos de pregunta, principalmente, señalamos dos; las preguntas abiertas y las preguntas cerradas. Éstas a su vez se subdividen en otras, las cuales dependen del conocimiento y creatividad del investigador.

- Las preguntas abiertas o libres permiten al encuestado responder de forma espontánea, pero es conveniente tener en cuenta la longitud de la posible respuesta limitando el espacio. Son útiles para clarificar preguntas cerradas, obtener razones respecto a preguntas específicas, y para confrontar la confiabilidad de las respuestas⁵⁸.
- Las preguntas cerradas, a la inversa de las abiertas, ofrecen al encuestado respuestas preseleccionadas. Pueden ser dicotómicas o de elección múltiple. Las preguntas dicotómicas (generan alternativas opuestas) son fáciles de codificar pero pueden llevar al encuestado a querer opinar o aclarar, o a la indecisión en su respuesta. Las preguntas de elección múltiple son más flexibles que las anteriores, ofreciendo varias alternativas de respuesta cuyo número se determina de acuerdo con el estudio y objetivos de éste.

Otro problema importante, que se plantea en el diseño del cuestionario, más allá del contenido, es el formato que elijamos y cómo éste va a facilitar las respuestas del encuestado. En este sentido, al elaborar el cuestionario también es necesario prestar atención a elementos como son la presentación, la explicación de su cumplimentación, la confidencialidad, los agradecimientos, la extensión de preguntas, y su estructura y diseño en el papel.

Para asegurar un porcentaje de cumplimentación y devolución de cuestionarios adecuados, Fox (1980), señala la conveniencia de seguir las siguientes fases:

- Limitación de la extensión del cuestionario para que los sujetos preguntados tengan que dedicar el menor tiempo posible a la tarea de contestarlo.
- Estructuración del modelo de respuesta en el mayor grado posible.
- Redacción del material introductorio de un modo elocuente y sincero para que los sujetos conozcan la finalidad de la investigación y el uso que

⁵⁸ En los cuestionarios y otros instrumentos de recogida de datos es conveniente incluir preguntas de confiabilidad. "Para identificar la consistencia en las respuestas y cuidado al responder se plantean algunas preguntas en diferente forma y partes del cuestionario" (Pardo de Véllez y Cedeño, 1997, p. 250).

se hará de los datos, para que se convenzan de que es una finalidad útil y deseable.

- Arbitrar algún sistema para que los sujetos conozcan, si lo desean, los resultados de la investigación, de modo que el intercambio de información sea una calle de dos direcciones, y no de una sola.

Siguiendo toda estas premisas, se diseñó un cuestionario, compuesto por 25 cuestiones, combinando preguntas cerradas, preguntas de elección múltiple pero con una última opción de respuesta abierta, preguntas abiertas y enunciados con escala tipo Likert (Anexo IIC). Las preguntas se ordenaron en función de los temas y de su igual forma de respuesta para facilitar así la tarea al encuestado. El cuestionario comienza con una presentación en la que se solicita la colaboración de forma voluntaria de la mujer, se explica la finalidad del estudio y la forma de cumplimentarlo y se asegura la confidencialidad de la información obtenida. Posteriormente se plantean primero las cuestiones relacionadas con los datos personales y de su experiencia de lactancia materna y crianza, siguiendo con las cuestiones relacionadas con su participación en el grupo y su valoración de la misma, y se finaliza con dos preguntas abiertas en los que se da la posibilidad de aportar información de forma libre, concluyendo con un agradecimiento.

Las cuestiones relacionadas con la valoración de la experiencia en el GALM, se diseñaron siguiendo una escala tipo Likert, o escala de orden sumativo, compuesta por un conjunto de enunciados agrupados por aproximadamente un mismo valor actitudinal o valorativo. Cada uno de los respondientes expresa para cada enunciado el grado de intensidad según su acuerdo o desacuerdo, a lo largo de la escala. En nuestro cuestionario, se establecieron cinco categorías de respuesta para alcanzar un mayor valor de varianza, considerando el 1 como “no, nada” y el 5 como “muy mucho”.

En relación a la forma de redactar las preguntas, se han tenido en cuenta tanto las características de las personas encuestadas, como el propio tema del estudio. También se han seguido las recomendaciones aportadas por Ander-Egg (1980):

- Las preguntas deben ser sencillas, claras, concretas y concisas en su formulación.
- En la elección de las palabras, no solo se tendrá en cuenta el vocabulario utilizado por las personas interrogadas, sino también un sistema de referencia, en lo que respecta a su equivalencia semántica.
- Las preguntas deben posibilitar una sola interpretación, inequívoca e inmediata.
- Cuando la pregunta tiene un abanico de alternativas, éste debe adecuarse al propio contenido, manteniendo una coherencia gramatical entre la pregunta y las posibilidades de respuesta.
- Las preguntas no deben sugerir las respuestas, incitando a responder en un sentido más de lo que lo hacen en otro.
- Cada pregunta debe contener una sola idea y referirse a un solo sujeto.

4.3.2.4.2. Administración de los cuestionarios

Una vez estructurado y diseñado nuestro cuestionario, se presentó a tres expertos para su validación, tras las modificaciones propuestas se procedió a probarlo con una pequeña submuestra, con el objeto de observar si existían dificultades o dudas al responder las cuestiones y si con dichas respuestas se obtenía la información necesaria para abordar los objetivos de la investigación. Esta comprobación se realizó con un grupo de diez mujeres de un GALM, y se administró el cuestionario en presencia del investigador para poder recoger las dudas o sugerencias planteadas.

Ya elaborado el cuestionario definitivo, se procedió a su administración. Dichos cuestionarios se entregaban a las mujeres aprovechando un momento de la reunión de grupo, previa explicación de la finalidad del estudio y de las normas de cumplimentación. En todo momento se hizo hincapié en la confidencialidad de los datos recogidos, y de la voluntariedad en la participación, agradeciendo en cualquiera de los casos la atención y el interés prestado. El cuestionario se

acompañó de un sobre con el franqueo pagado y la dirección a la que debían enviar el cuestionario una vez cumplimentado.

4.3.3. ANÁLISIS DE DATOS

Al hablar de análisis de datos en la investigación cualitativa, debemos aclarar, como propone Tójar (2006, p. 284), que:

“Aunque conceptual y didácticamente se puede hablar de análisis de datos, desde enfoques cualitativos, esta fase no está constituida por un periodo independiente y diferenciado temporalmente en la investigación. El análisis de datos se encuentra en completa interacción con otras fases de la investigación como la obtención de información. Se establece así un flujo de información retroalimentada que debe enriquecer tanto la producción como el propio análisis de datos. Del mismo modo resulta muy complejo distinguir periodos de análisis del momentos de interpretación”.

El proceso de análisis cualitativo procede de forma cíclica y circular, lo que implica que la información es sometida a múltiples lecturas y procesos de organización, aspecto que lo diferencia claramente del análisis cuantitativo.

El análisis cualitativo implica ordenar y organizar la información disponible, además de orientar su búsqueda, elaborar patrones, categorías y unidades de análisis con los que reorganizar las primeras unidades seleccionadas. Pero supone además interpretar, asignar significados, describir y comprender los patrones encontrados y buscar conexiones entre estas y otras categorías. Por último analizar cualitativamente incluye valorar, elaborar y razonar juicios sobre criterios que se han hecho explícitos, usando claves internas de interpretación.

4.3.3.1. Análisis de contenido

En la presente investigación, se ha utilizado el análisis de contenido como técnica cualitativa de análisis de la información, ya que es uno de los procedimientos clásicos de análisis de material textual más utilizados, con independencia de su procedencia. El análisis de contenido fue definido en 1952 por Berelson al describirlo como una técnica de investigación para la descripción

objetiva, sistemática y cuantitativa del contenido manifiesto de la comunicación. Más tarde han ido apareciendo concepciones del análisis de contenido en que desaparecen los requisitos de que el análisis deba ser cuantitativo y que el contenido objeto de estudio deba ser manifiesto. En esta línea encontramos las definiciones dadas por López Aranguren (1998, p. 336) quien lo caracterizó como una técnica de investigación que consiste en *“el análisis de la realidad social a través de la observación y del análisis de los documentos que se crean o se producen en el seno de una o varias sociedades”* y por Krippendorff (1990, p. 28), para el cual este tipo de análisis es una *“técnica de investigación destinada a formular, a partir de ciertos datos, inferencias reproducibles y válidas que puedan aplicarse a un contexto”*.

En la actualidad se reconoce que el análisis de contenido puede utilizar técnicas cualitativas y no está limitado al contenido de la comunicación escrita ni al contenido manifiesto de los mensajes.

El propósito del análisis de contenido es poner de manifiesto los significados, tanto los manifiestos como los latentes, y para ello selecciona la información relevante, la clasifica y codifica en categorías que representen más claramente el sentido, y la analiza para extraer las correspondientes conclusiones.

Como etapas del plan de trabajo para el análisis de contenido en nuestra investigación, señalamos:

- Análisis del material
- Reducción de datos e identificación de las unidades de contenido
- Determinación del sistema de categorías y codificación (codificación previa, revisión del sistema y codificación completa)

4.3.3.1.1. Análisis del material

Esta etapa consiste en una constante y recurrente vuelta a las notas e informaciones recogidas (notas de campo al hacer la observación participante, transcripciones de las entrevistas, y otras notas realizadas en la lectura de documentos), con el fin de reflexionar sobre ellas, estudiarlas, completarlas,

buscar relaciones, etc., de manera que el investigador conozca en profundidad la información disponible.

Masson (1996: 109) habla de tres formas de “leer” las informaciones: la lectura literal, que busca conocer el contenido, la estructura y el uso dado a las palabras, la lectura interpretativa, que busca conocer lo que las palabras quieren decir, lo que significan y representan, y por último la lectura reflexiva, que reivindica el papel del lector/investigador, como agente participante en el proceso de producción e interpretación de la información.

De las reflexiones e ideas que van surgiendo en este proceso de lectura, surgen los temas emergentes, a partir de los cuales se elaboraron los primeros esquemas de clasificación o categorías de análisis.

4.3.3.1.2. Identificación de las unidades de contenido

La identificación de las unidades de contenido supone descomponer, separar y disociar en unidades más pequeñas los materiales y registros (transcripción de las entrevistas) resultantes de las etapas anteriores de la investigación. Así las unidades de contenido se irán seleccionando y conservando desde la consideración de datos oportunos o elementos del texto sobre los que se centra el análisis. Estas unidades pueden ser palabras, conjuntos de palabras o temas.

“Las unidades de análisis son elementos de significado que encontramos en segmentos relevantes de los relatos y, en los que se van a basar las tareas de categorización y codificación posteriores que tendremos que realizar. Por tanto la determinación de las unidades de análisis conlleva una segmentación del texto de una forma significativa y relevante” (Pérez Serrano, 1999, p. 26).

Los criterios para el establecimiento de unidades de contenido son muy diversos, pudiendo adoptar un determinado criterio o combinar varios tipos. Como criterios señalamos:

- Criterios temáticos: fragmentos que tratan de un mismo tema.

- Criterios cronológicos o temporales: respetando la historia o secuencia temporal de los acontecimientos.
- Criterios sociales: relacionados con el papel social del rol que ocupa la persona entrevistada u observada.
- Criterios contextuales o espaciales: relativos al contexto o lugar en que se recoge la información.
- Criterios conversacionales: establecidos por turnos de palabra en la conversación.
- Criterios gramaticales: unidades predeterminadas por párrafos u oraciones.

En esta investigación se ha utilizado un criterio predominantemente temático, en el que las unidades de contenido son frases o segmentos del texto que abordan una misma temática o tópico. Este criterio es uno de los más utilizados en la investigación cualitativa ya que al identificar unidades temáticas, facilita la tarea de categorización y reducción de la información textual.

4.3.3.1.3. Categorización

Uno de los aspectos más cruciales en este tipo de investigación es la selección de categorías. Las categorías hacen referencia a los valores que la variable estudiada puede adoptar a partir de unos criterios previamente definidos. Representan unos elementos más concretos y definidos que las variables y nos van a servir para clasificar las unidades de análisis.

La elaboración de categorías debe permitir encajar todos los datos en constructos categoriales que no pierdan de vista una perspectiva holística del fenómeno. Lo habitual es utilizar un esquema en árbol donde categorías más generales se desgranar en otras (subcategorías) más específicas.

El proceso de categorización puede ser inductivo, es decir a partir de los datos observados se construyen las categorías desde un sistema abierto, o puede ser deductivo, guiándose el investigador por categorías establecidas "a priori". Una última posibilidad, son los enfoques mixtos deductivos- inductivos, en los que

las categorías establecidas de antemano, son confirmadas, modificadas o sustituidas por otras en el proceso de interacción con el texto y sus unidades de contenido. Supone trabajar de una forma circular (no unidireccional), en el que la tarea no se realiza de forma mecánica, ni de una sola vez, sino que consiste en un proceso en ambos sentidos y en interacción continua.

Para nuestra investigación hemos optado por un sistema mixto (deductivo-inductivo), en el que el número de categorías que se ha adoptado definitivamente, y expuesto en la siguiente tabla, han dependido de la cantidad de datos recogidos y de la complejidad del esquema analítico. Así mismo, el sistema de categorías utilizado fue validado por tres expertos (juicio interjueces).

CATEGORÍA DE ANÁLISIS	DESCRIPCIÓN
1. Datos personales de la mujer/ madre	Datos biográficos y sociodemográficos
2. Información sobre maternidad/ lactancia materna (LM) de las mujeres	Experiencia con la LM, antecedentes familiares de LM, apoyos recibidos y formación en LM.
3. Relación con grupos de apoyo a la LM (GALMs)	Contacto con el grupo, participación, razones, y proceso de integración.
4. Información de los GALMs	Origen del grupo, filosofía de partida, estructura y organización, financiación, funciones, actuaciones, desarrollo de las reuniones, y relaciones establecidas entre sus miembros.
5. Influencia del grupo en la salud y bienestar de:	Madres Bebés Familia Comunidad/entorno social
6. Relaciones con la comunidad	Relaciones con otros GALMs, con profesionales sanitarios del sistema de salud, con otros profesionales sociosanitarios, y relación con agentes comunitarios
7. Experiencia de la mujer como miembro/ responsable del GALM	Función dentro del GALM, motivaciones vivencia personal, vivencia de la pareja, familia y entorno social, influencia en su calidad de vida, dificultades e implicación futura
8. Retos de futuro para el grupo	Desarrollo y estabilidad en el tiempo y actuaciones futuras.

Además, se han tenido en cuenta, tanto en la elaboración del sistema de categorías como ya en el análisis una serie de criterios; adaptados de diversos autores (Bardin, 1986; Pérez Serrano, 1984; Vega Moreno, 2001), como son:

- Exhaustividad: toda unidad debe poder ubicarse en alguna de las categorías establecidas previamente, por lo que este sistema debe ser completo teniendo cabida en él todas las posibles unidades.

- Exclusión mutua: una unidad no podrá estar en más de una categoría.

- Homogeneidad: las categorías establecidas deben tener lógica entre sí y con las unidades que contienen.

- Pertinencia: las categorías deben ser coherentes con el marco teórico establecido previamente y con el objetivo de la investigación.

- Objetividad y fidelidad: los indicadores que determinan la entrada de un elemento en una determinada categoría deben estar claros, de tal forma que varios investigadores coincidan en la asignación.

- Productividad: el conjunto de categorías deben proporcionar resultados que enriquezcan la investigación.

Una segunda parte del proceso de categorización, consiste en la codificación o asignación de cada unidad de registro a una categoría de contenido. La codificación supone una tarea de síntesis y agrupamiento que se produce desde el propio proceso de categorización. Esta operación se puede llevar a cabo de forma manual o mecánica mediante un ordenador y un programa específico de análisis de datos cualitativos. En nuestro caso hemos optado por la forma manual, ya que consideramos que es la que mejor responde al tipo de investigación planteada y la que nos va a garantizar la validez interna del proceso, puesto que es la misma persona como investigadora, la que accede al campo, aplica los diferentes instrumentos de recogida de datos, registra la información, la analiza e interpreta, asegurando la consistencia interna y la credibilidad en todo el proceso.

Además, es necesario volver a considerar la idea cíclica del proceso. La codificación no es un proceso mecánico resultado de aplicar unas normas

deducidas teóricamente de una serie de leyes, ni tampoco el resultado de un conjunto de normas inducido prácticamente. El sistema final de categorización y codificación es el resultado de un compromiso heurístico entre ambas orientaciones. Berg (1989) y Strauss (1987) sugieren cuatro guías básicas para proceder desde una codificación abierta a una codificación definitiva:

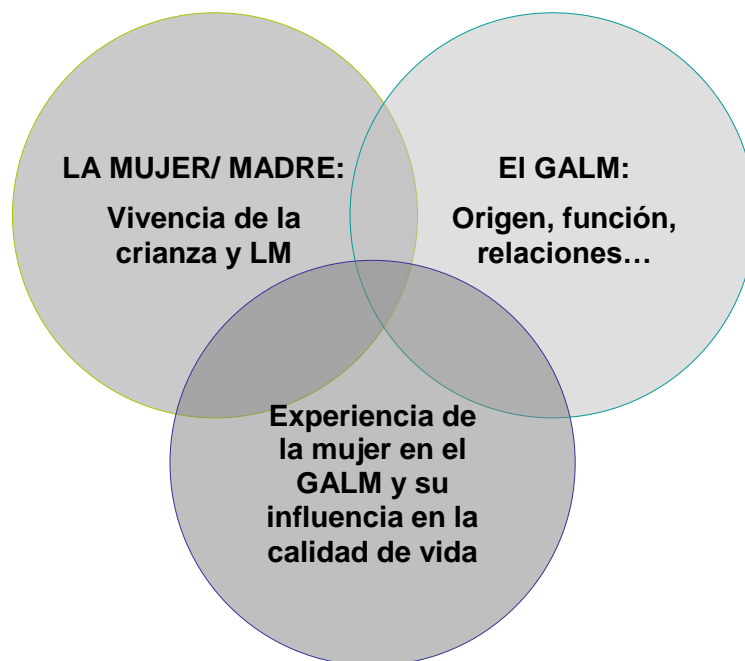
- Preguntar a las unidades de registro una serie de cuestiones específicas y consistentes; por ejemplo, para qué sirve esta información.
- Analizar las unidades minuciosamente (examinando diferentes sentidos, alusiones, implicaciones de una palabra o frase, etc.).
- Interrumpir frecuentemente la codificación para elaborar alguna nota teórica, dando pie a nuevos enfoques, nuevas ideas, pistas, etc., que enriquezca la codificación.
- No dar por supuesta la relevancia teórica de ninguna variable.

En nuestra investigación, y siguiendo con estas orientaciones, el proceso de codificación, siguió en la práctica el siguiente proceso:

- Se fueron leyendo las transcripciones de cada una de las entrevistas, delimitando y subrayando los fragmentos textuales que se referían a cada uno de los grandes grupos de categorías. Al margen se iban haciendo anotaciones para indicar a cuál de las categorías de análisis correspondía cada fragmento.
- Una vez hecha la primera codificación de cada una de las transcripciones, se procedió a juntar todos los fragmentos de una misma sección. Esto supuso la separación de los fragmentos de las entrevistas originales y su clasificación o agrupación en la categoría o sección correspondiente, sin perder la identificación de origen de cada fragmento.
- Con el material reunido en cada sección se procedió a reclasificarlo e interpretarlo, abriendo subsecciones o subcategorías, en un proceso que autores como Weiss (1994) denominan de "integración local" (el análisis e interpretación se centra en el material acumulado en cada sección).

- Hecha la integración local, sección a sección, se procedió a la organización de todas las categorías de manera coherente, agrupándolas según constructos teóricos de orden superior y globalizador (metacategorías), respecto a las categorías que engloba y que a su vez están estrechamente vinculadas entre sí por el tipo de significados que contienen. A este proceso, Weiss (1994), lo denomina “integración inclusiva”.
- Por último se llevó a cabo la disposición y tratamiento de la información, es decir la organización y presentación de la información, de tal manera que permita la lectura de los significados de las entrevistas de cara a la realización de inferencias y por tanto, a la obtención de conclusiones.

METACATEGORÍAS



4.3.3.2. Análisis descriptivo de los cuestionarios

Para el análisis de la información obtenida de los cuestionarios se ha utilizado el programa SPSS (versión 12.0), un paquete de análisis de datos con una larga trayectoria de aplicación en investigación en ciencias sociales, económicas y de la salud. Actualmente trabaja en el entorno de Windows, dando la posibilidad de realizar desde un simple análisis descriptivo hasta diferentes tipos de análisis más complejos, permitiendo además obtener tablas y gráficos que facilitan la lectura de la información. Para nuestro estudio, hemos utilizado el módulo básico que permite hacer estadística descriptiva básica.

Los pasos a seguir en el análisis han sido los siguientes:

- Codificación de variables y diseño de la matriz de datos.
- Introducción y análisis de los datos.
- Creación de tablas (frecuencias y porcentajes) y gráficos que nos permita la lectura de la información.
- Selección de los resultados útiles para responder a los objetivos de la investigación.

4.3.3.2.1. Codificación de variables y diseño de la matriz de datos

Uno de los puntos más importantes a la hora de abordar la información de los cuestionarios, es la codificación de variables, que a su vez comprende varios procesos: nombrar y describir las variables, codificar sus valores, asignar un código específico a los valores, y construir la matriz de datos.

Al nombrar y describir las variables, es recomendable asignar un nombre significativos para facilitar las tareas de análisis y posterior interpretación de la información.

En relación a la codificación de los valores, se trata de asignar códigos dentro de cada variable, en función de las diferentes posibilidades de respuesta, siempre en coherencia con el tipo de variable. También hay que tener en cuenta los valores ausentes y como éstos se van a codificar. En los casos en los que se carecía de información referida a alguna variable, se le asignó un código

específico (0) para que el sistema la procesara adecuadamente. Lo más común es asignar un valor que estemos seguros que nunca va a aparecer como valor real.

Siguiendo estos pasos, se diseñó nuestra matriz de datos de dimensión n - m , donde n es el número de filas y corresponde a las unidades de análisis (casos), y m es el número de columnas que corresponde a las variables.

4.3.3.2.2. Introducción y análisis de los datos

Una vez teníamos diseñada la matriz de datos, se procedió a introducir cada uno de los datos, y a su posterior análisis por el sistema. Aquí se volcaron tanto los datos numéricos como todas las preguntas abiertas y de redacción. Las respuestas abiertas tuvieron que ser codificadas numéricamente para poder ser analizadas más tarde.

La estadística descriptiva permite obtener las frecuencias y porcentajes de cada valor. La distribución de frecuencias se describe adecuadamente según la forma, localización y dispersión de los datos. La forma se determina por la representación gráfica de la distribución, los indicadores de localización son medidas de tendencia central (la moda, mediana y promedio), y los indicadores de dispersión constituyen las medidas de variabilidad (rango).

Estos análisis nos permiten situarnos en la realidad de los datos que poseemos y sus características, y además nos permite descubrir errores en la codificación de las variables. Este proceso descriptivo y exploratorio, se denomina “depuración de datos”, y se considera un paso necesario en cualquier análisis.

Tras la depuración de la información, y la lectura directa de los datos, mediante tablas y gráficos de frecuencia y porcentaje, hemos podido ubicar e interpretar la información obtenida en relación al resto de informaciones procedentes del análisis cualitativo, respondiendo así a algunos de nuestros objetivos de investigación.

RESULTADOS

CAPÍTULO 5: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN Y DISCUSIÓN

5.1. ANÁLISIS DE CONTENIDO DE LAS ENTREVISTAS REALIZADAS A LAS MUJERES RESPONSABLES DE LOS GALM

A continuación, presentamos los resultados del análisis de contenido de las entrevistas realizadas a las 24 mujeres, que en el momento de la recogida de información, realizaban funciones de responsables o coordinadoras de los 15 GALM existentes en la región. Recordamos que con esta muestra se consigue que todos los grupos estén representados por la persona o personas que ejercían esa función, cubriendo prácticamente en su totalidad el universo de casos posibles.

Para asegurar la confidencialidad de las informantes, se han cambiado los nombres de las mujeres, dotando a cada una de ellas de un nombre figurado que permita identificar los testimonios de una misma mujer a la vez que aseguramos su anonimato. También se ha eliminado cualquier dato, nombres de personas o lugares, que pudiera ayudar a su identificación.

Los resultados se muestran ordenados por categorías de análisis y acompañados de los testimonios textuales de las mujeres. Al final de cada categoría se adjuntan las tablas con las frecuencias de aparición de cada unidad de contenido.

CATEGORÍA 1: DATOS PERSONALES Y SOCIO FAMILIARES DE LAS MUJERES

La muestra la componen un total de 24 mujeres con edades comprendidas entre los 29 y los 44 años, situándose la media en 36,95 años. Son mujeres que proceden de localidades distribuidas por toda la Región de Murcia, seis viven en la ciudad de Murcia, seis en pedanías o municipios cercanos a la capital, y las doce restantes viven en otros municipios de la geografía murciana. En relación a su nivel de estudios, más de la mitad (15 casos) poseen estudios universitarios (diplomadas, licenciadas y doctoras), seis de ellas poseen estudios medios (bachillerato y FP), y sólo en tres casos poseen estudios básicos (EGB).

La mayoría de estas mujeres (17 casos) desarrollan trabajos fuera del hogar, y sólo en cuatro casos se ocupan en exclusividad del hogar y la crianza. También encontramos un caso que manifiesta realizar trabajos eventuales, una mujer en situación de desempleo, y dos mujeres estudiando; una la diplomatura de Educación Social, y la otra compagina su trabajo con estudios de Enfermería. Entre las ocupaciones más frecuentes encontramos las profesiones sanitarias (6 casos; dos médicos, tres enfermeras y una matrona), las profesiones socioeducativas (una educadora infantil, una monitora de tiempo libre y una documentalista/ bibliotecaria). También encontramos administrativas (3 casos), empresarias (3 casos), trabajadora de banca (1 caso) y celadora (1 caso).

En relación a la maternidad, vemos mujeres madres de entre un hijo y cuatro hijos, con una media de hijos por mujer de 2, lo que supone hablar de 44 experiencias de maternidad y crianza. La edad de los hijos en el momento de la entrevista es muy variada, situándose entre los 3 meses y los 21 años, con una edad media aproximada de 5,8 años.

Respecto a las unidades familiares, casi la totalidad (22 casos) están compuestas por la pareja/ matrimonio y los hijos, sólo en dos casos la pareja comparte la convivencia con otro miembro (abuela o abuelo), aparte de los hijos. El número de miembros de la unidad familiar varía entre 3 personas (6

casos) y 6 personas (1 caso), siendo lo más habitual las familias compuestas por 4 miembros (11 casos).

TABLA: Presentación de las mujeres

<p>(Margarita) Edad: 36 años Nivel de estudios: Básicos Ocupación: madre Miembros unidad familiar: marido, un hijo de 3 años y medio, y su madre.</p>	<p>(Eulalia) Edad: 35 años Nivel de estudios: Diplomada Universitaria Ocupación: Enfermera Miembros unidad familiar: pareja y un hijo de cinco años.</p>
<p>(Macarena) Edad: 35 años Nivel de estudios: Licenciada Universitaria. Ocupación: matrona en Centro de Salud Miembros unidad familiar: marido, y dos niñas, de cinco años y 14 meses.</p>	<p>(Pepa) Edad: 40 años. Nivel de estudios: Universitarios. Ocupación: Administrativo en un colegio. Miembros unidad familiar: marido, y dos niñas de 9 y 7 años.</p>
<p>(Ester) Edad: 37 años Nivel de estudios: Diplomada Universitaria Ocupación: Enfermera hospitalaria Miembros unidad familiar: marido, y dos hijas, de siete y cuatro años.</p>	<p>(Matilde) Edad: 37 años Nivel de estudios: Diplomada en turismo Ocupación: administrativa Miembros unidad familiar: marido, y dos hijos, de 7 y 4 años.</p>
<p>(Alejandra) Edad: 34 años Nivel de estudios: tres años de una licenciatura. Ocupación: funcionaria, auxiliar administrativo Miembros unidad familiar: marido, dos niños, de 6 y 5 años, y una niña de 3 años.</p>	<p>(Dorotea) Edad: 41 años Nivel de estudios: E. G. B., y cursos de profesora de corte y confección, y monitora de tiempo libre. Ocupación: monitora de tiempo libre. Miembros unidad familiar: marido y cuatro niños, de 15, 14, 10, y seis años.</p>
<p>(Julia) Edad: 33 años Nivel de estudios: Técnicos Superior de Administración y Finanzas, estudiante de Enfermería. Ocupación: celadora Miembros unidad familiar: marido, y un hijo de 2 años y diez meses.</p>	<p>(Carlota) Edad: 43 años Nivel de estudios: doctorado en biología Ocupación: dueña de una empresa de medio ambiente, aunque actualmente se dedica mas al cuidado de los hijos Miembros unidad familiar: marido, y dos hijos, de 11 y 8 años.</p>
<p>(Rosalía) Edad: 33 años Nivel de estudios: Licenciada universitaria Ocupación: Médico anestesista Miembros unidad familiar: somos el padre, la madre y tres niñas. Edades hijas: cinco años, tres años y medio y nueve meses..</p>	<p>(Evelyn) Edad: 39 años Nivel de estudios: Licenciada en Geografía e Historia Ocupación: crianza Miembros unidad familiar: marido, y dos hijos de 4 y 3 años.</p>
<p>(Consuelo) Edad: 40 años Nivel de estudios: Diplomada Universitaria Ocupación. Documentalista bibliotecaria Miembros unidad familiar: marido y un hijo de 2 años.</p>	<p>(Emma) Edad: 34 años Nivel de estudios: Diplomada Universitaria Ocupación: Enfermera Miembros de la unidad familiar: marido, y una hija de 21 meses.</p>

<p>(Mar) Edad: 31 años Nivel de estudios: Bachillerato Ocupación: madre, y trabajos eventuales de cocinera, monitora, u otros. Miembros unidad familiar: marido, y una hija de 16 meses.</p>	<p>(Paula) Edad: 40 años Nivel de estudios: Diplomada en Graduado Social Ocupación: ama de casa Miembros unidad familiar: marido, y dos hijos, de ocho y cinco años.</p>
<p>(Amor) Edad: 37 años Nivel de estudios: Licenciada Ocupación principal: Entidad financiera Miembros de la unidad familiar: marido, dos hijos de 5 años y medio y 19 meses, y mi padre.</p>	<p>(Isabel) Edad: 35 años Nivel de estudios: Licenciada Ocupación principal: Médico de familia Miembros de la unidad familiar: marido, dos hijos de 5 y 3 años.</p>
<p>(Rebeca) Edad: 29 Nivel de estudios: COU Ocupación: Educadora infantil Miembros unidad familiar: marido y tres niñas, de 8, 6 y 4 años.</p>	<p>(Noa) Edad: 35 años Nivel de estudios: Bachillerato Ocupación principal: Parada Miembros unidad familiar: marido, y dos niñas de 2 años y de 3 meses.</p>
<p>(Daniela) Edad: 39 años Nivel de estudios: EGB Ocupación principal: ama de casa Miembros unidad familiar: marido y dos hijos, de 4 años y medio, y 2 años y medio.</p>	<p>(Amelia) Edad: 39 años Nivel de estudios: Licenciada Ocupación principal: Fotógrafa Miembros unidad familiar: marido y un hijo de 2 años.</p>
<p>(Teresa) Edad: 44 años Nivel de estudios: FP Ocupación principal: Comercial y empresaria Miembros unidad familiar: marido y tres hijos, dos de 8 y uno de 6 años.</p>	<p>(Úrsula) Edad: 41 años Nivel de estudios: terminando Educación social (diplomatura en la UNED) Ocupación principal: estudiante y ama de casa Miembros unidad familiar: marido y dos hijas, de 21 y 17 años, y un niño, de 10 años.</p>

CATEGORÍA 1: DATOS PERSONALES DE LA MUJER/ MADRE

Descripción de variable	Nº de casos
Rango: 29 – 44, media 36,95 años	
< 30 años	1
30- 35 años	9
36- 40 años	10
> 40 años	4
Ciudad de Murcia	6
Pedañas de Murcia	6
Municipios de la Región	12
Básicos (EGB, ESO)	3
Medios (Bachillerato, FP)	6
Superiores (Diplomatura, Licenciatura, Grado, Postgrado)	15
Trabajos fuera del hogar	17
Médico	2
Enfermera	3
Matrona	1
Educadora Infantil	1
Documentalista/ bibliotecaria	1
Monitora de tiempo libre	1
Administrativa	3
Empresaria	3
Empleada de banca	1
Celadora	1
Hogar y crianza	4
Desempleada	1
Trabajadora eventual	1
Estudiante	1
1 hijo	7
2 hijos	11
3 hijos	5
4 hijos	1
Edad de los hijos: rango 3 meses/ 21 años	
Edad media 5,8 años	
Pareja e hijos	22
Pareja y otro miembro	2

CATEGORÍA 2: INFORMACIÓN SOBRE MATERNIDAD/ LACTANCIA MATERNA (LM) DE LAS MUJERES/ MADRES

SUBCATEGORÍAS

I) EXPERIENCIA CON LA LM

a) DURACIÓN

En el momento de la entrevista, la mitad de las madres daban lactancia materna (12 casos) y tres de ellas manifiestan su intención de seguir haciéndolo. La duración de las lactancias varían entre los 3 meses y los 8 años, aunque de media tenemos 31 meses (2 años y siete meses), por lo que podemos decir que, en general, hablamos de lactancias mucho más prolongadas de lo habitual⁵⁹. Un hecho observado es que en madres con más de un hijo (17 casos) existe una clara diferencia en la duración de la lactancia materna entre los primeros hijos y los segundos y posteriores (esto ocurre en 8 casos). Este es un hecho, que como veremos más adelante, se puede relacionar con la formación de las madres y su relación con los grupos de apoyo (lactancias más prolongadas cuando poseen información o contactan con personas o grupos de apoyo). También encontramos mujeres con lactancias prolongadas desde el primer hijo (16 casos).

“La mantengo (hijo de 3 años medio), lactancia prolongada, lo que dure.” (Margarita).

“Todavía continúo dándole lactancia materna (16 meses).” (Mar)

“Continuo dando lactancia materna (34 meses).” (Julia)

“Mi hijo mayor hasta los siete meses y mi hija pequeña todavía sigue (tres años), hasta que ella quiera.” (Evelyn)

“El mayor fue al que menos pecho le dí, tres meses y medio. Con el segundo me pasó lo mismo. Le di siete años y siete meses. Al tercero le di hasta los ocho años, y la pequeña que todavía mama con seis años.” (Dorotea)

“La mayor hasta los siete meses y medio, y la pequeña hasta los tres años y medio.” (Pepa)

⁵⁹ Según estudios citados en el capítulo 1, (UNICEF, 2004) en la CEE sólo un 23% de los niños continúa con LM a los 23- 26 meses. En España según la Encuesta Nacional de Salud (2006) a los seis meses de edad sólo el 24,72% de los bebés recibe lactancia natural (ni mixta, ni complementaria), siendo esta cifra inferior en la Región de Murcia que se sitúa en el 20,14%.

“Mis dos hijos lactaron hasta los ocho meses, mi hija hasta los veintitrés meses.” (Alejandra)

“Las dos mayores 4 ó 5 meses, y la pequeña 4 años y medio.” (Rebeca)
“Con mi hija mayor, como era primeriza, estuvo hasta los seis meses. Cuando nació el menor, yo pensaba que quería que tomara un año, por lo menos, (...) y luego tomó dos años y pico.” (Úrsula)

“Cuatro años, los tres cuatro años.” (Teresa)

Otro aspecto a destacar, es que entre las madres estudiadas, encontramos madres con gran experiencia en lactancia materna ya que han amamantado durante bastantes años seguidos (14 años ininterrumpidos la que más tiempo, seguida de 8 años y 5 años). La mujer que cuenta con menos meses de experiencia de lactancia, lleva lactando 16 meses. Además en cinco casos han amamantado a varios hijos a la vez (lactancia en tándem), fenómeno nada común hoy en día, y que despierta cierta extrañeza. Muchas personas se sorprenden de que una mujer tenga suficiente leche y pueda amamantar a dos o más hijos a la vez.

“Ellas han compartido lactancia un año y medio.” (Macarena).

“La mayor tomó tres años y medio, y estuve haciendo tándem con la segunda. Luego hice una pausa hasta que nació esta. Así que he estado amamantando cinco años ininterrumpidos, menos una pequeña pausa de cuatro o cinco meses.” (Rosalía)

“Están lactando las dos a la vez.” (Noa)

En relación a la finalización de la lactancia, de las 16 madres que describen procesos de destete, 11 de ellas hablan de destetes espontáneos, 3 de destetes pactados y en 3 casos se describen destetes forzados asociados a un embarazo posterior.

“Mi marido se sorprendió cuando se destetó, no se lo creía. Se sorprendió y se dio cuenta que se destetan solos cuando ya no te necesitan.”(Dorotea)

“Mi hija además se destetó en Semana Santa y ha sido un destete muy largo y muy duro psicológicamente para mí.” (Rebeca)

“(…) hicimos un destete pactado, promovido por mi parte desde varios meses atrás. Y la pequeña continúa lactando.” (Macarena)

“Cuando me quedé embarazada de él (hijo pequeño), como había tenido dos abortos, pues no lo tenía muy claro. Ella (hija mayor) ya sólo hacía una toma, así que la desteté. Ahora se que no tiene nada que ver.” (Matilde)

“A la mayor le hicimos un destete inducido porque quería quedarme embarazada de ésta (bebe en brazos) y no quería juntarme con tres amamantando. Luego en el

embarazo puse las condiciones para permitir el destete gradual de la segunda, que fue muy bien, sin traumas, porque con el embarazo ella tenía menos interés. Yo le iba ofreciendo otras cosas, de alternativa de juegos y otras.” (Rosalía)

Como resumen de la categoría, vemos como nos encontramos con mujeres con una gran experiencia en lactancia materna, que tienen o han tenido lactancias prolongadas, sobre todo con sus segundos y/ o posteriores hijos, y que en varios casos han amamantado a varios hijos a la vez. En relación a la finalización de la LM, algunas de ellas consiguen destetes espontáneos, o ponen las condiciones para destetes inducidos de forma gradual y respetuosa con sus bebés, algo difícil de encontrar en la sociedad actual. La lactancia prolongada y la finalización de la misma, así como el hecho de amamantar a dos hijos a la vez, son prácticas generadoras de dudas y falsas recomendaciones. Uno de los falsos mitos, comentado por las madres, y fomentado en gran medida por los profesionales sanitarios, es la idea de que no se puede o no se debe dar de mamar cuando la madre está embarazada.⁶⁰

b) VIVENCIA

En líneas generales, la mayoría de las madres describen, la experiencia de la lactancia materna como muy buena, maravillosa y gratificante, como algo que les ha aportado felicidad a ellas y a sus hijos (18 casos), asociando en muchos casos la lactancia materna con ciertas pautas crianza, como el dormir con los hijos (colecho)⁶¹.

También describen esta experiencia como un motivo para sentirse orgullosas y satisfechas con ellas mismas, e incluso en algunos casos se habla

⁶⁰ La evidencia científica nos indica que no existe contraindicación para dar de mamar durante el embarazo, ya que no supone un riesgo ni para la embarazada, ni para el futuro bebé. En el artículo “Lactancia materna durante el embarazo y en tándem” publicado por Alba Lactancia materna, se presenta un estudio prospectivo al respecto y se citan otros estudios relacionados. Algunos de sus hallazgos citados son: “El solapamiento de embarazo y lactancia no afecta negativamente al desarrollo fetal. Tampoco hay evidencias científicas de que amamantar durante el embarazo aumente la posibilidad de sufrir abortos o partos prematuros. Además se observa que en recién nacidos que lactan en tándem con su hermano mayor, pierden menos peso al nacer y lo recuperan más rápidamente, al contar con una producción ininterrumpida, y con la ayuda del hermano para estimular. Por último la lactancia materna en tándem mejora las relaciones y adaptaciones entre los hermanos.” (www.albalactanciamaterna.org). En este mismo estudio, también se ofrecen datos de la actitud de rechazo de los profesionales sanitarios frente a esta práctica y del descontento manifestado por las madres ante la presión negativa de los mismos.

⁶¹ Diversos estudios Mosko y Richard (1997) y Clements y cols (1997), entre otros, muestran que el colecho es una práctica que favorece la lactancia materna, ya que fomenta la lactancia nocturna y se asocia con una mayor duración de la misma.

de la lactancia materna como un descubrimiento, una experiencia reveladora y de transformación personal (5 casos).

“Muy gratificante y un camino inesperado luego.” (Margarita)

“La experiencia bien, maravillosa, muy gratificante, me he sentido muy feliz y mis hijos se sienten felices, se sienten queridos y se sienten bien. Ha sido un crecimiento sano y completo Yo me siento muy gratificada, muy orgullosa de haberlo conseguido, de haberle dado todo el pecho, hasta que lo han necesitado.” (Dorotea).

“Estupenda y maravillosa. Para mí ha sido un descubrimiento, algo que nunca me había planteado. Lo había visto como algo natural, que sí que haría, y una vez puesta en ello ha sido un descubrimiento fantástico, que me ha acercado mucho a mis hijas y que me ha permitido descubrir muchas cosas de mí misma.” (Macarena)

“Maravillosa, es lo mejor del mundo, amamantar y dormir con los hijos es lo más bonito.” (Pepa)

“Pues para mí ha sido como una revelación, porque, el embarazo lo viví bien, pero cuando nació mi hija, fueron tantas emociones juntas y tantas cosas nuevas. Para mí ha sido una cosa muy grande, y ahora todo mi mundo gira en torno a ella. Yo soy feliz dándole el pecho y ella muy feliz tomándolo. El hecho de coger a tu bebé, aunque estés liada con tu trabajo o en cualquier otra cosa. Apartarte cinco minutos y darle el pecho; eso para mí es paz. Para mí es una forma de vida.” (Mar)

“La experiencia, en general, fue muy buena”. (Eulalia)

“La lactancia materna me parece lo mejor, lo más cómodo, y se lo recomiendo a todo el mundo.” (Alejandra)

“Hoy por hoy, estoy encantadísima.” (Julia)

“Supersatisfactoria; estoy muy contenta, porque además no he tenido ningún problema con ella, así que es maravillosa.” (Emma)

“En líneas generales, muy satisfactoria.” (Amor)

“Muy buena, en general, muy buena.” (Isabel)

“En general, superpositiva.” (Daniela)

“No tengo palabras; es lo mejor que pude hacer, muy satisfactorio.” (Teresa)

“Para mí ha sido fabulosa; no tengo ningún problema”. (Amelia)

Cuando se profundiza en la vivencia de la lactancia materna, aparecen otros aspectos comunes a tener en cuenta: muchas madres hablan de la dificultad de los inicios, de los problemas que surgen en los primeros meses y que pueden transformar la lactancia materna en una experiencia complicada, sobre todo, si se carece de información adecuada o de apoyos reales (10 casos). Las vivencias negativas y las dificultades son más comunes en las descripciones que se hacen de la experiencia de la lactancia materna con los

primeros hijos debido, generalmente, a la inseguridad y a la inexperiencia (9 casos).

“A mi hijo el mayor fue al que menos pecho le dí, porque no tenía la información.” (Dorothea)

“Hay momentos malos, pero luego satisface mucho, cuando son más mayores y das el pecho, ves que es mucho más fácil que los comienzos. Es verdad que tienes tus preocupaciones, pero todo eso es llevadero.” (Mar)

“Como cualquier madre lactante, los primeros meses son un poco de adaptación, pero en general buena.” (Eulalia)

“Mi hijo el mayor, lo que pasa siempre con el primero, por lo menos a mi me pasaba que tenía prisa, prisa para todo, prisa por que saliera de mi habitación por si se acostumbraba a dormir con nosotros, prisa por no cogerlo en brazos, prisa por introducirle alimentación.” (Alejandra)

“Ha habido de todo, porque son muchos años dando el pecho, son ocho años. No se, tampoco sé separar con lo que es la crianza. Bien, tuvo sus momentos malos, y también ha habido muchos buenos.” (Carlota)

“Pues, he tenido muchos altibajos, muchísimos, pero creo que como cualquier madre lactante, pero, hoy por hoy, estoy encantadísima”. (Julia)

“Pues, muy bonita, pero muy dura, sobre todo los inicios, por falta de información, y falta de apoyos.” (Ester)

“Sobre todo la del segundo hijo muy satisfactoria y también, como era más conocedora de la lactancia, con mucha más seguridad, y la del primero con más miedo, más incertidumbre sobre si lo estaré haciendo bien, con más incertidumbre”. (Paula)

“Con mi hija mayor la viví un poco angustiada por el trabajo, por el desconocimiento, por muchas cosas, y con el pequeño está siendo maravillosa; ha sido totalmente diferente.” (Isabel)

“Son tres y son muy diferentes. Te puedo decir, por ejemplo, que las dos primeras, para empezar, nada que ver con la pequeña. Fue un poco porque lo tengo que hacer y con muchos obstáculos, muchas dudas, hasta que finalmente se produjo el abandono. No tenía nada de información, y fue un querer pero tampoco poder, ni saber dónde buscar la información, por lo que fue un poco frustrante.” (Rebeca)

Esta vivencia negativa llega a describirse incluso como dura y frustrante por una parte significativa de las madres (9 casos). Entre las causas encontramos, por un lado, complicaciones o patologías, como el cólico del lactante, problemas de enganche (2 casos), grietas (2 casos), intolerancia a las proteínas de la leche, prematuridad asociada a estancia hospitalaria prolongada (2 casos), hipogalactia (3 casos) y escasa ganancia de peso del bebe. Por otro lado, se describen otras causas de tipo psicosocial, como son la falta de información de calidad, la presión social y familiar para abandonar la

lactancia materna, la incorporación al trabajo y las recomendaciones de los profesionales sanitarios poco favorecedoras a la lactancia materna.

“Fueron tres meses y medio con un cólico del lactante, que no había manera. El pediatra me decía: bueno el tiempo que aguantes. Con el segundo estuve sacándome la leche cinco meses y medio. Fue una lactancia muy difícil los primeros seis meses. No se quería enganchar. (Dorotea)

“La lactancia de mi primera hija fue frustrante. Yo busque información, pero como no tenía Internet, pues no encontré la información buena. (...) Eso es horroroso, que te pida el cuerpo hacer una cosa y todo el mundo te esté diciendo lo contrario, y todo lo que encuentras de información está diciendo lo contrario. Así que fueron siete meses y medio, que aún así disfrute, a pesar de ser desgarradora”. (Pepa)

“Pues, con la mayor como no estaba muy informada, pues el primer mes fue bastante duro porque me salieron grietas. Yo pensaba que eso tenía que ser así, me hacía mucho daño, y cada vez que me la ponía al pecho me echaba a llorar.” (Matilde)

“Pues con la mayor fue duro porque me incorporé a trabajar a los cuatro meses, entonces durante la baja maternal, además de que cómo madre inexperta te agobias por otras cosas, pues otro factor añadido que tenía era tener que estar sacándome leche (...). Entonces, fue muy difícil”. (Rosalía)

“Al principio cundo me preguntaban lo mismo, yo contestaba que bien. Luego con el tiempo y comparándola con las de otras madres, me dado cuenta que no ha sido tan buena. Me he dado cuenta que la posición no era correcta y me provocó grietas. A los tres meses, mi hija tuvo problemas, pensé que era la crisis de los tres meses. Me decían que la llevara al médico porque no hacía peso, pero yo no la quería llevar porque no quería darle leche artificial. El pediatra me dijo que le diera leche de fórmula.” (Evelyn)

“Pues al principio fue muy dura y complicada porque el niño nació cuando yo estaba de 35 semanas de embarazo y tuvo una complicación respiratoria, y estuvo ingresado en la UVI. Además yo no tenía mucha información. No tenía la información para defenderme, aunque suene brusco, de las agresiones, ahora lo veo así, hacia la lactancia materna, y hacia favorecer que mi hijo recibiera lactancia materna. (...) Todo el mundo me decía lo importante que era que le diera lactancia materna porque mi hijo había estado muy grave, pero no me daban información.” (Consuelo)

“Con mi hija mayor, la viví un poco angustiada por el trabajo, por el desconocimiento, por muchas cosas.” (Isabel)

“Con el pequeño al principio fue desastrosa, pero al final lo conseguimos y supersatisfactoria. Al principio mi hijo no se enganchó al pecho y estuve todo el primer mes sacándome la leche con el sacaleches hasta que fui aumentando la producción y se enganchó, pero fue terrible.” (Daniela)

“Con mi hija, la de dos años, fue muy dura al principio; no me subía la leche, tuve grietas; cuando eso se ha solucionado, no he parado...” (Noa)

“Ya imaginarás que en los años noventa, se recomendaba lo de los diez minutos cada tres horas. Con mi hija mayor, era primeriza, y lo más difícil para mí fue que no hacía mucho peso. Yo quería dar el pecho y lo veía muy natural, pero yo empezaba a trabajar pronto y a los tres meses y medio estaba tomando cereales. Con la segunda, cuando tenía dos meses y medio, yo notaba que tenía poca leche y fui al pediatra, éste me decía que ya le había dado mucho tiempo, pero como yo quería seguir con lactancia estuvimos con lactancia mixta hasta los cinco meses, pero se me quedó la espinita de que yo le hubiera dado más. “ (Úrsula)

Además, hay que señalar que en 4 casos, se menciona el contacto o participación en el grupo de apoyo como factor que les ayudó a superar con éxito problemas o a vivir más satisfactoriamente la LM. En este sentido también se mencionan los foros pro lactancia materna en Internet (2 casos), la lectura de libros de pediatras de reconocido prestigio⁶², o el contacto directo con pediatras promotores de la lactancia materna (2 casos).

“Ya con mi hija, yo ya estaba en el grupo de lactancia, leí los libros de Carlos González, y cambió toda nuestra perspectiva, además era ya la tercera y dije que pasaba olímpicamente de todo y que iba a hacer lo que a mi me diera la gana.” (Alejandra)

“Contacté con los grupos, y empecé a documentarme sobre la intolerancia a la lactosa y las proteínas de la leche. En el grupo había otra madre con el mismo problema y me asesoró. A los cinco días, mi hija empezó a coger peso y a crecer.” (Evelyn)

“Empecé a conocer el grupo, que me ayudó bastante”. (Paula)

“Con la pequeña fue totalmente diferente, conocí al grupo al mes de tener a mi hija pequeña, y fue un mundo. Descubrí como dar teta, solucionar todos mis problemas y, además, a raíz de ahí, creo que te cambia un poco todo; no es sólo la lactancia, es un paso para cambiar formas de crianza o para reafirmarte.” (Rebeca)

“A mi me salvo la vida Internet, lo pusimos nada más nacer mi segunda hija, entonces yo descubrí un mundo nuevo ahí, lloré muchísimo, fue horroroso la frustración esa.” (Pepa)

“Poco a poco, metiéndome en foros como el de la Asociación Española de Pediatría, del Comité de Lactancia, pues fui aprendiendo y a partir del primer mes ya mejor. Con el pequeño no tuve esos problemas.” (Matilde)

“Con el libro de Carlos González y la ayuda de un pediatra, conseguí a principios de septiembre darle lactancia exclusiva a mi hijo.” (Consuelo)

“Aproveche la primera reunión de preparación al parto porque tenía mi niño un mes y algo tan simple como quitarte al niño del pecho porque no lo ha cogido bien y me hacía mucho daño no lo sabía hacer. Es algo tan fácil cuando lo sabes, cuando no, es algo terrible.” (Daniela)

Por último, comentar la importancia que tiene la información, y el asesoramiento y apoyo de personas formadas y favorecedoras de la LM, para que las madres tengan una buena experiencia de lactancia materna, mas aún cuando ésta se inicia con problemas o complicaciones añadidas a las dificultades habituales relacionadas con el entorno socio familiar⁶³. En un

⁶² Son varias las madres que en algún momento de la entrevista citan al pediatra Carlos González, miembro del Comité de Lactancia Materna de la AEP, autor de varios libros sobre Lactancia Materna y crianza respetuosa, y reconocido precursor de la LM en el mundo.

⁶³ Recordemos que la LM es un fenómeno sociocultural, es “una cuestión necesariamente colectiva, un fenómeno coral que no involucra solamente a la madre y al bebe lactantes, sino que requiere de un

entorno social en que hemos perdido una parte importante de la cultura del amamantamiento, y en general, de los saberes para el cuidado, el acceso a información de calidad y a redes de apoyo, adquieren gran relevancia.

II) ANTECEDENTES FAMILIARES DE LM

En siete casos, las mujeres manifiestan no haber recibido lactancia materna cuando eran niñas, y en un caso se desconoce esta información.

De las mujeres que si recibieron lactancia materna en su mayoría manifiestan que fue por poco tiempo, entre uno y cuatro meses. Sólo encontramos tres casos en los que recibieron lactancia materna por más tiempo, aunque tampoco podemos hablar de lactancias prolongadas⁶⁴ ya que fueron de siete meses, un año, y un año y medio.

Cuando se describen los motivos por los que no recibieron lactancia materna o por los que se cesó con ella, en la mayoría de los casos se habla de los condicionantes socioculturales del momento y de lo que se consideraba normal para la época (7 casos)⁶⁵. También se alude al trabajo materno (2 casos), y solamente en tres casos se habla de problemas, dificultad de enganche, y hongos, coincidiendo éste último con uno de los casos de lactancia más prolongada.

“No, antiguamente mi madre no sabía y me dio lo que se daba en ese momento, papilla.” (Dorotea)

“Muy poca, quizá dos o tres meses, porque por lo que yo oigo de mi madre era aquello de cada tres meses y a los dos meses ya te decían que tu leche no era suficiente, te has quedado sin leche, y eso.” (Alejandra)

“No, mi madre no nos dio “teta” porque no valía. Era los años setenta, y la engañaron miserablemente.” (Evelyn)

“No, no nos dio a ninguna de sus hijas porque nos tuvo en un hospital privado y la anestesiaron para los cuatro partos. Luego nos enchufaban el biberón y ya.” (Consuelo)

“Sí, lo que mandaba la época creo que cuatro meses. Lo que mandaban.” (Emma)

“Sí; mi madre creo que me dijo que 7 u 8 meses; creo que era bastante raro para la época.” (Rebeca)

contexto de interdependencia y reconocimiento social (un entorno cooperativo) para poder fluir.” (Massó E., 2011).

⁶⁴ La OMS (2002), recomienda la LM complementaria hasta los dos años, considerándose esta duración como LM prolongada.

⁶⁵ Las mujeres estudiadas nacieron entre 1968 y 1983. En nuestro país, a partir de la segunda mitad del siglo XX, y sobre todo a partir de la década de los 60 y 70, se produce una sustitución indiscriminada de la lactancia natural por fórmulas derivadas de la leche de vaca, normalizándose la práctica de la lactancia artificial y de los argumentos en favor de ésta.

“No, dos meses. Antiguamente eran dos meses y para de contar.” (Teresa)

“Sí, lo que pasa que un periodo muy corto, porque fueron momentos muy difíciles. Tuvo mi madre unas complicaciones en el trabajo y se le corto la leche.” (Mar)

“Sí, creo que un mes porque mi madre estaba trabajando y enseguida me dio biberón.” (Julia)

“Diferida, yo por lo visto tardaba mucho en mamar y le hacía daño, por lo que estuvo sacándose leche y me la daba en biberón, así estuvo tres meses”. (Matilde)

“Un año. Y dejé de lactar porque tenía hongos en la boca, para no contagiar a mi madre.” (Amelia)

En dos casos se describe, la creencia familiar de que al no poder dar el pecho la madre, las hijas tampoco podrían, condicionando así la lactancia materna de las hermanas e incluso de ellas mismas.

“Mi hermana, que tuvo hijos la primera, como mi madre no había podido dar teta, pues ella tampoco; y cuando me tocó a mí, pues se suponía que yo tampoco.” (Evelyn)

“No, no nos dio a ninguna de sus hijas. Mis hermanas tampoco han dado pecho.” (Consuelo)

El hecho de que la mayoría de las mujeres, no recibieran LM de niñas, o la recibieran pero por muy pocos meses, pone de manifiesto la pérdida de la cultura del amamantamiento, se ha ido perdiendo, generación a generación, un importante legado cultural; el arte de amamantar. Además, este hecho, no sólo ha afectado a los conocimientos, sino también a la propia confianza de las mujeres en su capacidad para poder amamantar. Aquella falsa información, que justificaba entonces la lactancia artificial (bondades de la “maternidad científica”), es hoy en día un conjunto de mitos y supersticiones, transmitidos también de madres a hijas, con una poderosa influencia en las actitudes y comportamientos de salud y cuidado, de las generaciones actuales.

III) APOYOS EN LA LM/ CRIANZA

Al preguntar a las madres por los apoyos encontrados, en su mayoría (18 casos) mencionan a los grupos de apoyo, o a personas vinculadas a ellos, como fuente de apoyo principal. En seis casos, este apoyo se busca o se encuentra en la lactancia materna de los segundos o posteriores hijos.

“Sí, recibí apoyo fundamentalmente del grupo de apoyo, del grupo de madres, que conocí cuando mi hijo tenía cuatro meses y medio.” (Margarita)

“Con el segundo, contacté con la Liga de la Leche en Barcelona y me ayudaron por teléfono.” (Dorotea)

“Yo empecé a acudir a un grupo de apoyo cuando estaba embarazada, o sea que ese grupo de apoyo, ese grupo de mujeres fue un gran apoyo para mí.” (Macarena)

“Con la segunda sí que ya, fue cuando se creó el grupo de apoyo aquí.” (Pepa)

“Como yo ya estaba en un grupo de apoyo desde antes de estar embarazada, recibí mucho más apoyo. Yo ya estaba como monitora, pero recibí mucho de las compañeras. Yo también me serví de la red de apoyo que se crea en el grupo y con las monitoras de otros grupos. Sobre todo apoyo telefónico.” (Eulalia)

“Ya con mi hija, yo ya estaba en el grupo de lactancia.” (Alejandra)

“Con el pequeño, sí que empecé a ir a los grupos de apoyo, y sí que me apoyó, yo me sentía reconfortada. No faltaba a las reuniones, me sentía bien.” (Carlota)

“Los grupos de apoyo, conocí al grupo cuando empecé con la mayor y ellos me apoyaron.” (Matilde)

“Sí, de una prima mía que está en los grupos de apoyo, ella es la que me lo ha dado, siempre que he tenido dudas me ha ayudado ella.” (Julia)

“Las mamás que eran responsables de las reuniones del grupo, pues fueron las que me animaron y las que me ayudaron a verlo de otra manera.” (Rosalía)

“En el grupo había otra madre con el mismo problema y me asesoró.” (Evelyn)

“(…) pero en el grupo al que ahora pertenezco he recibido mucho apoyo.” (Emma)

“(…) allí una enfermera, en concreto la que fundó el grupo, me apoyó para seguir adelante con la lactancia.” (Paula)

“En el primero una amiga y vecina que estaba lactando en ese momento y estaba relacionada con los grupos de apoyo, con la que yo hablaba y a través de ella me daban los mensajes oportunos. En el segundo, yo ya había leído y estaba informada y no necesitaba apoyo continuo de la asociación.” (Amor)

“Y luego con mi hija pequeña, tuve el apoyo del grupo.” (Rebeca)

“Yo conocí la asociación esta por el curso de preparación al parto, fue la semana que tocaba la lactancia; para mí esto era como un poco de ciencia ficción, no conocía a nadie que hubiera dado lactancia y no sabía si eso se podía o no se podía. El mero hecho de que ellas fueran allí a decir que estaban dando la teta, ya me valió. Ellas me apoyaron.” (Daniela)

“El grupo, siempre me he apoyado en XXX (responsable del grupo); no la conocí cuando estaba embarazada, tuve muchos problemas, (...) y allí encontré el apoyo que necesité; ellos me aconsejaron lectura, iba todos los meses a las reuniones, lo cual creo que es la base.” (Teresa)

“Con el menor, si tenía alguna duda tenía una cuñada que le había dado más tiempo y había acudido a un grupo de apoyo, y entonces sobre todo en las primeras semanas que tienes más dudas, pues me apoyaba ella. Pasada esa primera etapa que yo comprendí como iba la cosa, no tuve mucha complicación, pero me apoyaba en los

grupos de apoyo, llamaba mucho por teléfono y luego asistía a un grupo, me apoyé un poco en eso.” (Úrsula)

La pareja o marido, también se describe en 9 casos como un elemento clave de apoyo para la madre. En algún caso se menciona a otros miembros de la familia (madre, hermanas, o primas) como elementos de apoyo, pero son más los casos en que la familia juega un papel obstaculizador o de dudoso apoyo.

“Pues, principalmente mi marido que, me ha apoyado al máximo, me ha respetado y ha estado de acuerdo en que yo le diera el pecho a mis hijos todo el tiempo que yo quisiera, y que ellos quisieran, hasta que ya no lo necesitaran.” (Dorotea)

“Pues, principalmente mi pareja. Y después mi familia, mi madre, mis hermanos y mi familia política, sobre todo ellos porque me han respetado mucho.” (Macarena)

“Pues el que más me ha ayudado en la lactancia ha sido mi marido, porque con los dos mayores yo no estaba en el grupo de lactancia, por mis circunstancias personales, me llevaron el embarazo en el hospital, y yo no fui a nada de la lactancia, así que se puso un poco al día y fue el quien me apoyó.” (Alejandra)

“Mi marido, siempre, y (...). Mi suegra, tras algunas dudas iniciales, acabó por apoyarme básicamente, salvo algunos pediatras y tal, todo el mundo.” (Matilde)

“Pues, sobre todo el de mi marido y el de (...).” (Rosalía)

“Además mi marido. Cuando el niño estaba en la UCI, (...) yo llegaba a casa y me ponía el despertador cada tres horas por la noche para sacarme leche, y él se sentaba a mi lado, se quedaba dormido en el sofá, pero se levantaba conmigo. Yo lloraba y el me decía: venga engánchatelo. Me cogía, y me sentaba. Imagínate, si no hubiera sido por él (...).” (Consuelo)

“Entre otros apoyos, mi pareja, fue fundamental; si él no me hubiera entendido mi empeño, hubiera sido imposible, porque yo estaba sólo para eso, con el sacaleches. Mi madre que pasó unos días al principio en mi casa.” (Noa)

“He recibido sobre todo el apoyo de mi madre y de mi hermana.” (Amelia)

Otras fuentes de apoyo nombradas son las consultas de lactancia hospitalarias (2 casos), los foros de lactancia y crianza de la web, y la lectura de libros o consulta directa con profesionales promotores de la lactancia materna.

“Ya me leí los libros que me tenía que leer. A mi me ayudó mucho el grupo de apoyo, pero sobre todo los foros de crianza de Internet.” (Peña)

“La verdad es que tuve mucha suerte porque conocí a XXX (matrona con quien dio a luz), y fue gracias a ella. Yo pienso que en los comienzos, si encuentras buena gente y si encuentras una buena línea de lectura (...).” (Mar)

“Con el libro de Carlos González y la ayuda de un pediatra, conseguí a principios de septiembre darle lactancia exclusiva a mi hijo. Él me ayudó muchísimo. El es mi madrina de lactancia.” (Consuelo)

“Con mi hijo pequeño fue fundamental la consulta de lactancia que había en la Arrixaca, que creo que todavía existe. Vi el teléfono los días que estuve allí ingresada, llamé al 4º o 5º día de estar en casa y a partir de allí, cada vez que lo necesité. Eso es lo que me ha hecho seguir hasta ahora.” (Isabel)

“Como tuve problemas al principio, el apoyo fue de la consulta de lactancia maternal del hospital y luego el pediatra que tuvo mi hija, con el que estoy contenta, me respetó mucho.” (Noa).

Nueve de las madres, manifiestas no haber recibido ningún apoyo, sino todo lo contrario. Como elementos reticentes y obstaculizadores a la lactancia, se mencionan al entorno cercano y a la familia (6 casos), y a profesionales sanitarios (pediatras) (3 casos).

“Pero, sí que alrededor no había mucho apoyo, me decían: ¿vas a darle pecho hasta la mili?” (Dorothea)

“Con la primera lo que tuve fue contra apoyo, (...).” (Pepa)

“Mi familia, todo el mundo te dice que la lactancia es lo mejor, pero nadie te lo dice con hechos, ni con ánimo fiable. Mi pareja, como el resto de mi familia, y como su madre, te dice que la lactancia es muy buena, pero se queda ahí. Tampoco tuve apoyos profesionales, ni en mi centro de salud, ni de la matrona.” (Evelyn)

“Mi madre no me apoyó. Ella se defiende cuando le doy el pecho a mi hijo. Mi madre hace apología del desapego.” (Consuelo)

“No he tenido casi ningún problema, pero en mi entorno no he tenido apoyo, he tenido reticencias muchas veces, porque estoy como las gitanas con la teta siempre fuera.” (Emma).

“No conozco muchos casos, pero he hecho mi estadística y de todos los casos sólo conozco a una que dio 5 años sin acudir a ningún grupo; lo cual me dice que si no vas a los grupos difícilmente aguantas la presión social. En mi familia no hubo apoyo, al contrario ellos pensaban que yo no iba a poder dar de mamar a los dos, tanto mi suegra como mi madre. Mi marido al principio no me decía nada, sólo podía estar conmigo y pasarlo mal. Luego con el tiempo todo el mundo se vanagloria, y con la palmadita en la espalda que ya no me servía para nada.” (Teresa)

“De apoyo yo sola. Al principio era una batalla con todo el mundo y yo estaba sola y era una batalla psicológica; yo sabía “hay gente que le da, hay gente que le da” (Daniela)

“Por parte del pediatra, más bien términos médicos, no una ayuda directa sino pautas médicas, que cuando llegaba a casa no me servían para nada.” (Paula)

“En las dos primeras ninguno; ni de mi pediatra, al contrario fueron todo obstáculos, así que demasiado duré para el apoyo que tuve. Sinceramente, veía a la pediatra y era ponerte siempre trabas; si yo llegue hasta los 4 y 5 meses, fue con muchas dudas, pensando que no lo estaba haciendo bien. La visita a la pediatra era un espectáculo, o sea que apoyo ninguno.” (Rebeca)

Al hablar de los apoyos con los que cuentan o han contado para el cuidado de los hijos en la etapa de crianza, mayoritariamente se menciona a la pareja/ marido. Este apoyo va desde la ayuda puntual, siendo asumida la crianza casi exclusivamente por la madre (5 casos), hasta el cuidado más o menos compartido de los hijos (17 casos). También en 8 casos se menciona a miembros de la familia (abuelas o suegras) como cuidadores ocasionales, y solamente en tres casos las madres recurren a ayuda externa, es decir a contratar a una persona para el cuidado de los hijos.

“Mi marido me apoya muchísimo, hace la compra, los lleva para acá y para allá, friega los platos, es quien más me apoya”. (Dorotea)

“Mi marido y yo nos apoyamos (en la crianza), y si pueden, mis padres, pero muy de vez en cuando”. (Pepa)

“Su padre y yo somos los cuidadores principales, en alguna ocasión que lo necesitamos, la familia, sobre todo las abuelas”. (Eulalia)

“De mis hijos, la mayoría del tiempo me encargo yo, porque tengo más facilidades en el trabajo (...) Mi marido tiene un horario peor y trabaja todos los días.” (Alejandra)

“Al principio, me ayudaba más mi marido, porque tenía un horario más flexible de trabajo, y ahora mi suegra, mi hermana, de ahí tiro, de la familia.” (Julia)

“Básicamente yo. El cuidado de mis hijos es responsabilidad mía, y cuando llega mi marido, se reengancha.” (Evelyn)

“Habitualmente mi marido. Estamos solos aquí los dos, generalmente no tenemos apoyo, tenemos que compartir el trabajo entre los dos.” (Ester)

“Mi marido y, eventualmente, mi madre.” (Daniela)

“Mi pareja y, ocasionalmente, mi suegra” (Noa)

“Mi marido, solamente mi marido y mis padres cuando vienen.” (Amelia)

“Pues mucho, mucho mi marido, porque está conmigo a la par, tiene un horario muy bueno y está siempre dispuesto. Luego, cuando estoy trabajando de ocho a tres, pues tengo una señora en mí casa que las cuida.” (Rosalia)

“Aparte de mi marido, en casa tengo una señora que se encarga por las mañanas de llevar al colegio al mayor y recogerlo. De las tareas de casa se encarga ella.” (Amor)

“Mi suegra, y una chica que tengo contratada en mi casa por las mañanas. De mi madre no tengo ayuda porque no está de acuerdo con la manera en la que estoy criando a mi hijo.” (Consuelo)

Una vez más, se pone de manifiesto la importancia del entorno sociofamiliar en el apoyo sentido por las madres y por ende en la vivencia positiva o no de la LM. La pareja/ marido es, en la mayoría de los casos

analizados, un elemento clave de apoyo no sólo para la LM, sino en general en el cuidado de los hijos. Aunque todavía no podemos hablar de corresponsabilidad plena en la crianza, ya que son varias las mujeres que asumen esta responsabilidad prácticamente en solitario. Por otro lado, volvemos a encontrarnos con la percepción negativa de las mujeres, en relación al papel que juegan los profesionales sanitarios respecto al fomento de la LM.

IV) FORMACIÓN EN LM

En relación a la formación, la totalidad de las mujeres declaran haberse formado, y en líneas generales, nos encontramos con mujeres que conceden gran importancia a la formación y a la renovación continua de los conocimientos adquiridos en lactancia materna y sobre temas de crianza.

“Tienes que ir formando continuamente, van cambiando cosas constantemente, esto funciona y esto no, y tienes que ir formándote día a día. Por Internet nos mandamos cosas entre todas, sabes que ha salido esto. Tienes que formarte diariamente.” (Dorothea)

“La monitora también tiene que formarse ella, ir a Congresos, tiene que reciclarse continuamente porque las cosas cambian.” (Carlota)

Generalmente (15 casos) la formación se ha adquirido a través de un proceso de autoaprendizaje (lecturas de libros, artículos científicos, documentos en red, noticias de prensa, etc.) Éste proceso comienza por un interés personal y se va acrecentando conforme se adentran en los grupos y participan de forma más activa en ellos. En algunos casos (5n) el proceso de formación comienza en sus estudios universitarios con un carácter profesional, pero incluso en estas circunstancias la inquietud e iniciativa personal está muy presente. También se le concede gran importancia a la formación adquirida a través de la experiencia personal, y a través de la experiencia compartida con otras madres (7 casos).

“La experiencia, el conocimiento de otras madres, y (...) de libros, foros, cursos, de actualización, (...) hemos ido buscando.” (Margarita)

“Pues, soy enfermera, hace poco que soy matrona y la verdad es que en la carrera se tocó muy de puntillas la lactancia materna. Fue a raíz de mi embarazo y de mi asistencia a los grupos de apoyo. A partir de ahí mi interés personal, de forma autodidacta, lecturas de libros, de artículos.” (Macarena)

“A través de lectura de libros y artículos científicos, vía Internet, y luego he hecho cursos, porque hay que estar al día.” (Pepa)

“Leyendo mucho.” (Mar)

“Yo la adquirí a raíz de mi profesión, porque trabajaba en la planta de infantil. Tomé contacto con la lactancia por el trabajo, tuve inquietud por las preguntas que me hacían las madres, y me di cuenta de que mi formación era escasa o nula, y yo quería saber más para poder dar respuesta a esas dudas de mejor manera. Quería saber más, y por iniciativa propia decidí formarme.” (Eulalia)

“Cuando estaba embarazada empecé a formarme, y luego sobre la marcha iba leyendo. Empecé a ir a charlas, a congresos de lactancia, y la cosa ha ido aumentando.” (Carlota)

“Yo misma, formándome, con mi propia experiencia, y luego, porque soy muy curiosa y leo y me meto en foros...” (Matilde)

“Pues, a través de Internet y de Carlos González.” (Julia)

“A través del grupo; de informarme de eventos, de enterarme de cosas, y por estudio personal de libros de lactancia. También a través de la experiencia de otras madres.” (Rosalía)

“Una parte por la carrera y otra parte autoformación, y algún curso que he hecho por el trabajo.” (Emma)

“A través de mi propia experiencia, a través de distintos grupos que hizo el Hospital, y también leyendo. Ahora hay mucha más información a través de Internet y de libros interesantes.” (Paula)

“En la lactancia de mi hijo, leyendo muchas cosas, el libro de Carlos González, y en Internet, porque en la carrera yo recuerdo muchas clases pero de componentes químicos de la leche materna, pero realmente lo que es la posición, el estímulo, etc., de todo eso no recuerdo nada.” (Isabel)

“Al principio fue mucha lectura y mucha documentación.” (Rebeca)

“Con la experiencia y con el empeño; la seguridad la coges cuando has tenido la experiencia, y luego cae en tus manos alguna revista y lees el libro de Carlos González.” (Daniela)

“También con lecturas sobre aspectos de lactancia y de crianza; pero lo que estábamos comentando antes, que la madre ahora no tiene esa formación y tiene que buscarla.” (Amelia)

Un grupo importante de madres, ha participado también en cursos, charlas, congresos y talleres, no sólo sobre capacitación en LM, sino también sobre consejería o asesoramiento a otras mujeres (12 casos). Estos cursos no siempre tiene un carácter formal (con una acreditación), ya que según manifiestan las madres los cursos que te certifican de manera oficial son costosos y duran mucho tiempo. Dos de las madres están acreditadas en LM y otra está en proceso.

“Pues con la experiencia mía como madre y de otras madres. Por Internet, la formación que hacemos por cursos, congresos. Yo estoy acreditada como monitora de la Liga de la leche internacional.” (Dorotea)

“Luego asistiendo a cursos, congresos etc., de manera personal. Nosotras a nivel personal intentamos hacer algo a nivel de consejería para intentar llevar las reuniones de la mejor manera posible.” (Macarena)

“También aquí nuestro matrn del centro de salud nos impartió un curso sobre consejería en lactancia materna.” (Matilde)

“He leído muchos artículos, sobre todo de foros de lactancia y de crianza natural. Luego, el curso que nos dio la matrona para apoyar a las madres en la lactancia, no era algo homologado, pero fue bastante largo, quince o veinte horas, para que no fuera solo nuestra experiencia personal. Así, de forma oficial no, todo ha sido por vía nuestra”. (Alejandra)

“Documentándome en libros y artículos que ella me guiaba. Yo intento ir a cursos, pero a veces no puedo ir, o son muy caros.” (Evelyn)

“Además de los libros que he leído, me he apuntado a todos los cursos que han hecho en Murcia.” (Consuelo)

“Me basé un poco en mi formación. Basándome en esas primeras notas, si que fue cuando empecé a buscar información que se complementara. Me he formado sobre todo por Internet, he hecho varios cursos “on line”, aunque no los tengo acreditados porque, por desgracia, cuestan mucho dinero.” (Ester)

Otro aspecto al que se le concede gran importancia es al de la calidad de la información, es decir, a la preocupación de que la información que poseen o que comparten con otras madres sean evidencias científicas, esté avalada por organismos nacionales o internacionales o provenga de autores de reconocido prestigio⁶⁶. En este sentido, la web se considera una herramienta imprescindible para el acceso a la información, la realización de cursos “on line”, y para poder compartir la información. (8 casos).⁶⁷

“Por Internet nos mandamos cosas entre todas, sabes que ha salido esto...”. (Dorotea)

“Por Internet. Lo que hacemos es pasarnos los materiales de formación de unos grupos a otros, nos ayudamos entre nosotras para poder encontrar una información que sea realista y ajustada a cosas avaladas por organismos oficiales, como puede ser la OMS o la AEP. Tenemos redes de consulta, como puede ser “Lactmat” u otros foros, y demás. De esta manera vas buscando a alguna persona que si esté acreditada, que tenga una formación sólida y veraz, para poder comentarle los casos más difíciles de llevar, o que puedan con llevar un riesgo para la salud, tanto de la madre como del niño.” (Ester)

⁶⁶ Se mencionan a la Organización Mundial de la Salud (OMS) al Comité de LM de la Asociación Española de Pediatría (AEP/ SEP), a la Liga de la Leche Internacional, a la Federación de Grupos de Apoyo a la Lactancia Materna (FEDALMA) y a LACMAT (foro de LM en la red).

⁶⁷ Actualmente existe un gran movimiento de hermanamiento de madres en la red. La web 2.0, los blogs, y las redes sociales, ofrecen una oportunidad para el intercambio de información y experiencias.

“La autoformación ha sido con lecturas de libros y cursos “on line” con FEDALMA.” (Emma).

“Ahora hay mucha más información a través de Internet y de libros interesantes.” (Paula)

“Si a través de Web y de lecturas sobre todo de Carlos González. Leí a Rosa Jover y a otra autora americana. Pero en cuanto a lactancia aprendí de Carlos González y de la SEP a través del comité de lactancia materna y el foro de lactancia materna.” (Amor)

“Yo, ha sido por Internet; toda mi información ha sido por Internet; por Internet supe de libros.” (Noa)

Por último mencionar que los propios grupos de apoyo, son considerados por las madres (8 casos) como herramientas de formación más allá del intercambio de información y experiencias, ya que organizan cursos y charlas de formación dirigidos a sus miembros, al público en general, y también a profesionales sanitarios. Además ponen a disposición de las madres participantes bibliografía de interés sobre LM y crianza. En algunos casos la formación es imprescindible para ser responsable de un grupo, como es el caso de los grupos de la Liga de la Leche, que tienen su propio proceso de formación interna.

“Pues con la liga de la leche internacional, tienes que ir formándote (...) Y luego cursos y encuentros que hacen una vez al año para monitoras.” (Dorotea)

“Yo fue a raíz de mi embarazo y de mi asistencia a los grupos de apoyo.” (Macarena)

“Ya cuando nos pusimos a formar el grupo, pues ya sí que tuvimos mucha más relación con la matrona del centro de salud y nos hizo un curso de capacitación para dar información sobre lactancia y todas esas cosas.” (Alejandra)

“En el grupo de apoyo a la lactancia, con XXX (fundadora lactando), pero sobre todo con XXX (responsable grupo Puente Tocinos), que ha sido la que me ha ido diciendo: “léete esto” “mira éste artículo”. Documentándome en libros y artículos que ella me guiaba.” (Evelyn)

“Además de los libros que he leído, me he apuntado a todos los cursos que han hecho en Murcia, uno que hicieron en la unidad medio ambiental, y otro que hicieron en la Arrixaca para profesionales y que nos reservaron dos o tres plazas para personas de la asociación. Luego los que organizamos en la asociación que trajimos a Carlos González.” (Consuelo)

“(…) documentos a través del grupo de apoyo; y luego ya hice el primer curso que se hizo de formación en La Arrixaca, que era para profesionales, pero ampliaron unas plazas para un grupo de madres e hice el curso como de capacitación; y luego pues asistiendo a encuentros.” (Rebeca)

“Nos encauzaron, nos llevaban algún artículo. Yo creo que los grupos de apoyo son el futuro.” (Teresa)

“Pues en los grupos, que me dieron toda la documentación que tenían en ese momento; era más papel, porque hace diez años no funcionaba yo con el Internet. Me dio mucha documentación y yo me la empapaba ahí; me ponía a leerla cuando estaba dándole el pecho al nene y luego asistí a algunas reuniones suyas, cuando me enteraba de algún curso que estaban haciendo o nos llamaban cuando ya éramos grupo, si podía iba: hacia casi lo imposible por ir.” (Úrsula)

Está claro que poseer información de calidad, es un aspecto clave en el éxito de la LM. En este sentido, todas las mujeres de nuestro estudio, conceden gran importancia a la formación, y aunque una parte importante de ellas, ha participado en cursos, charlas y talleres, la formación es sobre todo adquirida desde un proceso de responsabilidad y búsqueda personal, adquiriendo protagonismo el aprendizaje no formal e informal, así como el intercambio de experiencias y conocimientos de forma directa o a través de las nuevas tecnologías. En este contexto, los GALM se convierten en valiosísimos recursos de aprendizaje y formación no sólo para las mujeres/ madres que participan en ellos sino también para otros sectores de la sociedad, incluidos los profesionales sanitarios.

CATEGORÍA 2: INFORMACIÓN SOBRE MATERNIDAD/ LACTANCIA MATERNA (LM) MUJERES

2.1.1. EXPERIENCIA PERSONAL CON LA LM: DURACIÓN

CASOS	1º hijo	2º hijo	3º hijo	4º hijo	Observaciones
Margarita	42 meses 3 años y 6 meses				Continúa lactando
Dorotea	3 meses	91 meses 7 años y 7 meses	96 meses (8 años)	72 meses 6 años (continúa)	Tándem Continúa lactando
Macarena	60 meses 5 años	14 meses (continúa lactando)			Tándem Continúa lactando
Pepa	7 meses	42 meses 3 años y 6 meses			
Mar	16 meses 1 año y cuatro meses				Continúa lactando
Eulalia	42 meses 3 años y 6 meses				
Alejandra	8 meses	8 meses	24 meses 2 años		
Carlota	33 meses 2 años y 9 meses	60 meses 5 años			
Matilde	31 meses 2 años y 7 meses	48 meses 4 años			Continúa lactando
Julia	34 meses 2 años y 10 meses				
Rosalía	42 meses 3 años y 6 meses	30 meses 2 años y 6 meses	9 meses		Tándem Continúa lactando
Evelyn	7 meses	36 meses 3 años			Continúa lactando
Ester		48 meses 4 años			Continúa lactando
Consuelo	24 meses 2 años				Continúa lactando
Emma	21 meses				
Paula	9 meses	30 meses 2 años y 6 meses			

Amor	36 meses 3 años	19 meses			Continúa lactando
Isabel	9 meses	36 meses 3 años			Continúa lactando
Rebeca	5 meses	5 meses	55 meses 4 años y 6 meses		
Daniela	18 meses	18 meses			
Teresa	48 meses 4 años (gemelo)	48 meses 4 años (gemelo)	48 meses 4 años		Tándem
Noa	24 meses 2 años	3 meses			Tándem actual Continúa lactando
Amelia	26 meses				
Úrsula	6 meses	5 meses	30 meses		

2.1.2. EXPERIENCIA PERSONAL CON LA LM: VIVENCIA

Descripción de variable	Nº de casos
Experiencia muy buena, gratificante, maravillosa, bonita, estupenda, lo mejor, auténtico placer, superpositiva	19
Motivo de orgullo y satisfacción personal	5
Descubrimiento, revelación, transformación personal	4
Mayor dificultad en los inicios (instauración y primeros meses de LM)	10
Complicaciones mas frecuentes en la LM de los primeros hijos	9
Experiencia dura y frustrante	9
Complicaciones o patologías:	
- Cólico del lactante	1
- Problemas de enganche	2
- Grietas	2
- Intolerancia a las proteínas de la leche	1
- Prematuridad asociada a estancia hospitalaria	2
- Hipogalactia	3
- Escasa ganancia de peso del bebe	1
Obstáculos psicosociales:	
- Falta de información de calidad	5
- Presión social y familiar para abandonar LM	2
- Incorporación al trabajo	3
- Recomendaciones de los profesionales sanitarios poco favorecedoras a la LM	4
Contacto o participación en los GALM	4
Foros de crianza/ LM	2
Lectura de libros	2
Contacto con profesionales sanitarios	2

2.2. ANTECEDENTES FAMILIARES

Descripción de variable	Nº de casos
No se recibió LM	7
Se desconoce la información	1
Si recibieron LM, pero pocos meses (1- 4 meses)	13
Si recibieron LM (+ 6 meses)	3
Motivos de no amamantar o de abandono LM <ul style="list-style-type: none"> - Condicionantes socioculturales - Trabajo materno - Complicaciones o patologías 	7 2 3
Creencia familiar de que la incapacidad de amamantar es una cuestión hereditaria	2

2.3.1. APOYOS EN LA LM

Descripción de variable	Nº de casos
Apoyo de un GALM o miembro de él	18
Apoyo del marido o pareja	9
Apoyo de otros miembros de la familia	4
Otros apoyos <ul style="list-style-type: none"> - Consulta de lactancia hospitalaria - Foros de LM en la web - Lectura de libros - Consulta con profesionales sanitarios pro lactancia 	2 1 3 3
Falta de apoyos	9
Elementos obstaculizadores <ul style="list-style-type: none"> - Entorno cercano/familia - Profesionales sanitarios 	6 3

2.3.2. APOYOS EN LA CRIANZA

Descripción de variable	Nº de casos
Apoyo de marido o pareja <ul style="list-style-type: none"> - Apoyo puntual - Cuidado compartido 	22 5 17
Apoyo familiar puntual (abuelos)	8
Ayuda externa (contrato)	3

2.4. FORMACIÓN

Descripción de variable	Nº de casos
Poseen formación y valoran este aspecto	24
Necesidad de renovación de conocimientos	3
Formación como autoaprendizaje, proceso de búsqueda personal, autodidactas.	15
Formación por motivos académicos/ laborales	5
Experiencia personal y experiencia compartida con otras madres como fuente de aprendizaje	7
Importancia de la calidad de la información que poseen y comparten con otras madres	11
La Web como herramienta imprescindible para el acceso a la información y para compartirla	8
Participación en cursos charlas, congresos y talleres sobre LM/ capacitación en LM/ asesoramiento y consejería	12
Mujeres acreditadas en LM	2
Los grupos como herramientas de formación (organizadores de eventos formativos y difusores de bibliografía de interés)	8

CATEGORÍA 3: RELACIÓN DE LAS MUJERES CON LOS GRUPOS DE APOYO A LA LM (GALMS)

SUBCATEGORÍAS

I) ¿CÓMO LOS CONOCIÓ?

Al preguntar a las madres, cómo conocieron la existencia de los grupos de apoyo, son variadas las respuestas. Destacan tres cauces; el “boca a boca” a través de familiares y amigos (7 casos), por eventos organizados por los propios grupos dentro de la Semana Mundial de la Lactancia o en otros momentos (7 casos), y a través de profesionales sanitarios, generalmente por las matronas en los cursos de preparación al parto (5 casos), o enfermeras del hospital o de la consulta hospitalaria de lactancia (2 casos). Otras fuentes mencionadas son la web (5 casos) a través de los foros de lactancia y crianza y de las propias webs de los grupos, los folletos o carteles editados por los grupos (4 casos), libros o revistas especializadas (2 casos), programas de TV o radio donde aparecen estos grupos (2 casos), y con motivo de sus estudios universitarios (1 caso).

“Había oído hablar de ellos, lo había leído en algún libro, revistas, y los vi en la Semana Mundial, los vi en la calle. Vi a un grupo de madres amamantar a sus bebés, con pancartas a favor de la lactancia. Las madres llegan, de Internet, de las consultas de las matronas, del boca a boca. Y es que la necesidad está ahí.” (Margarita)

“A través de una de mis cuñadas que dio a luz diez meses antes que yo.” (Macarena)

“Por mi prima, yo no lo sabía, no tenía ni idea.” (Julia)

“Todas mis amigas eran lactantes de larga duración y estaban metidas, por lo menos dos de ellas, en grupos.” (Amor)

“El año pasado en la Semana Mundial de la Lactancia, hubo unas charlas que ya pude ir, y ahí fue cuando me animé a asistir y conocer los grupos.” (Isabel)

“Los conocí a través de una compañera del trabajo que también era enfermera, y que estaba en un grupo de apoyo.” (Eulalia)

“Pues lo conocí por la radio, me lo dijo mi marido que había escuchado una entrevista (...).” (Alejandra)

“Pues mira, antes de estar yo embarazada, e incluso de estar casada, fue cuando empezó a conocerse el grupo y yo ya vi los carteles.” (Mar)

“Pues yo oí que había un grupo en Murcia, entonces me acerqué a una Semana Mundial.” (Rosalía)

“Por XXX (responsable de un grupo), porque ella es amiga de unos amigos míos, y fue ella la que me informó.” (Evelyn)

“A través del hospital; de la enfermera que me ayudó, fue la que creó el grupo y yo me metí en el grupo.” (Paula)

“Fue por la charla de la que te he hablado, de XXX (monitora de la Liga de la Leche) en el centro de salud.” (Carlota)

“Pues, porque tuve la suerte de que me atendió (el parto) una matrona maravillosa.” (Pepa)

“En la preparación al parto y en alguna revista, pero sobre todo en la preparación al parto.” (Daniela)

“Por Internet, me meto mucho por Internet.” (Matilde)

“Yo descubrí los grupos de apoyo por Internet; cuando estaba embarazada.” (Amelia)

“Por mi carrera; en la carrera ya cuando nos explicaron la primera vez cosas de la lactancia.” (Emma)

También existe variedad al hablar del momento en que los conocieron, así, 4 mujeres conocieron de su existencia antes incluso de estar embarazadas, 8 mujeres los conocieron durante su embarazo, 2 casos durante el ingreso hospitalario en el parto, y 8 casos conocieron de su existencia después de tener a sus hijos. En dos casos no recuerdan o no mencionan esta información.

En relación a su reacción al conocer que existían grupos de madres de apoyo a la lactancia, cuatro mujeres manifiestan su extrañeza y sorpresa, e incluso en tres casos las mujeres reconocen un rechazo inicial ante esta iniciativa. En otros tres casos, las mujeres manifiestan que les pareció una idea muy interesante desde el primer momento que tuvieron conocimiento de ella.

“Yo no lo sabía, no tenía ni idea. Aparte cuando oí que existían grupos de apoyo para la lactancia me pareció..., lo vi como exagerado, pero conforme me fueron surgiendo las dudas, vi, creí, que era un apoyo muy grande.” (Julia)

“Pues la verdad es que no tenía ni idea. Un día fui al ambulatorio con la pequeña que tenía un mes y vi un cartel, (...) me costó un poco acudir a las reuniones, porque era tan, tan ideal que me producía un poco de rechazo. Mi hija ya tendría unos tres meses cuando empecé a ir.” (Rebeca)

“Si estuve en contacto con XXX, por vía telefónica me ayudaron bastante en los primeros días de mi primera lactancia, pero, no me sentí con fuerzas de acudir a ese grupo porque me sentía muy fuera de lugar, no me veía reflejada en su ideología.” (Ester)

“Fue como una llamada. Yo sabía que eso era para mí, que yo iba a estar ahí. Simplemente al ver los carteles, ya me interesó. Me resultó muy interesante que hubiera un grupo donde las mujeres se pudieran reunir para dar el pecho y para comentar las tareas, los problemas, las ilusiones, todo.” (Mar)

“Todo lo que me contaba me pareció muy interesante y decidí formar un grupo en la localidad donde yo vivo.” (Eulalia)

“Yo descubrí los grupos de apoyo por Internet, cuando estaba embarazada Descubrí que había en otras comunidades sitios donde la gente se reunía y participaban, contaban sus dudas, hacían actividades y me pareció muy interesante.” (Amelia)

“La matrona dijo algo en el curso de preparación al parto, pero me quedó algo confuso. Dijo algo de personas y yo entendí que eran enfermeras y me extraño porque dijo que tenían un teléfono disponible las 24 horas y pensé que quien hacía eso. Entendí lo de los grupos de apoyo cuando ya estaba allí. La matrona dio esa información pero de forma muy confusa.” (Consuelo)

El boca a boca entre familiares y amigas, junto con las actuaciones de los propios grupos (eventos de la semana mundial de la LM, edición de carteles y folletos, páginas web, etc.) siguen siendo la principal forma de conocimiento de los grupos por parte de las mujeres que acuden a ellos. Los profesionales sanitarios, (sobre todo matronas) también ejercen funciones de difusión y derivación de las madres a los grupos, pero con importantes limitaciones (solo 7 mujeres afirman haber conocido al grupo por parte de un profesional sanitario). El hecho de que un grupo significativo de mujeres conocieran los grupos después ya de tener a sus hijos, y que algunas de ellas manifestaran extrañeza al conocer de su existencia, pone de manifiesto la necesidad de invertir mayores esfuerzos en el fomento de las prácticas de los grupos de apoyo u otros recursos de apoyo comunitario a la LM.

II) TIEMPO PARTICIPANDO

Las incorporación de las mujeres al grupo se realiza por regla general, cuando nace su bebe o en los primeros meses de su maternidad; en 7 casos, al nacer su primer hijo; en 6 casos, al nacer su segundo hijo; y en 3 casos, al nacer su tercer hijo. Sólo en dos casos la incorporación al grupo se realizó antes, es decir, en el embarazo o incluso antes de estar embarazada (1 caso). Otro pequeño grupo de mujeres (5 casos) se incorporaron de forma más tardía al grupo, cuando sus hijos tenían más de un año.

“Una vez que nació mi cría, ahora soy consciente de que lo conveniente es ir antes, cuando una todavía está embarazada. Fui cuando mi cría tenía un mes y medio, fue la primera vez que fui a una reunión.” (Mar)

El tiempo que las mujeres llevan participando en los grupos es muy variado, oscilando entre los 14 años, la que más tiempo lleva y menos de un año las que menos tiempo llevan (2 casos). Diez mujeres llevan participando entre uno y tres años, 5 mujeres entre cuatro y seis años, y seis mujeres más de seis años.

“Pues, desde que mi primer hijo tenía un año y medio, más o menos. Así llevo ya catorce años.” (Dorotea)

“Muchos años, en el grupo los años que tiene mi hijo pequeño, ocho años.” (Carlota)

“Desde que nacieron los niños, desde el mes de vida y tienen 8 años. He sido activa todo el tiempo.” (Teresa)

Al preguntar por el tiempo que llevan participando de forma más activa y asumiendo responsabilidades dentro de grupo, más de la mitad de las mujeres dicen que su participación ha sido activa desde el principio, e incluso en cuatro casos describen cómo, desde que conocieron al grupo, su participación en él y su grado de implicación ha ido aumentando. Además, en cuatro casos, las mujeres entrevistadas han estado implicadas en proceso de creación del grupo por lo que su asunción de responsabilidades ha ido inherente a su participación.

“La responsabilidad y el compromiso es desde que conoces el grupo. La implicación te sale, te nace.” (Margarita)

“Con responsabilidades desde el principio, incluso antes de ser monitora.” (Dorotea)

“Con responsabilidades prácticamente desde el principio, porque no había nada. Como éramos las que lo formamos, pues aunque con muy poquita experiencia, éramos las monitoras, por así decirlo.” (Eulalia)

“Desde el primer día que formamos el grupo.”

“Pues, desde que hicimos este grupo, desde diciembre de 2010. Yo antes no había ido nunca a un grupo”. (Julia)

“Yo entré como vicepresidenta, al mes de nacer la segunda.” (Rosalía)

“Desde el principio de asistir.” (Amelia)

“A los dos meses de participar, es decir, a los cuatro meses de nacer mi hijo. Me hice socia en seguida, en septiembre, y en la primera semana mundial, en octubre, ya

estaba colaborando. Ahora soy vocal de una sede, y tengo el cargo de responsable de comunicación.” (Consuelo)

En seis casos la responsabilidad en el grupo ha sido asumida al año de estar participando. Este hecho se explica porque algunos grupos tiene como criterio para coordinar un grupo la permanencia en él durante al menos este periodo de tiempo. Sólo cinco mujeres manifiestan haber asumido responsabilidades tras más de un año de asistencia al grupo.

“A lo mejor cuando el niño tenía ya un año, porque ya se suponía que el grupo podía dejarte el teléfono para que tu pudieras apoyar a madres se suponía que debías tener una experiencia para servir de apoyo de al menos un año.” (Daniela)

“Pues la verdad es que el primer año fui un poco así, un poco como madre; luego, empecé a ayudar la responsable de grupo; que sería como al año y cuando tenía dos años y medio o así me quedé de responsable de grupo.” (Rebeca)

La incorporación de las madres a los GALM, coincide como es lógico, con los primeros momentos de la crianza de alguno de sus hijos, ya que es un momento especialmente sensible en el que la madre siente la necesidad de apoyo e intercambio de vivencias, también es el momento en el que surgen la mayoría de los problemas y dudas asociadas a la instauración de la LM. El tiempo de participación en el grupo, es variable, y aunque lo normal sería encontrar mujeres implicadas en los grupos, sólo durante el tiempo de crianza y amamantamiento de los hijos, también encontramos casos de mujeres con una implicación prolongada (más de seis años), entregadas al apoyo a la madre lactante. Como mencionan muchas de las mujeres, su implicación activa en el grupo ha sido desde el principio, ya que es difícil quedarse al margen en este tipo de grupos de apoyo mutuo, donde se da protagonismo a la madre asistente, y donde existen vivencias compartidas que te unen y te identifican con el grupo.

III) RAZONES

Al hablar de las razones por las que acudieron al grupo y participaron en él, nos encontramos un amplio abanico de motivaciones y justificaciones que van desde la necesidad hasta la gratitud. En relación a las primeras, la razón de acudir a un grupo tiene que ver, tanto con problemas acontecidos con la LM en el momento actual, como por malas experiencias anteriores que no se

quieren volver a pasar. También se habla de la necesidad de recibir apoyo, ante la falta de apoyo institucional y/ o profesional.

“Con mi segundo, yo me quedé con muchas ganas de darle pecho a mi primero. Decidí que ninguna madre de Murcia se encontrara sola. No quería que ninguna madre se encontrara sola.” (Dorotea)

“Entonces, como me pareció tan importante la labor que se realizaba desde los grupos de apoyo, y lo veía como una necesidad en la etapa del postparto, en la lactancia, que están tan perdidas. Yo soy enfermera y yo veía que había un gran vacío en la asistencia sanitaria con esas mujeres, con esos problemas, y era una manera, desde mi posición de madre lactante, no como profesional, sino como madre, de ayudarlas, y de orientarlas.” (Macarena)

“Pues que como lo pasé tan mal con mi primera hija, fue tan frustrante. Por eso me metí en el grupo, porque dije esto no puede volver a pasar.” (Pepa)

“Yo, a mi lo que mas me ha motivado es ver la necesidad. Que realmente, cuando conoces a una madre que ha dado lactancia materna durante mucho tiempo, es porque ha estado en contacto con un grupo de apoyo, es muy raro que una madre por su cuenta haya dado el pecho mucho tiempo, y no haya tenido problemas. Entonces, ver la necesidad en ese momento, que las cosas no avanzan tan rápido como deberían, y no hay mucha gente implicada.” (Carlota)

“Pues yo como tuve tantas dudas, al principio de la lactancia, lo pasé tan mal, porque trabajaban muchísimas horas, pues pensé que podría ayudar a otras madres que estuvieran pasando las mismas dudas que pasé yo.” (Julia)

“La falta de conocimientos sobre lactancia de los profesionales sanitarios de mi entorno.” (Rosalía)

“Yo me metí en los grupos de apoyo por el problema de intolerancia de mi hija María. El pediatra me dijo que le diera leche de fórmula. A raíz de esa experiencia negativa (con los profesionales sanitarios) contacte con los grupos, y empecé a documentarme”. (Evelyn)

“Al principio yo iba más a buscar el apoyo. Al principio mi hijo no se enganchó al pecho y estuve todo el primer mes sacándome la leche con el sacaleches.” (Daniela)

“El que necesitaba ayuda; el que yo veía que en los temas del embarazo iba muy controlada, pero después era como los besos, beso y fin. Lo que hay más allá del beso, eso era para mi desconocido.” (Amelia)

Otro grupo importante de madres nos habla de la necesidad de compartir con otras madres la experiencia de la LM e incluso la propia crianza, evitando así la sensación de soledad o incluso de rechazo social que algunas mujeres manifiestan haber sentido.

“Me llevó, el tener tan poquito donde acudir, al principio de mi lactancia, el sentirme tan poco comprendida y sola, sobre todo dentro del ámbito sanitario. Fue lo que mas me impulsó a ayudar a otras madres, por lo menos si no a ayudarlas, sí a escucharlas. Porque es cierto que si cada vez hay mas lugares en los que buscar cuando hay problemas, cada vez veo menos sitios donde puedan ir las mamas a ser escuchadas a ser oídas, sin tener miedo a recibir críticas, sin tener que justificarse ante nadie.”

Simplemente compartir su experiencia, que es lo que yo también eché en falta al principio. Es una cosa en la que todavía veo carencias.” (Ester)

“Pensando en el rechazo de la calle cuando estás lactando; la gente te mira cuando das el pecho, no cuando es muy pequeñín sino cuando es un poco más grande. Creo que es importante.” (Emma)

“La propia experiencia como madre que lactaba me pareció superinteresante y sobre todo el apoyo de madre a madre, lo importante que es tener a tu lado, no un profesional, sino el apoyo de una madre que te está contando la experiencia o que tu le puedes ayudar; creo que la base de una buena lactancia es el apoyo madre a madre.” (Paula)

En relación al segundo grupo de motivaciones nos encontramos mujeres que dicen participar en el grupo para ayudar, o para poder devolver todo lo que el grupo les ha aportado, y así, partiendo de la gratitud, evitar que otras madres se puedan encontrar solas o sin apoyo. Por último, encontramos mujeres cuyas motivaciones se relacionan con el compromiso de difundir los beneficios y bondades de la LM y desterrar falsos mitos y creencias asociadas a ella y, de este modo, normalizar y hacer visible la práctica del amamantamiento.

“Lo que recibes. La satisfacción de ayudar cuando no existe esa ayuda institucional. El cariño y el calor de madres que vienen llorando y se van felices. Porque recibes más de lo que das y por eso necesitas estar ahí para recibir.” (Margarita)

“Esto es cuestión de información y yo la tenía, además me apetecía tanto decirle la verdad a las mamas. Parece una barbaridad, pero es que son cuatro cosas las que hay que saber, que son evidentes, pero que no las saben las madres, y que yo no las sabía. Para saber dar de mamar a una criatura, no ha que saber de lactancia materna, lo que hay que saber es escucharte y seguir tu instinto, y eso no lo sabemos hacer. Por eso hay que decirlo, a las mamas que quieren escucharlo, que no son muchas.” (Pepa)

“Yo asistí al grupo de ayuda, no para recibir ayuda, sino para prestarla, porque fue una cosa (la LM) que me llenó tanto, que yo tenía que darlo a conocer. Porque me daba mucha rabia que muchas madres tuvieran que dejar de dar el pecho por la desinformación y por no tener a nadie que la apoyara. Por la idea de las vecinas, de los comentarios de que tu leche ya no vale. Todas esas cosas me dan muchísima rabia. Yo lo que quiero es transmitir eso, que pueden disfrutar con la crianza, y que deben disfrutarla.” (Mar)

“Pues porque a mi me pareció que dentro de las dificultades que pueda ocasionar el principio de la lactancia, era lo mas cómodo, lo mas barato, lo mas fácil, que si te organizas y pasas de prejuicios, y tienes a tu hijo contigo, no supone un peso el dar de mamar a tu hijo. Parece que si quieres dar de mamar a tu hijo tienes que renunciar a la vida, y para mi fue al revés.” (Alejandra)

“No sé, por devolver la ayuda que me dieron a mi.” (Carlota)

“Pues, porque a mi me ayudó mucho la experiencia.” (Matilde)

“Pues, yo creo que lo feliz que yo me sentía de darle pecho a mi hijo, y el pensar que había gente con dificultades mucho menores que la mía, y que abandonaba la lactancia sobre todo por falta de respaldo, por falta de apoyo familiar que es un tema que yo lo he tenido muy presente. El entorno influye muchísimo.”

“Mi idea al participar era ayudar. La motivación para implicarme activamente ha sido el poder compartir con otras mamás cómo yo he vivido la lactancia, y echar una mano en la medida de lo posible. Creo que es muy importante por las carencias a nivel profesional, y porque muchas de las que estaban en este grupo también eran amigas y yo me siento muy cómoda con ellas.” (Amor)

“Pues, sobre todo, el hecho de que a mí me había servido un montón, pues solamente el hecho de que otra madre por teléfono, me dijese que iba por buen camino, o que a lo mejor podía cambiar algo, a mí me sirvió muchísimo, entonces pienso que yo también puedo hacer esa ayuda a otras madres.” (Isabel)

“Lo que yo digo en la ronda de presentación es que yo estoy allí porque lo que yo sentí y yo viví, me encantaría que lo viviesen todas las madres; lo que pasa es que muchas veces me resulta un poco frustrante, porque no consigo que la gente lo viva con la intensidad que yo lo viví, o quizás yo estaba en ese momento más susceptible por mis lactancias anteriores, pero si yo estoy allí es porque con una sola madre que consiga disfrutar lo que yo disfruté de la lactancia, me doy por satisfecha.” (Rebeca)

“Pues, que yo me había sentido con mucha necesidad de compartir mi experiencia. Con lo duro que resultó al principio la lactancia, yo hubiera querido que alguien me dijera, esto se va a pasar y va a valer la pena; es muy importante. Por eso si hay alguien que está pasando por lo mismo y yo le puedo aportar esa experiencia.” (Noa)

“Yo vi que, en mi localidad, faltaba mucho conocimiento sobre ese tema, en cuanto a profesionales, madres, y toda la sociedad, y, entonces, yo quería decirle a todo el mundo los beneficios de la lactancia materna y lo positivo. Yo quería que todo el mundo se enterara. Para mí era lo más importante.” (Úrsula)

Como vemos, son muy variados los motivos por los que las mujeres dicen haber contactado con un GALM. No sólo se habla de la necesidad de apoyo ante dudas o problemas, malas experiencias, o ante el vacío y la falta de apoyo institucional, sino que también se menciona la necesidad de compartir vivencias en un momento, como es la crianza, vivida por algunas mujeres con gran soledad e incomprensión del entorno sociofamiliar, debido a sus opciones de lactancia y crianza. Otro tipo de motivos, son los que se relacionan con el compromiso de las mujeres por la promoción de la LM y la normalización social de la misma.

CATEGORÍA 3: RELACIÓN DE LAS MUJERES CON LOS GRUPOS DE APOYO A LA LM (GALMS)

3.1. CONOCIMIENTO DEL GALM

Descripción de variable	Nº de casos
A través de familiares y amigos	7
Eventos organizados por los grupos	7
A través de profesionales sanitarios	7
- Matronas/ preparación al parto	5
- consulta hospitalaria de lactancia	2
La web a través de los foros de lactancia y crianza y de las propias webs de los grupos	5
Folletos o carteles editados por los grupos	4
Libros o revistas especializadas	2
Programas de TV o radio	2
Con motivo de sus estudios universitarios	1
Antes de estar embarazadas	4
Durante el embarazo	8
En el parto	2
Nacimiento o primeros meses	8
Extrañeza o sorpresa	4
Rechazo	3
Interés	3

3.2. TIEMPO PARTICIPANDO

Descripción de variable	Nº de casos
Desde el nacimiento o primeros meses de maternidad	16
- del primer hijo	7
- del segundo hijo	6
- del tercer hijo	3
Antes o durante el embarazo	1
Incorporación tardía (hijo > 1 año)	5
- < de 1 año	2
- entre 1 y 3 años	10
- entre 4 y 6 años	5
- > de 6 años	6
Rango: 6 meses- 14 años	
Desde el principio de participar en el grupo	13
Al año de participar en el grupo	6
Después de > de un año de participar en el grupo	5

3.3: RAZONES PARA PARTICIPAR

Descripción de variable	Nº de casos
Problemas con la LM	6
Malas experiencias con hijos anteriores	3
Necesidad ante la falta de apoyo institucional	5
Falta de apoyo o desacuerdos con los profesionales sanitarios	4
Para recibir apoyo de otras madres	3
Necesidad de compartir la LM/ crianza con otras madres	3
Soledad y rechazo social sentido	2
Para ayudar a otras madres	3
Para devolver lo recibido	2
Difusión de los beneficios de la LM	5
Desterrar falsos mitos y creencias sobre la LM	2

CATEGORÍA 4: INFORMACIÓN DE LOS GALM

SUBCATEGORÍAS

I) ORIGEN DEL GRUPO

El nacimiento de los grupos de apoyo a la LM a los que pertenecen las mujeres de la muestra y que son objeto de nuestro estudio, tienen una historia relativamente reciente. Los dos grupos más antiguos de nuestra región se gestan a final de la década de los noventa (1997 y 1999), el resto se originan ya a partir del año 2000, siendo el periodo entre 2003- 2009 un momento de gran expansión para los GALM en nuestra región⁶⁸. Es en este periodo en el que nacen diez de los grupos estudiados y en el que aparece algún otro grupo ya no operativo, nombrado en las entrevistas con las mujeres. Los otros dos grupos son de aparición más reciente, ya que comienzan a funcionar pocos meses antes de iniciar nuestra recogida de información⁶⁹.

La creación de estos grupos se debe, generalmente (10 casos), a la iniciativa personal de una madre que busca a otras mujeres (conocidas/ amigas o desconocidas) que amamanten y que estén interesadas en la creación de un grupo o simplemente en el apoyo a otras mujeres madres. También existen grupos que, originariamente, parten de la iniciativa de profesionales de la salud (5 casos), principalmente matronas sensibles a la LM, e incluso en algunos casos, estos profesionales son en ese momento madres lactantes y experimentan ellas mismas la necesidad de apoyo (3 casos).

“No había ningún grupo en Murcia y me puse por mi cuenta. Hace trece años y medio.”(Dorotea)

“El grupo nació en marzo de 2004. Lo crearon unas matronas.” (Pepa).

“Nació hace unos cinco años, más o menos (2006). Empezaron profesionales de la salud. Al principio un grupo de amigas y luego, poco a poco, se fue extendiendo.” (Mar)

⁶⁸ Este periodo coincide, aunque algo más tardíamente, con el desarrollo y expansión de los GALM en nuestro país. Como mencionamos en el marco teórico, los primeros grupos en España se gestan a mediados de los años ochenta, pero es a final de los años noventa y principios del siglo XXI cuando aparecen un mayor número de grupos. Así en el año 2001 se celebra el “I Encuentro estatal de grupos de apoyo a la lactancia” al que acudieron mujeres representantes de unos 45 grupos de todo el país.

⁶⁹ La creación y expansión de los GALM en nuestra región es un fenómeno que sigue creciendo. Desde la finalización de la fase de recogida de información hasta el momento actual, ya han aparecido grupos nuevos (como los creados en La Alberca y en Cieza) o se han reactivado grupos antiguos que habían dejado de funcionar (este es el caso del grupo ubicado en la zona del Mar Menor).

“El grupo nació en septiembre de 2008. La matrona del centro de salud llevaba tiempo tanteando madres de las que habían dado pecho durante bastante tiempo, que se interesaban por la lactancia, y nos convenció para que hiciéramos un grupo aquí porque es un pueblo grande.” (Alejandra)

“El grupo tiene unos doce años. (...) Como no había ninguna monitora en Murcia, pues empezó ella (compañera responsable de grupo).” (Carlota)

“En el centro de salud el matrón era muy pro lactancia, pues nos animó a montar aquí nuestro propio grupo, y así fue cómo surgió el grupo. Así es como, al final, creé mi propio grupo.” (Matilde)

“El grupo nació en diciembre y creo que empezamos la primera charla en enero de 2011. Mi compañera responsable del grupo, como médico y yo como celadora nos conocíamos del trabajo, y de vernos en la guardería de los niños o en el parque.” (Julia)

“El grupo nació en 2004. Lo creó la antigua presidenta y otras amigas suyas.” (Rosalia)

“En 2002. Lo iniciaron una enfermeras del hospital, porque ellas lactaban (...).” (Paula)

“Yo asistí a la tercera reunión de grupo o sea que es relativamente reciente. Fue porque la chica que en ese momento lo formó, estaba asistiendo a la sede inicial y ya cuando tuvo a su hija decidió montar la sede aquí.” (Rebeca)

“Nació poco antes de estar yo ahí, hace cinco años. Pues por lo que yo tengo oído, a partir de la matrona del pueblo junto con alguna que estaba dando el pecho ya en edad avanzada del niño. La matrona, alguna madre que había en el centro de salud, dos enfermeras que también estaban dando el pecho. Creo que fue empezando por ahí.” (Daniela)

Las razones que argumentan las madres para la creación de los grupos son: los bajos índices de LM y los fracasos en la LM personales o del entorno cercano (7 casos), el desconocimiento y falta de información de las madres y los profesionales (4 casos), la falta de iniciativas de este tipo en la localidad donde viven las mujeres y la necesidad de acercar los grupos a las madres (5 casos), el querer compartir los conocimientos adquiridos respecto a la LM ayudando a otras madres (4 casos), y la necesidad de apoyo y acompañamiento de las madres en esta etapa, evitando así el aislamiento o rechazo social (4 casos).

“Nace por la necesidad de las madres” (Margarita)

“Decidí que ninguna madre de Murcia se encontrara sola. Si necesitaba a alguien que se tuviera que acercar a su casa, que la tuviera. Yo no tuve esa suerte.” (Dorotea)

“Entonces, como me pareció tan importante la labor que se realizaba desde los grupos de apoyo, y lo veía como una necesidad en la etapa del postparto en la lactancia, en que las mujeres están tan perdidas, me dije: en mi ciudad tiene que haber algo donde las mujeres puedan acudir, que no se tengan que desplazar.” (Macarena)

“(...) porque te cansas de ver tantos fracasos con la lactancia por motivos ridículos.” (Pepa).

“(...) empezaron porque se dieron cuenta de la fuerza de los falsos mitos, porque ganaba más la idea de la modernidad del biberón, de que tenía mas ventajas. Se dieron cuenta de que realmente estaban fallando en algo y, desde su punto de vista de profesionales y como madres, intentaron fomentar la lactancia.” (Mar)

“Además es un tema desconocido, porque parece que todo el mundo sabe de lactancia, y la verdad es que el conocimiento sobre lactancia es bastante bajo. Luego todo son problemas. Para las mujeres que empiezan a dar pecho todo son problemas; si les salen grietas es un problema, y la mayoría no sabe cómo solucionarlos. Parece una cosa muy obvia, pero luego, no es tan obvia.” (Alejandra)

“XXX vio la necesidad de informar a las mamás. Ella a su hijo mayor no le pudo dar lactancia más que unos meses y se quedó con esa gana de informarse. Se empezó a informar, contactó con un grupo, con una monitora de fuera que la apoyaba. Pensó que ella quería lo mismo, devolver la ayuda.” (Carlota)

“Yo creo que lo hicieron porque la presidenta y otras amigas tuyas, en aquel momento tuvieron dificultades con una primera lactancia; y con la segunda les fue mejor. Entonces decidieron ayudar a las madres y compartir ese conocimiento.” (Rosalía)

“Yo quería solucionar lo que veía mi alrededor.” (Evelyn)

“(...) les pareció muy importante para la salud el promover la lactancia, porque aquí había muy poco índice de lactancia materna, y como una de ellas era enfermera de pediatría le pareció muy interesante.” (Paula)

“Ellas veían que no tenían apoyo, pues ellas mismas se apoyaban y creo que por ahí nació todo.” (Daniela)

“La matrona de aquí, tuvo un problema de lactancia con su segundo niño y siendo profesional de la sanidad encontró un apoyo en el grupo y encontró una salida. Con nuestro apoyo consiguió seguir amamantando y quedó muy agradecida; entonces fue un toma y daca.” (Teresa)

“Yo vi que, en mi localidad, faltaba mucho conocimiento sobre ese tema en cuanto a profesionales, madres, y toda la sociedad y entonces yo quería decirle a todo el mundo los beneficios de la lactancia materna y lo positivo que tiene. Por eso te digo que yo veía la falta en mi localidad, en la que estamos lejos de todo.” (Úrsula)

También se mencionan como motivos de creación de algunos grupos la masificación de grupos cercanos (3 casos), y las ganas de implicación y participación de las mujeres en la difusión de la LM (1 caso).

“Porque había muchas mamás que querían participar, y el grupo de XXX estaba muy masificado.” (Rosalía)

“Si; porque la sede que teníamos en XXX para el grupo se quedaba pequeña, estaba demasiado masificado.” (Emma)

“Tuvimos una junta directiva y decidimos abrir un grupo en otra parte de la ciudad, porque el grupo de Murcia estaba muy sobre cargado.” (Consuelo)

El proceso seguido para la creación de los diferentes grupos tiene muchos puntos coincidentes, como son la participación o contacto previo con iniciativas de promoción de la LM (grupos, foros, charlas, etc.) (3 casos), la

búsqueda de otras mujeres interesadas (6 casos), la búsqueda de respaldo de profesionales sanitarios de la zona (matronas) (4 casos), la petición de locales municipales para poder reunirse (4 casos), y la difusión mediante carteles y folletos colocados en la calle u otros espacios públicos (3 casos). En varios casos se habla de la dificultad de los comienzos debido a la falta de recursos (2 casos), a que eran pocas mujeres (4 casos), o a la falta de respaldos. También se explica que como los grupos han ido creciendo, aumentando tanto en número de mujeres que acudían, como en número de mujeres que deseaban implicarse más activamente, se ha llegado a crear nuevos grupos y /o a plantearse la pertenencia a redes de carácter regional, nacional o internacional (2 casos).

“Las madres llegan, a cuentagotas al principio, ahora cada vez más. Y es que la necesidad está ahí.” (Margarita)

“Empezó viniendo una persona y, a veces, tres; te desanimabas, pero luego, te daban las gracias, y eso te animaba. Poco a poco fue viniendo más y más gente, colaboradoras y demás. (...) Fui al centro de la mujer, para que fuera oficial, para darle algo más de seriedad, porque mejor que en tu casa es en un centro cultural. Hablé con el alcalde y lo solicité. Me dejaron la llave porque no abrían los sábados y allí empecé, puse carteles por los pueblos, en el mercado, también repartí tarjetas y carteles para que lo supiera la gente.” (Dorothea)

“El grupo se fundó en 2005. Justo estaba yo enterándome con mi compañera de cómo funcionaban los grupos, para formar yo uno y empezar a buscar un local en mi localidad, cuando justamente la otra mamá puso unos carteles diciendo que buscaba mamás que dieran de mamar, para formar un grupo de apoyo a la lactancia. La llamé, me puse en contacto con ella y ya fuimos juntas a hablar con la concejala, a buscar local”. (Eulalia)

“Me metí tanto que acabé apoyando, primero en los foros y luego con email. Luego, formé mi propio grupo.” (Matilde)

“Yo sabía que ella daba lactancia y cuando la veía la acosaba a preguntas. Hasta que un día la otra madre del grupo me dejó una carta en la guardería, pensando en la posibilidad de formar un grupo. Yo lo vi bien, con el poco tiempo que tengo, y me dije bueno pues lo voy a intentar, hasta que pueda.” (Julia)

“Llamé a varias mamás, pero no conseguí contactar. Me dijo que por qué no empezaba yo. Le dije que yo daba el paso, y hacía la instancia al ayuntamiento, pero que yo no sabía suficiente. Le pedimos a XXX que nos ayudara.” (Evelyn)

“Fue cuando empezó a buscar madres que dieran el pecho en su entorno. Buscó madres y cuando ya tenía afianzado un grupo que le ayudaran a llevar su proyecto para delante, fue cuando empezó a pegar carteles por Murcia, para comunicar que iban a empezar las reuniones. Comenzó en el bajo de una asociación de vecinos, o sea, que no teníamos ningún tipo de recurso, no teníamos nada. Las fotocopias se hacían en casa de una mamá, todo era voluntario, no teníamos ningún tipo de ingreso. Esto era más una reunión de amigas para apoyarse las unas a las otras.” (Ester)

“Nació en enero; unas semanas antes estuvimos buscando el sitio, hablando con el ayuntamiento; pero lo que son las reuniones empezaron en enero. Yo fui a una charla y, a las pocas semanas, me encontré con mi actual compañera que, aunque no la conocía, sabía que estaba dándole el pecho a su hijo ya mayor. Le comenté mi interés por formar un grupo aquí. Me dijo que también se le había pasado por la cabeza pero que, sola, le daba miedo. Así las dos nos unimos y, a partir de ese momento, empezamos a funcionar”. (Isabel)

“El nuestro, concretamente, se formó en el 2003, pero habíamos estado reuniéndonos unos meses antes. (...) Entonces, busqué un grupo de madres, fuimos a hablar con la matrona, se lo propusimos, pero las otras madres se enfriaron un poco; luego vino otra chica que estuvo mucho tiempo en el grupo y era la que tiraba para delante.” (Úrsula)

La formación de grupos de madres para el apoyo mutuo en el periodo de lactancia es un fenómeno que, aunque relativamente reciente, no deja de crecer en nuestra región. Estos grupos creados mayoritariamente a partir de la iniciativa de madres que buscan a otras madres, surgen para dar respuesta a los fracasos y problemas con la LM, en ocasiones, vividos por las propias mujeres entrevistadas y acontecidos por falta de información y apoyos del entorno social y profesional, así como para poder compartir experiencias y conocimientos en torno a la maternidad. En el proceso de formación de cada uno de ellos están presentes la búsqueda de apoyos (de otras mujeres, de profesionales sanitarios o de la administración local), la difusión, y la obtención de un espacio de reunión u otros recursos para poder llevar a cabo su tarea.

II) FILOSOFÍA DE PARTIDA

Al preguntar a las mujeres sobre cuáles fueron los principios y valores que inspiraron y sirvieron de punto de partida en el inicio de los grupos, existe una importante coincidencia. Algo más de la mitad de las madres (13 casos) hablan del apoyo entre iguales, del apoyo mutuo entre mujeres/ madres lactantes desde la cooperación, la empatía y la solidaridad mutua. También, como es natural, se habla de la promoción de la LM y su vivencia positiva (9 casos). El respeto es otro factor muy citado por las madres; por un lado, el respeto a la madre, es decir, a la toma de decisiones de forma libre e informada (6 casos) y, por otro lado, el respeto al desarrollo natural del bebé y a la unión madre-bebé (2 casos). En relación con lo anterior, un grupo significativo de

mujeres (6 casos) habla de la crianza respetuosa, natural o crianza con apego⁷⁰ como principio básico íntimamente ligado a la filosofía de los GALM.

“El respeto al niño, el apego. Principalmente el respeto a las necesidades del niño y al desarrollo natural.” (Margarita)

“El apoyo mutuo entre mujeres.” (Macarena)

“Pues, la promoción de la lactancia materna, no sé más.” (Pepa)

“El valor fundamental es la unión entre la madre y su hijo, el respeto a esa unión, porque muchas veces no se respeta lo que se debería; y la crianza y el amor por los hijos.” (Mar)

“Pues, la solidaridad con los problemas de otras madres, poder ayudarles. La cooperación, el poder compartir lo que tú has vivido.” (Alejandra)

“Es el respeto hacia la crianza natural; que hay otra manera de educar a los hijos que no es dando gritos. Ahora que mis hijos son mayores me interesa eso más que la lactancia en sí, aunque va todo relacionado. El respeto a la naturaleza del niño, el respeto a su forma de ser. Se basa más que nada en eso, en la crianza natural.” (Carlota)

“Tocamos algunos temas como el de la crianza respetuosa. No es solo lactancia.” (Matilde)

“Pues el apoyo madre a madre. Ayudar a las madres y compartir ese conocimiento.” (Rosalía)

“La comunicación de madre a madre. Me encanta el nombre del grupo de Alcoy; “de mare a mare”, porque es eso, cómo nos comunicamos las madres, nos juntamos igual que las madres se juntan en el parque, pero para otra cosa.” (Evelyn)

“Pues mira, la filosofía que hay detrás de los grupos es respaldar a las madres que quieren dar lactancia. Yo, concretamente, siempre digo que ninguna madre que quiera deje de dar pecho por falta de información o de apoyo, es decir que pueda tomar la decisión adecuada. Y, luego, la comunicación con las madres que es fundamental.” (Consuelo)

“La idea de ser apoyada, respetar a la mamá tanto si quiere dejar la lactancia como si quiere continuar y acompañarla a lo largo de toda su lactancia.” (Ester)

“Pues la promoción de la lactancia materna, y una crianza lo más natural posible.” (Emma)

“Dar apoyo a las mamás en cuanto a la lactancia y, sobre todo, conseguir que la disfruten.” (Amor)

“Pues yo no me he planteado una filosofía, nada más que la posibilidad de ayudar a los demás.” (Isabel)

“Sobre todo apoyar; y yo recuerdo lo que decía la matrona: respetar. El ideal es el apoyo y el respeto.” (Daniela)

⁷⁰ La “crianza con apego” (attachment parenting), es un concepto acuñado por el pediatra William Sears, y representa una filosofía basada en los principios de la teoría del apego de la psicología del desarrollo. Según la teoría del apego, un fuerte enlace emocional con los padres durante la infancia, también conocido como apego seguro, es un precursor de relaciones seguras y empáticas en la edad adulta.

“No estamos para salvar al mundo, pero sí que hay una filosofía en cuanto a apoyar, ser solidarias y, sobre todo, aplicar la empatía.” (Teresa)

“El apoyo a las madres.” (Noa)

“En principio, lactancia materna era lactancia feliz y queríamos que en el grupo se tuviera una lactancia feliz: las que quisieran; si había una mujer que tenía claro que no, pues también la orientábamos.” (Úrsula)

Por último se debe mencionar que en cuatro casos se afirma compartir o haber tomado como propios los ideales o principios establecidos por los grupos de referencia o grupos iniciadores de redes regionales, nacionales o internacionales.

“Son los mismos que los de la Liga de la Leche. Toda la información está en la página web. (...) Muchos valores que a mi me gustaron y que me ayudaron, pensé que eran lo mejor para mí.” (Dorotea)

“Como la mamá que lo formó ya estaba en un grupo en otro sitio, participaba como madre en un grupo de apoyo, pues partimos de esos mismos ideales. La filosofía, los ideales, los estatutos, todo eso ya estaba definido. Lo formamos con los mismos ideales, que eran tanto la lactancia, como la crianza natural; estaba todo incluido. Nos acogimos a esa filosofía que ya había.” (Eulalia)

“Además, la filosofía que tiene la Liga de la Leche es muy bonita.” (Carlota)

“Yo creo que ese grupo tuvo una gran fundadora y creo que de ahí sale todo. Está claro que la filosofía es la misma para todas, pero ella es una persona con muchísimos valores, con muchísimo don de comunicación, de comprensión hacia las madres y eso es un poco, lo que nos ha inculcado a las personas que ahora estamos: el respeto hacia las madres.” (Ester)

El apoyo mutuo entre iguales, la solidaridad, la empatía, el respeto a la decisión libre e informada de las madres, el fomento de la LM, la protección del vínculo madre- bebé y la crianza con apego son los principios nombrados por las mujeres al preguntarles por la filosofía de partida de los GALM. Independientemente de si estos principios y valores están ya establecidos, como es el caso de los grupos que pertenecen a redes más amplias, o si son definidos por el propio grupo, vemos como existe una clara coincidencia, pudiendo hablar de una filosofía común a todos ellos, que los define y configura.

III) PERTENENCIA A REDES DE ÁMBITO LOCAL, REGIONAL, NACIONAL O INTERNACIONAL: VALORACIÓN.

De los 15 GALM estudiados, 9 de ellos pertenecen a alguna red de carácter más amplio. Siete de ellos forman parte de un red regional constituida como asociación: “Lactando⁷¹”, y dos de ellos pertenecen a una organización internacional: “La liga de la Leche⁷²”. Además 12 de los 15 grupos están registrados en FEDALMA⁷³. Todo ello supone, que de las 24 mujeres entrevistadas, 15 de ellas son responsables de grupos pertenecientes a redes regionales o internacionales, situación de la que hacen su valoración personal, destacando ventajas e inconvenientes de esta pertenencia.

Entre las ventajas mencionadas por las mujeres se destacan: la posibilidad de aunar esfuerzos y de apoyarse entre grupos (6 casos), la mayor visibilidad social y presencia mediática (6 casos), la posibilidad de intercambiar y compartir información y conocimientos (4 casos), el poder contar con más medios y más recursos tanto materiales como humanos (4 casos), llegar a más gente y poder tener más socias (4 casos), el contar con un respaldo y un asesoramiento legal (3 casos), y poder enriquecerse unas a otras (2 casos).

“El que formemos parte de un grupo, nos enriquece porque somos muchas más madres y se pasan los conocimientos de unas a otras. Y a nivel de asociación se generan muchos más medios para publicidad, para cursos, para traer a profesionales; es una riqueza que tenemos.” (Margarita)

“Positivas, porque siempre tienes donde apoyarte si tienes alguna duda. Es positivo, tú tienes más formación, te ayudan mucho más, perteneces a un grupo internacional que tiene su prestigio y que tienes mucha más información y demás.” (Dorotea)

“Tenemos mucha más presencia a nivel mediático. Somos muchas más mujeres, bueno mujeres y hombres, trabajando por la lactancia. Más presencia y por lo tanto llegamos a un número mayor de mujeres.” (Macarena)

⁷¹ Lactando-Grupo de Apoyo a la Lactancia Materna es una asociación sin ánimo de lucro que comienza su andadura en Marzo de 2004 por la iniciativa de un grupo de madres con ganas de compartir sus experiencias con la lactancia materna y para ayudar a otras madres a tener éxito con sus lactancias. Se inscribe en el registro de asociaciones de la CARM en Mayo de 2004, y se le reconoce su carácter social en 2008. Es miembro de FEDALMA (Federación Española de Asociaciones Pro-Lactancia Materna). (Lactando.wordpress.com)

⁷² La Liga de La Leche es una organización internacional no gubernamental sin ánimo de lucro, que ofrece información y apoyo a las madres que desean amamantar a sus hijos. La Liga de la Leche se fundó en 1956 y, en la actualidad, está presente en 63 países. Es miembro del Consejo de Organizaciones No-Gubernamentales de UNICEF y mantiene relaciones de trabajo con la Organización Mundial de la Salud. Es, además, miembro fundador de la Alianza Mundial a favor de la Lactancia Materna (World Alliance for Breastfeeding Action, WABA). (www.laligadelaleche.es)

⁷³ La Federación Española de Asociaciones Pro Lactancia Materna- FEDALMA reúne a más de 50 asociaciones y grupos de apoyo en toda España que, entre sus finalidades, se dedican a desarrollar servicios de información y apoyo dirigidos a las mujeres que quieren amamantar a sus hijos. Una de las prioridades desde su fundación en el año 2003 ha sido poder ofrecer formación a estas entidades en temas específicos de lactancia, así como en las cuestiones de tipo asociativo. (www.fedalma.org)

“Yo creo que es bueno, porque son distintas realidades y cuando tenemos las reuniones te das cuenta de que hay otros problemas en otros grupos. Luego además está el intercambio de información.” (Pepa)

“En general tiene más cosas positivas; la mayoría a la hora de organizar actividades y poder aunar esfuerzos. El ser una asociación regional permite aunar esfuerzos y cuando uno no puede, pueden otros; para organizar una actividad, difusión, formación. Es muy positivo porque llegamos a más gente, tenemos más fuerza, más visibilidad, y permite pedir ayudas, tener más socios. Permite hacer más actividades que un grupo local con poca gente y eso es importante. Incluso para el apoyo madre a madre es beneficioso porque te permite tener más medios y más recursos personales para ayudar a las madres. Para todo en general es beneficioso.” (Eulalia)

“A mí me da mucha confianza; no te puedes imaginar lo organizado que está. Se hacen congresos bianuales para las monitoras o aspirantes a monitoras y tienen mucha información; yo veo mucho apoyo. Siempre están sacando información y folletos nuevos, tienen un seguro de responsabilidad civil y siempre te ves muy respaldada. Otros grupos nuevos que se lanzan, no sé si tienen tanta preparación.” (Carlota)

“Pues, yo creo que al ser muchas mamás voluntarias y trabajando, se pueden hacer muchas más cosas que si fuéramos dos mamás solas. En un momento determinado, por ejemplo, si yo estoy más ocupada por trabajo o porque tengo los niños más pequeños, hay otra que puede tomar el testigo. La máquina no para, siempre estamos dándonos el relevo. Luego intentamos apoyar a las sedes que tienen mayores dificultades. Yo lo vivo así y me parece muy enriquecedora la labor que hacen mis compañeras, por pequeña que sea; está muy bien que exista el apoyo porque si una persona lo necesita, está el servicio creado.” (Rosalía)

“Cosas positivas: el tema de recursos y el apoyo entre nosotras. Si yo no puedo ir a mi reunión pues va otra de nosotras, eso es una ventaja. Otra ventaja es que cuando organizamos algo lo hacemos a lo grande; o para pedir una subvención cuanto más socias seamos mejor. También por la visibilidad que tenemos actualmente.” (Consuelo)

“Y como positivo a la hora de atender a las madres, la cercanía del grupo es importante, por eso el que se haya diversificado hace que seamos más accesibles a madres de diferentes puntos.” (Ester)

“Positivas tiene muchas cosas porque es una red muy potente a nivel de la región y participamos de muchos de los beneficios de la asociación; inconvenientes no hay ninguno, porque participamos de las mismas directrices y vamos todos iguales, con lo cual si una mamá va a las reuniones a un sitio o a otro, no ve diferencias en lo que se dice y comenta.” (Emma)

“En la medida que te integras en algo más grande que tiene un proyecto más global, refuerza lo que tú representas ante las mamás y da una imagen de algo más serio y más importante y no te ven como algo aislado sino más serio.” (Amor)

“Pues el hecho de saber que es un grupo que tiene varias sedes, que tiene una junta directiva buena y sólida, creo que nos da un respaldo.” (Rebeca)

“En contrapartida, como son los más antiguos, la información que sale es en la que se basa luego la OMS y UNICEF, pienso que es estar en el número uno.” (Teresa)

“Si hubiésemos necesitado algún asesoramiento específico en cuestiones legales o en cuestiones de ese tipo, FEDALMA nos hubiera amparado.” (Úrsula)

Aunque la mayoría de las mujeres hacen valoraciones positivas respecto a su pertenencia a redes, también en cinco casos se mencionan desventajas o

contraprestaciones. Dos mujeres hablan de que al pertenecer a una organización se deben acatar unas normas o reglas establecidas en ella. Otras dos mujeres afirman que supone una mayor complicación, porque hay que dedicarle más tiempo (1 caso), y porque es una responsabilidad mayor (1 caso). Otra de las mujeres comenta las dificultades de coordinación de los grupos o colectivos más grandes.

“(...) También tiene su punto malo y es que tu no puedes hacer lo que te de la gana. La otra cara, es que yo hablo en nombre del grupo, los represento y no puedo hablar o hacer lo que se me antoje. Tienes una responsabilidad.” (Dorotea)

“Nosotras lo hemos pensado, pero yo más de uno o dos días al mes no puedo dedicar a esto; y si además hay reuniones de la junta... se me va complicando más la vida y yo no quiero. Intento tener una crianza feliz y tranquila, dedicar tiempo a hacer los deberes de mis hijos y sacarlos a pasear. (Evelyn)

“Para organizar actos, como la semana mundial, es un jaleo, porque no todo el mundo puede venir el mismo día y hay algo de desinformación. Cuanto más grande es un grupo más difícil es la comunicación, se entorpece un poco.” (Consuelo)

“Tienes que acatar siempre unas normas previamente establecidas por el grupo cabecera.” (Ester)

“Es muy complicado ser monitora, porque la formación debe ser como ellos consideren; tú pones tu tiempo y te vuelcas a él. Si yo me hubiera montado en un grupo independiente sería mucho más fácil, pero yo tengo un compromiso de que tengamos todas la misma filosofía y eso a nivel mundial es muy complicado.” (Teresa)

IV) ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN

En relación al grado de estructuración y forma de organizarse en cada grupo encontramos una gran heterogeneidad, aunque podemos hablar de un espectro situado entre dos extremos. Por un lado, los grupos menos estructurados y con una forma de organización más abierta e incluso improvisada y, por otro lado, los grupos con una estructura claramente establecida y una forma de organización planificada. Entre los primeros podemos hablar de grupos generalmente pequeños, definidos por ellos mismos como grupos informales y abiertos, a veces sin estar constituidos como asociación y sin estar federados y que se organizan según sus posibilidades en cada momento.

“Nosotras, pues mira, a salto de mata.” (Pepa)

“Pero, es un grupo limitado. Nos organizamos un poco como ahora (quedar en el bar para desayunar y hablar). Nos juntamos o hablamos por teléfono; nosotras tres, las que estamos aquí.” (Mar)

“Nosotras, todavía, no estamos registradas como asociación, lo estamos tramitando. Las madres vienen a la reunión libremente, no hay socias.” (Julia)

“Quedamos de vez en cuando, nos llamamos por teléfono. Al principio nos reuníamos más para preparar, pero ahora vamos un poco a lo que sale. No tenemos responsabilidades cada una, sino que hacemos más o menos.” (Isabel)

“Como andamos todo el mundo tan ocupado, por teléfono: oye me han llamado de tal sitio.” (Daniela)

“Mayormente, como se puede; hacemos lo que podemos con la mayor ilusión; limitadas, pero hacemos todo lo que podemos.” (Teresa)

En el otro extremo, encontramos a grupos que, generalmente, pertenecen a redes más amplias, que cuentan con socias y que poseen una estructura y organización definida, por lo menos en la teoría, porque incluso dentro de ellos existe cierta flexibilidad. Un ejemplo de este tipo grupos son los pertenecientes a la “Liga de la Leche”, con una estructura claramente establecida con socias, requisitos, responsabilidades y cargos definidos (monitoras, coordinadoras de distrito, coordinadoras de formación, etc.), y con un nivel de autonomía menor, dado que las bases funcionales y organizativas comunes, son asumidas por todos los miembros de la red. Dentro de este grupo, pero con mayor flexibilidad se encuentran los grupos pertenecientes a redes regionales que, como mencionan dos de las entrevistadas, aunque se pertenezca a una asociación más amplia, cada grupo tiene su propia autonomía y poder de decisión. Estos últimos también cuentan con socias (170 en el momento de las entrevistas), cargos y responsabilidades definidas, y con órganos colectivos de decisión y coordinación (junta directiva, asamblea de socias, y grupos de trabajo).

“Intentamos que el grupo no sea caótico. Nosotros somos una sede de XXX, pero somos independientes. Nosotros nos gestionamos de la mejor manera que sabemos y podemos, no tiene por qué ser igual que las reuniones de otros sitios.” (Margarita)

“Están las monitoras, yo soy monitora. Luego están las mamás que son aspirantes a monitoras, que se están formando para poder dar información y apoyo a las madres. Luego están las coordinadoras de distrito que son las encargadas de solucionar las dudas y coordinar la zona, por ejemplo de Alicante y Murcia, cada zona tiene una coordinadora. Luego, está la presidenta de España. Las monitoras de toda España nos juntamos. También está la que se encarga de formación del distrito, que se encarga de la formación de las monitoras. Cada monitora tiene una madrina, que le lleva la formación que puede ser de cualquier parte y apadrinarla por teléfono o por Internet.” (Dorotea)

“Nosotros pertenecemos a la asociación XXX. Nuestra sede tiene tres vocales, y las tres tenemos voz y voto en la asociación. Las responsables de sede participamos de la junta directiva.” (Macarena)

“Nosotras éramos como una ramificación de XXX”. Como ya estaba organizado, ya estaban los estatutos, nosotras no tuvimos que hacer nada de eso. La organización como grupo ya estaba, nosotras éramos como una sucursal.” (Eulalia)

“Hay una secretaria que lleva las cuentas, XXX es la monitora y yo, que voy a ser monitora enseguida. Un poco nos organizamos así, entre todas. Supuestamente debería estar todo más definido, pero nos organizamos así, sobre la marcha.” (Carlota)

“La que en realidad lleva todo esto soy yo sola. Las demás mamás vienen y..., es un encuentro de madres.” (Matilde)

“Pues en el grupo hay una presidenta, secretaria, vicesecretaria, tesorera y también ayudante de tesorera, y luego hay muchas vocales, un mínimo de dos por sede. Tenemos socias, unas 170 o así.” (Rosalía)

“El grupo tiene varias sedes, tiene una junta directiva formada por la presidenta, vicepresidenta, secretaria, tesorera y vicesecretaria, y luego están las vocales. Cada sede tiene una o varias vocales, dependiendo. Cada sede tiene independencia para tomar las decisiones que afecten a su sede, es decir si una sede decide hacer tres reuniones al mes lo dice en la junta, pero lo deciden ellas, cada una decide como funcionan en sus reuniones, cada una hace lo que quiere. Luego tenemos las juntas, cada dos o tres meses, depende del volumen de trabajo. También tenemos grupos de trabajo, por ejemplo para organizar la semana mundial o para la redacción de la guía, es decir para cosas concretas se forman grupos de trabajo con participación libre e incluso se les ofrece a las socias. Luego, tenemos las asambleas de socias, que solemos hacer dos al año, a no ser que tengamos que decidir algo importante.” (Consuelo)

Otros aspectos mencionados por las mujeres, e interesantes de destacar en relación a la forma de organizarse, se refieren al reparto de responsabilidades y trabajos, más allá de cargos establecidos. Cuatro mujeres hablan de que trabajan en equipo, de forma coordinada y repartiendo de forma igualitaria las tareas, independientemente de cargos oficiales. En tres casos, las mujeres manifiestan llevar ellas en solitario el peso del grupo. También se habla de la voluntariedad en la implicación y trabajo en el grupo; se hace lo que se quiere y se decide (tres casos) y de los distintos grados de implicación en el grupo según cada momento, teniendo en cuenta las posibilidades y circunstancias personales de las mujeres (2 casos) y desde la base de que la implicación en este tipo de grupos es pasajera, como también lo es la LM (2 casos). Tres mujeres hablan de la importancia de potenciar la participación de las mujeres aprovechando los diferentes talentos de cada una para el beneficio del grupo.

“Se supone que hay más madres en la junta directiva, pero por diferentes causas han hecho un paréntesis, luego se supone que empezarán otra vez. Es un grupo más bien informal, es como nuestro “hobby” y dentro de las responsabilidades que asumamos, lo hacemos por gusto. Si nosotras podemos, se hace algo; no vamos más allá. Tampoco es una asociación que te enganche de una manera que tu no quieras, es una cosa abierta, es un grupo de apoyo, que igual que sales a pasear con tus hijos, puedes pasarte a ver que estamos haciendo; que te interesa, te quedas y, si no, te vas.” (Mar)

“Pues en el grupo, básicamente, aunque hay más socias que se hicieron al principio, luego las mamás dejan de venir porque los niños crecen, esto es una parada y fonda. Básicamente, el grupo lo llevamos cuatro personas, somos cuatro personas las que nos encargamos del grupo.” (Alejandra)

“Un poco nos organizamos así, entre todas.” (Carlota)

“Ahora mismo funcionamos las tres a la par, aunque nos hayamos tenido que poner una como presidenta, otra como vicepresidenta, y otra como secretaria, porque lo exigían los papeles. Pero, de momento, vamos las tres a la par.” (Julia)

“Entonces, pues, a las socias les gusta mucho participar (...). Las socias son mamás que quieren trabajar por la lactancia, son mamás convencidas que quieren implicarse de alguna manera. (...) Es gente a la que le gusta lo que hacemos, que quiere colaborar, que disfruta de la crianza de sus hijos y que la comparte con nosotros y que, en algún momento de su vida, según su disponibilidad proponen una actividad y la vamos haciendo. Entonces, yo intento dar a cada uno la actividad que piensa que puede hacer, siempre que sea enriquecedora para todo grupo y facilitar que la gente las consiga hacer. Yo intento fomentar los talentos y permitir a la gente que ese trabajo que quiera hacer lo haga. (...) La lactancia materna es una asociación de paso porque la lactancia materna no dura toda la vida. Cuando hay gente que sí quiere colaborar, lo que he hecho este año es dividir a las responsables y con una mamá más joven pues ampliar el apoyo, intentar extendernos.” (Rosalía)

“Por eso he abogado dentro del grupo por aprovechar las habilidades innatas de cada persona. Siempre es más productivo y menos costoso. Pues para qué vamos a desaprovechar a esa persona en tareas que no van con ella.” (Ester)

“Ahora mismo somos tres responsables de grupo, pero, más o menos, hacemos lo mismo (...).” (Rebeca)

“Todas hacemos un poco de todo, (...)” (Daniela)

“Si; más o menos, está un poco adjudicado por costumbre o donde cada una se puede defender mejor y tenemos asignada cada una nuestra participación.” (Teresa)

“Pues, al final yo tengo la sensación de que llevo toda la carga. (...) En las tareas más comunes como yo tengo los niños más mayores les digo que no se preocupen que ya lo hago yo y claro, ahora me desbordo con tantas cosas.” (Úrsula)

“La que en realidad lleva todo esto soy yo sola, las demás mamás vienen y es un encuentro de madres.” (Matilde)

El grado de estructuración y organización de los GALM estudiados varía en función de diversos factores, como son: su tamaño, antigüedad y pertenencia a redes. Aunque, en relación a esta categoría, podamos hablar de dos grandes tipos de grupos, también es cierto que hay características

comunes al funcionamiento de todos ellos. Aspectos como la flexibilidad, la horizontalidad, el trabajo en equipo, el fomento de la participación y la toma de decisiones colectiva, se repiten en las valoraciones que las mujeres hacen respecto a la forma de organizarse en el día a día de sus grupos.

V) FINANCIACIÓN Y AYUDAS RECIBIDAS

Las formas que los GALM tienen de financiar sus actividades son mediante fuentes propias y mediante ayudas o subvenciones recibidas de organismos públicos o privados. Para autofinanciarse algunos grupos cuentan con las aportaciones de las socias; las mujeres que participan en ellos pueden voluntariamente hacerse socias pagando una cuota anual. Otras opciones de financiación propia son la venta de camisetas, pegatinas, carteles, lotería, etc., un par de grupos venden también libros y sacaleches.

“La única ayuda son los libros que vendemos, los sacaleches, y las bandoleras homologadas. También hacemos socias colaboradoras.” (Dorotea)

“Lo único que a través de los carteles recogimos un dinero de publicidad, que tenemos como fondo, pero del que apenas hacemos gasto, sólo para el teléfono y pocas cosas más.” (Mar)

“Cuando nació el grupo sí que pedíamos subvenciones y nos apoyaban, pero ahora mismo no.” (Paula)

“Nos subvencionamos, aparte de con subvenciones, con venta de camisetas, pegatinas para los coches, con una guía sobre lactancia que vendemos para recaudar fondos para realizar actividades, porque lo que está claro es que las mamás no cobramos y el trabajo es absolutamente voluntario.” (Amor)

“Ahora, en navidades, haremos lotería para vender a las mamás y tener unos ingresos para poder fomentar la formación, porque a veces se estanca todo porque no se recicla el personal y esto cuesta un dinero y nosotras, como no podemos poner de nuestro bolsillo porque todas tenemos nuestras obligaciones y nuestras limitaciones por eso como no se sustenta el grupo por sí mismo, sacamos la lotería y las mamás se involucran con las papeletas, y así con ese poquito aguantamos el año como podemos.” (Teresa)

“Pensamos en hacer un mercadillo, pero nos dijeron que iban a pensar que tenemos ánimo de lucro; bueno y qué; como grupo que somos podemos financiarnos. Tampoco estamos cobrando una cuota porque no estamos realizando actividades; tampoco puedes decirle a alguien que venga a hacerlo gratis; estamos como la pescadilla que se muerde la cola.” (Amelia)

En relación a las ayudas o subvenciones recibidas de organismos públicos (ayuntamientos, CCAA, Instituto de la mujer, etc.), o privados (entidades financieras) ocho mujeres manifiestan haberlas recibido. En la

mayoría de los casos se tratan de ayudas o subvenciones para proyectos concretos más allá de la actividad ordinaria de los grupos (organización de la semana mundial de la lactancia, talleres y/ o actividades en familia, actividades de difusión, edición de revistas, folletos, etc...), ésta es la razón por la que algunas mujeres afirman no solicitar subvenciones ya que como grupo no tienen capacidad para sacar adelante este tipo de proyectos; en otros casos no se han pedido porque no se lo han planteado o, incluso, porque dicen no necesitarlas. Otro tipo de ayudas recibidas son la cesión de uso de los locales de reunión o la compra puntual de recursos (libros y sacaleches para ceder a las madres, fotocopias, etc.) por parte de los ayuntamientos.

“Una ayuda que recibimos es la de la asociación de mujeres que nos permite reunirnos aquí, gratuitamente Otro tipo de ayudas económicas de la administración, yo la desconozco.” (Margarita)

“La única ayuda es que te permiten estar en el local del centro cultural, en el centro de la mujer, y más ahora con la crisis.” (Dorotea)

“Sí, hemos pedido ayudas al Instituto de la mujer, a la Comunidad Autónoma, a Sanidad.” (Macarena)

“Sí, el Ayuntamiento nos ha dado subvenciones muchos años. Yo este año no la he pedido, porque luego te piden un proyecto y yo a lo mejor necesito dinero para fotocopias, o para el teléfono, que es en lo que yo me gasto el dinero. Pero, para eso no dan dinero, te dan para que organices una semana mundial de la lactancia, pero qué hago yo organizando nada aquí.” (Pepa)

“Pues, hemos estado recibiendo subvenciones, pero este año no; este año está todo parado. Es un grupo que tampoco tiene excesivos gastos, por eso tampoco nos vemos en la necesidad de recibir ingresos, nuestra socias tampoco pagan ninguna cuota.” (Mar)

“De forma periódica y establecida, no. Hemos pedido ayudas cuando hemos hecho una actividad concreta y en muchas ocasiones las hemos recibido, tanto del Ayuntamiento como de entidades privadas, cuando hemos hecho actividades, sobre todo divulgativas, para folletos, o para materiales divulgativos, como la revista, de la que hemos editado cuatro números, o el libro de divulgación. Para todas esas cosas concretas, sí hemos recibido ayudas tanto del Ayuntamiento, como de entidades privadas y entidades financieras.” (Eulalia)

“El ayuntamiento nos apoya, nos da unas subvenciones.” (Alejandra)

“Nosotras no, pero por culpa nuestra de no habernos movido.” (Carlota)

“No, bueno el local que nos lo ceden, y además creo que hay predisposición. Pero luego subvención y eso no, porque no lo he pedido.” (Matilde)

“El Ayuntamiento nos compró cinco o seis libros para poder dejarlos de préstamo y un par de sacaleches por si alguna mamá lo necesitaba.” (Evelyn)

“También pedimos subvenciones; pedimos una a la Comunidad Autónoma concretamente para divulgar la información sobre lactancia y trabajo. La cesión de los espacios de reunión, (...)” (Consuelo)

“Cuando nació el grupo sí que pedíamos subvenciones y nos apoyaban, pero ahora mismo no.” (Paula)

“La única ayuda es que nos dejan estar aquí y nos hicieron 30 carteles de propaganda.” (Isabel)

“La Consejería nos han dado subvenciones con las que hemos hecho los talleres. Lo utilizamos para hacer alguna actividad en plan familiar.” (Úrsula)

Respecto a la concesión de las subvenciones y su cobro, es común que las mujeres manifiesten dificultades y problemas en los últimos años, debido, según ellas, a la crisis. (7 casos). Algunas mujeres, también son críticas respecto a los criterios de su concesión (se conceden mayoritariamente para eventos públicos y si hay prensa mejor) y en algún caso se menciona la falta de apoyo institucional.

“Ahora mismo, con esto de la crisis están bastante paralizadas. Sí recibimos ayudas tres años. Un año recibimos 400 euros, los otros dos años nos la han dado pero, no la hemos cobrado. No sabemos si la cobraremos.” (Alejandra)

“El ayuntamiento, para la semana mundial, nos deja la caseta, sucia y a veces nos quieren desplazar. Recibimos ayuda económica de la Comunidad Autónoma, pero no la cobramos. Hemos tenido que pagar a todos los proveedores que colaboraron con nosotras y el dinero no lo hemos recuperado. Hicimos una campaña en radio y con folletos, para concienciar de la posibilidad, de la realidad de mantener la lactancia durante el trabajo, y tampoco hemos cobrado. Sí recibimos ayudas, pero no las cobramos.” (Rosalía)

“(…) y luego cuando pedimos una subvención si cumplimos los parámetros, pues nos la dan. En la semana mundial de la lactancia sí que tenemos algunas colaboraciones como la de la unidad de salud medioambiental de la Consejería de Sanidad, de alguna empresa que nos subvenciona el calendario. Ayudas para actividades concretas en las que haya foto y salga en prensa, si no, no les gusta dar dinero.” (Consuelo)

“Sí, estábamos recibiendo algunas subvenciones de la Consejería de Sanidad, pero este año creo que vamos a dejar de recibirla; la crisis nos afecta a todos.” (Emma)

“La asociación a lo mejor recibe, pero muy rogadas, muy de gota en gota y además llegan tarde y mal.” (Rebeca)

“Del ayuntamiento, a veces sí; cada año menos, porque están recortando cada vez más.” (Úrsula)

“Por parte de las instituciones no hay ningún apoyo.” (Teresa)

Como vemos, los GALM son grupos que se autofinancian mediante aportación voluntaria de las socias u otros medios. En algunos casos, también reciben subvenciones o concesión de recursos materiales de organismos públicos, pero estas ayudas suelen ser puntuales y dirigidas a la realización de actividades concretas y no, para el funcionamiento ordinario del grupo, el cual

no precisa de grandes medios más allá de la cesión de los locales de reunión, puesto que su actividad se fundamenta en la solidaridad y apoyo mutuo entre sus miembros.

VI) FUNCIONES

Según las mujeres las principales funciones que cumplen los GALM son el apoyo (12 casos) y la información/ formación contrastada y de calidad de las madres, sobre diferentes aspectos de la LM (11 casos). Se habla del apoyo mutuo entre mujeres que comparten una misma experiencia vital. Pero no sólo el apoyo emocional e intercambio de experiencias en aquellos casos en que las LM van bien (5 casos), sino también la ayuda mutua cuando surgen dudas, dificultades y problemas, cuando la madre se encuentra sola y sin respaldo suficiente.

“Las funciones del grupo son dar apoyo, dar información contrastada y ayudar a que cada madre siga su instinto.” (Margarita)

“Sí, básicamente, el apoyo mutuo de una igual a otra igual, el apoyo emocional, el poder decir realmente, en un cierto momento, eso que te pasa es normal. Le damos la información de la OMS y de la AEP, un poco la información que manejen los organismos internacionales y nacionales competentes en la materia, hablábamos de nuestra experiencia también.” (Macarena)

“Pues, la promoción de la lactancia y el apoyo a las mamás que quieren dar el pecho y no pueden.” (Pepa)

“Más que nada, dar apoyo a las madres, porque muchas veces lo único que necesitan es ver que hay más madres como ellas, que piensan como ellas. Ayudarlas un poco a enfrentarse a los comentarios, a las rutinas y ver que hay momentos malos pero que son pasajeros, que es un momento que hay que tener paciencia.” (Mar)

“Las funciones principales, porque luego han ido cambiando durante todos estos años, son de información y apoyo a las madres, sobre todo información y apoyo. Siempre como madres, porque aunque yo fuera profesional sanitario, yo me presentaba como mamá embarazada. Me presentaba como mamá que esperaba un hijo y quería amamantarlo, y que quería, con la formación que yo tenía, poder ayudar a otras madres y ayudarnos mutuamente. Sobre todo información y apoyo. Otros aspectos más de crianza, estaban incorporados pero se trataban en las reuniones de forma más puntual, la lactancia estaba siempre.” (Eulalia)

“Como funciones serían el apoyo, solucionar dudas, dar información sobre lactancia y también, sobre algún tema de crianza. Sobre crianza, es más desde nuestra experiencia, lo que hemos ido viendo que nos ha ido bien.” (Alejandra)

“Sobre todo apoyar a las madres con información y emocionalmente.” (Matilde)

“Pues apoyar a las madres en las dudas que les puedan surgir y conseguir que den lactancia materna, desde luego. Ayudar a las mamás que estén agobiadas, porque pienso que sobre la lactancia hay mucha ignorancia, gente que cree que sabe y no

sabe. Además está la inseguridad de las madres, porque son muchas las dudas que te surgen, el cansancio que te agota, y necesitas alguien que te motive que te eche para arriba. Yo creo que eso es lo más importante.” (Julia)

“Pues apoyar a las madres; es formación, promoción y apoyo a la lactancia materna y a la crianza saludable, la crianza con apego y formas de vida saludable, respetuosas con el niño.” (Rosalía)

“El grupo tiene la comunicación, dar una información fiable, correcta, científica, y básica, y dentro de ella, adaptar la información que se da en cada uno de los casos concretos. Eso por un lado, por otro lado, fomentar la relación entre ellas, es decir si hay una mamá que tiene un caso o situación parecida que otra mamá que está empezando, pues las ponemos en contacto. Dar información, conectarlas entre ellas, dar respaldo, dar apoyo, y luego casos más concretos que necesitan un apoyo más técnico, más directo, pues les hacemos seguimiento, les damos nuestro teléfono y en ocasiones, si las circunstancias lo permiten, vamos a su casa; pero eso ya se complica más.” (Consuelo)

“Es un poco en poner en conocimiento de las mamás todo lo que es la realidad de la lactancia. Luego, dar un poquito de formación y dar un poco de ayuda, ayudar a la madre para que ella misma sea capaz de buscar sus recursos para poder solucionar sus problemas.” (Ester)

“Apoyo a las madres, préstamo de sacaleches (...)”. (Emma)

“El apoyo a las mamás; la formación en la medida de lo posible, solucionar los problemas que vayan teniendo y aclarar dudas que vayan surgiendo en las reuniones. Informar, apoyar y solucionar los problemas.” (Amor)

“Estamos con el apoyo a la lactancia materna; dar a conocer a las mamás nuestra experiencia; a mi me gustaría tratar en los grupos la crianza, pero ahora mismo nos estamos centrando en eso.” (Isabel)

“Yo creo que ha hecho más el teléfono de la esperanza y el apoyo psicológico; cuando yo le digo a una madre que puede dar el pecho, ya se relaja. Cuando yo le digo a una madre que lo que hace el niño es normal cuando todo el mundo le dice que no y que una madre te diga que sí, ya es bastante. La función del grupo fundamentalmente es apoyar, apoyar como función principal.” (Daniela)

En este punto, varias mujeres (3 casos) aclaran que los grupos no deberían estar, aunque a veces cumplan esta función, para solucionar problemas o patologías asociadas a la LM, a los que deben dar respuesta los profesionales sanitarios. En un caso, se habla de que el grupo orienta y deriva a las madres sobre dónde es mejor acudir cuando surgen este tipo de problemas.

“Intentar ayudar a la madre, darle información, apoyarla en lo que necesite, siempre contando con los profesionales de la salud, nosotras no somos ni más ni menos; no damos medicación, ni nada de eso, eso son los profesionales. Información y apoyo.” (Dorotea)

“Además, ahora mismo el grupo de apoyo si cubre otras funciones como la solución de problemas de lactancia, pero yo personalmente, como profesional sanitario creo que eso no es una función de los grupos de apoyo. Creo que esa es función de los profesionales de salud. Nosotras estamos para apoyar, para acompañar a las mujeres,

y para orientar lo mejor posible. (...) ayudarlas, y si fuera necesario derivarlas a un profesional sanitario” (Macarena)

“También se forma, en el aspecto de que se da una pequeña pista de los problemas que se pueden encontrar con la finalidad de que si empiezan a notar los primeros síntomas, no esperen a que sean demasiado graves para poner solución. También se les indica a donde tienen que acudir si tienen esos problemas para encontrar una solución lo más pronta posible.” (Ester)

Pero los GALM cumplen otra serie de funciones que van más allá del apoyo directo a las madres que participan en ellos y entre las que destacan como es normal, la difusión y promoción de la LM (9 casos), acercando y normalizando no sólo la práctica del amamantamiento en nuestra sociedad (5 casos), sino también pautas de crianza más respetuosas y favorecedoras de la LM y la crianza con apego (8 casos). También se nombra como función la difusión social de la propia labor del grupo. Esta doble función de apoyo y difusión está más presente en los grupos grandes y con mayor recorrido.

“Además del apoyo, está la función social, la difusión de la lactancia materna en todos los ámbitos de la sociedad, la organización de actos para madres, para interesados y para profesionales, que son los cursos de formación que organizamos y, sobre todo, normalizar la lactancia materna.” (Consuelo)

“Luego además se hablan temas que tienen que ver con la crianza de los hijos y demás, que muchas veces vienen bien porque somos primerizas, o porque estamos fuera de un ambiente familiar de apoyo; siempre viene bien tener otro enfoque. También hacemos funciones de difusión de la lactancia materna, participamos en campañas, se han iniciado campañas desde el grupo, porque la lactancia va cambiando conforme cambia la mujer y el niño y hay que acompañar a la madre en todo ese periodo.” (Ester)

“(…) y promocionar la lactancia a nivel de la sociedad.” (Emma)

“Las funciones en este momento son lactancia y crianza; no sólo la lactancia sino otros aspectos como la alimentación complementaria (...) En principio el grupo nació para promover la lactancia, pero ahora mismo las personas que nos juntamos es para promover un tipo de crianza; la lactancia forma parte de esa crianza.” (Paula)

“La función que ahora quiere tener el grupo es el apoyo a las madres y a la crianza. No queremos que sea solamente un grupo de lactancia, queremos ir más allá, que lo que es ser madre no es solamente dar la teta por x meses o por x años; es toda una educación; después de la teta viene la alimentación complementaria, el sueño, pañal, el andar, el colegio, etc. Ahora el grupo está intentando que las madres y padres se involucren en poder perder el miedo a opinar sobre la crianza, contar las experiencias y vernos reflejados en el de enfrente y ver que no nos ha ido tan mal; seríamos como un grupo de terapia de apoyo, de autoestima y de consuelo.” (Amelia)

“El apoyar la lactancia materna y luego los niños han ido creciendo y se hacen más actividades de crianza, en cuanto a talleres, también metiendo a toda la familia, implicando al padre en la educación de los hijos, en practicar en las cosas cotidianas.” (Úrsula)

Por último debemos volver a comentar la labor informativa y formativa que realizan los grupos, tan valorada por algunas mujeres, no sólo respecto a las madres y su entorno para que éstas puedan decidir de forma libre y consciente, sino también como se menciona en un caso, respecto a los propios profesionales sanitarios.

“Entonces pretendemos apoyar a la madre, darle información, referencias contrastadas, y también intentamos dar a los sanitarios que tengan interés formación en lactancia, organizando distintas actividades a las que los invitamos.” (Rosalía)

“Presentar a las mamás las opciones que no se le muestran en otros lados, y que pueda decidir ella. Que sepa todas las opciones que tiene, la perspectiva de una lactancia natural, porque la otra ya se la presentan. Aunque alguna vez también lo hemos hecho nosotras; para que ella pueda decidir.” (Evelyn)

La función que ejercen los GALM, puede ser explicada desde una doble perspectiva: por un lado, el apoyo directo a la madres (ofrecer información, apoyo y acompañamiento), y por otro lado, las tareas de difusión, tanto de la LM como de la propia labor del grupo. El compromiso de los GALM con la promoción de la LM y con el fomento de prácticas de crianza respetuosa, les lleva a asumir como propias funciones que van más allá del apoyo directo, llegando incluso a cubrir funciones que deberían ser asumidas por otros estamentos sociales (administraciones públicas o profesionales sanitarios).

VII) ACTUACIONES

La actividad más importante y esencial de los GALM son las reuniones periódicas de madres para compartir dudas, experiencias, vivencias y conocimientos, por ello esta actividad es nombrada por la totalidad de las mujeres entrevistadas, concediendo al apoyo directo a las madres un gran valor⁷⁴. Pero las reuniones no son la única actividad de apoyo y ayuda mutua que realizan los GALM, también se cita, para situaciones que requieren una respuesta más inmediata, la solución de dudas por contacto telefónico, o a través de la web, y la visita a las madres en sus casas cuando las circunstancias lo permiten. En relación al apoyo telefónico, algunas mujeres manifiestan haberse visto desbordadas ante tanta demanda, por lo que han decidido dejar a un lado esta actividad; otros grupos se rotan el teléfono entre

⁷⁴ La realización de reuniones periódicas de madres, es uno de los requisitos de inclusión de los grupos en esta investigación, tal y como se explica en el capítulo 4 (Metodología de la investigación).

varias madres y otros han optado por centralizar este servicio, teniendo sólo un teléfono para varios grupos de la misma red. Algunos grupos, como alternativa y para dar una respuesta más continuada y cercana a la necesidad de apoyo en los inicios de la LM, han puesto en marcha el “programa de madrinas”⁷⁵. Otra actuación nombrada por dos mujeres, es la visita a las mujeres recién paridas en el medio hospitalario, aunque bien es cierto que esta actuación genera cierta polémica en relación a su finalidad exacta (ayuda o difusión de la existencia de los grupos).

“Las reuniones, el apoyo madre a madre fuera de las reuniones cuando así lo requiere, las visitas domiciliarias, y las consultas telefónicas. El apoyo directo es lo único que puede funcionar.” (Margarita)

“Reuniones de grupo, el teléfono, acercarse a casas si hace falta.” (Dorotea)

“Hacemos las reuniones mensuales y yo cojo el teléfono. Yo suelo estar disponible para cualquier mamá que me necesite. Antes, también íbamos a las casas, por si alguna recién parida estaba muy mal.” (Pepa)

“Nosotros hacemos las reuniones, tenemos un teléfono de contacto que nos vamos rotando mensualmente y aparte, si se presenta, yo a lo mejor me implico más y, si viven por aquí cerca, me acerco a ver a las madres. Muchas veces es sólo para que te vean dar el pecho; no necesitan más.” (Mar)

“En cuanto al apoyo a madres, tanto mi compañera como yo, publicitábamos nuestros teléfonos, y estaba disponible para las mamás que necesitaran algo fuera de las reuniones, incluso si era algo urgente y teníamos disponibilidad, a veces nos hemos desplazado a las casas de las mamás. El apoyo comprende un poco todo, no solo las reuniones. El apoyo comprende el teléfono, el apoyo personal y todo lo que ha ido surgiendo en cada caso. (...) En los últimos años yo ya atiendo muy pocas llamadas de teléfono, porque no podía atender el volumen de llamadas que recibía.” (Eulalia)

“Además de las reuniones y de las visitas a domicilios tenemos teléfono. Además vamos a los domicilios de las madres cuando las madres nos llaman; vamos a su casa, vemos cual es el problema que tiene, si le podemos ayudar.” (Alejandra)

“Las reuniones, el teléfono, y también una vez al mes vamos a la Arrixaca, porque nos llamaron del servicio de salud ambiental pediátrico, a pasar por las habitaciones ayudando a las madres.” (Carlota)

“Hacemos reuniones periódicas, asesoramos a otras mamás y yo personalmente visito a las madres en sus casas, cuando me llaman porque tienen algún problema. Porque solo nos vemos una vez al mes y entiendo que hay cosas que no pueden esperar tanto; entonces voy a sus casas. Por Internet tenemos también un foro y entonces respondo a consultas que nos dejan escritas las mamás.” (Matilde)

“La reuniones, además tenemos el teléfono, que cada mes se lo queda una de nosotras, y las dudas que le surjan a las madres, pues nos llaman. También tenemos el

⁷⁵ El programa de madrinas consiste en establecer una red de ayuda mutua entre mamás con experiencia en lactancia y otras que van a iniciar el periodo de crianza y amamantamiento. La madrina dará apoyo a la ahijada durante los primeros seis meses de vida del bebé y especialmente, durante el inicio de la lactancia. Cualquier madre socia de lactando que haya superado el primer año de lactancia podrá ser madrina. www.lactando.org.

“Facebook”, tenemos una página en la que somos las tres las administradoras y las tres podemos contestar.” (Julia)

“Tenemos teléfono, pero ya poco, y tenemos Internet para consultas por Internet y tenemos el programa de madrinas. Estamos intentando, porque con el teléfono parece que llegábamos a muchas madres pero muy mal, porque a lo mejor la madre tenía una urgencia y tu no tenías disponibilidad en ese momento. Entonces intentamos priorizar y echar el resto con las madres que acuden a nuestras reuniones y ya a nivel particular una madre que ya ha tenido la motivación como para acudir, pues le das el teléfono particular tuyo para seguir el caso una semana o dos, hasta que esa madre resuelva el problema que tiene en ese momento, y fomentamos desde el embarazo el apoyo madre a madre cercano, y crear lazos de amistad entre las madres con el programa de madrinas.” (Rosalia)

“Las reuniones para el apoyo concreto a madres, luego tenemos teléfonos, pero estamos ahora en un debate interno sobre la función de los teléfonos, el programa de madrinas del que yo estoy muy orgullosa.” (Consuelo)

“Además de las reuniones de madres, hemos ido al hospital ofreciendo nuestra información a las madres, desde el punto de vista de que existimos como grupo de apoyo fuera del hospital, aunque ese es un tema un poco delicado desde mi punto de vista.” (Ester)

“Tenemos un teléfono de consulta, al principio cada sede tenía su teléfono, y luego se unificó para toda la asociación. El teléfono se utiliza para resolver dudas, y luego se deriva a las madres a los distintos sitios donde creemos que pueden recibir ayuda.” (Ester)

“Nuestro grupo en concreto no tiene teléfono; lo que pasa es que en las reuniones mensuales si alguna madre tiene un problema concreto sí que se le facilita. Ahora tenemos el programa de madrinas.” (Emma)

“Tenemos las reuniones y tenemos un teléfono para que la mujeres pueden llamar cuando quieran.” (Isabel)

“A parte de las reuniones mensuales, que yo creo que es lo más importante (...).” (Rebeca)

“Las reuniones que tenemos mensualmente, el teléfono que lo rotamos todos los meses, (...).” (Daniela)

“Mi compañera va al hospital una vez al mes a ver a las que han parido ya y se ofrece para cualquier cosa que puedan necesitar; la que tiene en ese momento problemas o cualquier cosa, antes de que se vayan que lo tengan claro.” (Teresa)

Por otra parte, en relación a la función de información y formación que desempeñan los GALM, se mencionan como actuaciones las charlas, talleres, conferencias y cursos organizados por los propios grupos y dirigidos no sólo a las madres y su entorno, sino también, en algunos casos, a los propios profesionales sanitarios. Estos cursos y talleres no tienen como temática exclusiva la LM, sino que, además, y como comentan las propias mujeres, abordan otro tipo de aspectos sobre crianza (colecho, alimentación complementaria, vivencia de la maternidad, sexualidad, etc.). Dentro de estos

eventos se menciona también la realización de congresos⁷⁶ y la experiencia de la “lactancia al cole” en forma de talleres cuya finalidad es hacer visible la LM entre los escolares. Por último, mencionaremos todas las actuaciones relacionadas con el intercambio de información, bibliografía y documentación científica, entre las madres y entre las responsables de los grupos, con una finalidad formativa y de actualización de conocimientos.

“Organizamos charlas periódicamente, como ahora que hemos organizado una charla sobre crianza; “des culpabilizando la maternidad”, se llamaba. Y organizamos talleres en grupos reducidos para padres que tengan algún interés concreto y charlas divulgativas para público en general, para personal sanitario, pues hemos editado materiales distintos también, sobre todo para las madres y ahora, a lo mejor, vamos a editar otro libro para profesionales. (...) Y damos docencia a nivel particular, sin cobrar, en distintos cursos de lactancia de la región.” (Rosalía)

“Y también la lactancia al cole, lo que pasa es que encontrábamos muchos obstáculos por parte de los maestros, porque dicen que hay gente que se puede sentir mal si está dando biberón. Nosotros tenemos una actividad que tenemos el dossier preparado, que es para llevar ir al colegio un par de madres que amamantan y que los niños se lleven un muñeco y que jueguen a cambiarle pañales, a criarlo, hacemos una mochila y simulamos que los niños les están dando teta, para que sepan que es la manera natural de criar a los bebés humanos, de igual modo que otros mamíferos también maman. Pero encontramos dificultades en la mayoría de los centros educativos a los que se lo ofertamos.” (Rosalía)

“También están las charlas. (...) A los colegios también, nosotros hacemos un pequeño taller infantil. Muchos de ellos no han visto amamantar en la vida. No están acostumbrados. Es muy bonito. Los colegios suelen repetir.” (Dorothea)

“También se hacen cursos sobre lactancia o sobre crianza; últimamente sobre todo se están haciendo charlas sobre crianza, que es muy interesante porque está muy relacionada con la lactancia, pero en la crianza hay más divergencia. (...) eso es también necesario para tener éxito en la lactancia. El mito ese que hay anti colecho, el miedo de la gente, en fin. Aquí estoy esperando a poder juntar a cinco mamás para dar una charla sobre alimentación complementaria.” (Pepa)

“Además de las reuniones, hacemos talleres. El año pasado hicimos un taller de porta bebés y otro del masaje infantil. También vinieron a hablarnos sobre las diferencias de la leche materna y la leche artificial, y los beneficios de la primera.” (Evelyn)

“(...) y las charlas y cursos de formación” (Consuelo)

“Hacemos cursos de formación, hacemos talleres de ayuda a las madres, bueno, es que son tantas las cosas que hacemos, que se me escapan ahora mismo. Hemos ido a los colegios y se da mucha información. Tenemos un proyecto, que originalmente es de un grupo de Valencia, que nosotros lo tomamos: “lactancia al cole”. Nos gustó mucho la idea, y entonces la pusimos aquí en marcha. Hemos hecho las propuestas en varios claustros de varios colegios y de momento solamente en dos nos han solicitado casos que fuéramos a dar el tema.” (Ester)

“También hacemos una charla que imparte un profesional sanitario sobre lactancia.” (Alejandra)

⁷⁶ En junio de 2012, se celebró en Águilas el IX Congreso FEDALMA, organizado por uno de los grupos de la región y que llevaba por título “Lactancia materna: un compromiso social.”

“Hemos hecho alguna charla en el centro de salud y todo eso. (...) Incluso toda la información que nosotras dábamos, basada en organismos oficiales, pues decíamos en la biblioteca que comprarán los libros para las madres.” (Eulalia)

“(...) y algunos cursos que se imparte tanto a nivel profesional, como al grupo de madres.” (Emma)

“La monitora también tiene que formarse ella, ir a congresos, tiene que reciclarse continuamente porque las cosas cambian, te tienes que poner al día.” (Carlota)

“Hacemos cursos, promovemos cursos de lactancia, unas veces para profesionales y otras veces para mamás. Últimamente estamos trayendo ponentes para dar temas puntuales sobre sexualidad, sobre celos. El último fue “des culpabilizando la maternidad”. (Amor)

“y ahora estamos preparando el congreso de FEDALMA que es nuestro gran reto de ahora.” (Úrsula)

Además de este tipo actuaciones de información/ formación y apoyo, los grupos también realizan otro tipo actividades de difusión y reivindicación, no sólo en relación a la LM sino también a la propia función que desempeñan los grupos. Dentro de ellas las mujeres destacan todas las actividades y eventos organizados con motivo de la “Semana mundial de la lactancia”, actividades que sirven para sacar a la calle y dar visibilidad a la lactancia materna (conferencias, tetadas colectivas en la calle, concursos fotográficos, etc), las campañas de concienciación social emprendidas o apoyadas por algunos grupos como las de lactancia y trabajo y la petición de los seis meses, como mínimo, de permiso de maternidad. También podríamos incluir en este apartado la elaboración y edición, por parte de algunos grupos, de materiales sobre LM (guías, revistas, folletos, y carteles), así como la difusión de bibliografía y documentación en relación al tema y la solicitud a las bibliotecas de libros sobre LM para fomentar su lectura por el gran público. Más concretamente para difundir la labor de los grupos, las mujeres mencionan actuaciones como la presentación de los grupos en las clases de educación maternal o preparación al parto o en otros espacios como colectivos o asociaciones próximas. También se menciona la difusión y publicidad de las actividades de los GALM a través de cartelería, ferias y medios de comunicación (prensa, TV, radio) y especialmente a través de la web. La mayoría de los grupos cuentan con blogs, webs, y espacios en las redes

sociales (facebook), donde los grupos publican sus eventos e intercambian opiniones e información⁷⁷.

“Colaboramos en los actos que se hacen con motivo de la semana mundial de la lactancia materna, en las conferencias, (...)” (Macarena)

“Luego en octubre celebramos la semana mundial con una reivindicación pública, con una salida a la calle reivindicando la lactancia materna. Actos públicos para llamar la atención un poco, para darle visibilidad a la lactancia que es un acto natural, no de alimentar a los niños, porque es algo más que alimentarlos. (...) Pues hemos editado la revista, que ahora ya no la editamos. También cuando nos llaman hacemos entrevistas en radio, televisión, y en fin, cada vez que nos llaman para divulgar un poco la labor del grupo, pues vamos.” (Rosalia)

“Labores de divulgación de la lactancia en general, tanto a profesionales sanitarios como en general, sobre todo aprovechando la semana mundial de la lactancia. Cada año hemos podido hacer unas actividades distintas, pero sobre todo divulgación a través de los medios de comunicación, en la radio local, o si había alguna feria y nos invitaban. A todo lo que nos invitan pues vamos.” (Eulalia)

“Sigo dando charlas para embarazadas con la matrona donde yo vivo. También participamos en la semana mundial de la lactancia en la segunda semana de octubre” (Dorothea)

“Acudimos a las preparaciones al parto; cuando dan las sesiones de la lactancia acudimos como grupo de apoyo.” (Daniela)

“Hacemos charlas, bueno antes, íbamos a las clases de educación maternal y el día que tocaba la lactancia íbamos, nos presentábamos, hablábamos de la función de los grupos de apoyo y todo eso. También, eso lo seguimos haciendo, nos acercamos una vez al mes al grupo de yoga para embarazadas que hay aquí en el barrio.” (Macarena)

“La difusión la hacemos sobretodo con carteles. Tenemos carteles puestos por varios sitios, en el centro de salud, en farmacias, y en algún sitio así, que se supone que frecuentan las madres con los niños.” (Mar)

“Luego hacemos actividades más de publicidad, hacemos todos los años un aperitivo que coincide con la semana de la salud e invitamos a quien venga a tomarse una tapa. (Alejandra)

“Campañas para divulgar la información sobre lactancia y trabajo, orientadas a las mujeres trabajadoras y a los empresarios; las hemos hecho con la CROEM. Campañas en medios de comunicación y luego cualquier acto que hacemos mandamos a prensa y al blog. Luego tenemos la página web.” (Consuelo)

“Hemos realizado una campaña para proponer una baja maternal de más de seis meses, campaña que iba gestionada por FEDALMA. Participamos en la semana mundial de la lactancia materna.” (Ester)

“Yo creo que a la gente le reafirma mucho. No sé decirte, la semana mundial, las charlas cuando traemos gente así como pediatras; recogida de firmas para aumentar la baja laboral.” (Rebeca)

“Preparamos la semana mundial sobre lactancia materna, que será en octubre con una serie de actos; pondremos en Santo Domingo el kiosquillo para dar a conocer la asociación; traemos ponentes que entendemos que tienen temas importantes que tratar

⁷⁷ La información sobre las direcciones de la Web, se pueden encontrar en la bibliografía.

sobre lactancia. Nuestro grupo en concreto: hay una escuela de yoga cerca del centro de salud y vamos cuando nos lo solicita la chica que lo lleva, a hablar de lactancia, antes de que llegue la maternidad, porque luego, si no han tenido buena información llegan las pobres con problemas más difíciles de solucionar; este miércoles por ejemplo voy yo a la escuela de yoga a hablar sobre maternidad.” (Amor)

“También tenemos una página en Facebook, en la que vamos poniendo cosas como las horas de las reuniones, folletos”. (Isabel)

Por último, las mujeres hablan de las actividades que realizan los grupos para las madres que participan de forma activa en ellos o para socias (también con carácter abierto), como son las convivencias, excursiones y talleres en familia, con la intención de fomentar las relaciones en un ambiente más relajado. Así como otro tipo de tareas relacionadas con el funcionamiento interno del propio grupo (reuniones de trabajo, asambleas de socias, petición de subvenciones, etc.)

“Hacemos convivencias; normalmente hacemos un par de convivencias al año. Una en primavera que normalmente es para plantar un árbol y ya luego al final de la temporada hacemos una reunión en la playa.” (Mar)

“También hacemos convivencias para las socias, porque también tenemos que tener un día para que nos reunamos para relajarnos y disfrutar de la lactancia sin tener que estar siempre dando consejos a otra madre, aunque en realidad nosotras siempre nos estamos apoyando porque de ver a otras madres disfrutar de la lactancia, pues te cargas las pilas.” (Rosalía)

“Ya a nivel de asociación, todas las socias y responsables de las sedes participamos en todo lo que se organiza a lo largo del año.” (Macarena)

“Luego internamente tenemos las convivencias para socias, que hacemos un par al año para que se conozcan las familias, donde van los maridos y todos los niños; las solemos hacer al aire libre y se crea un ambiente muy relajado. También pedimos subvenciones, (...)” (Consuelo)

“Hacemos talleres; el año pasado hicimos de relajación y de cocina; hacemos también actividades acuáticas en la piscina, lo que vaya pidiendo la gente en ese momento” (Ursula)

“Ahora tenemos el encuentro de monitoras en Madrid a nivel nacional y allí te llenas de energía y compartes con otras compañeras.” (Teresa)

“En verano nos vamos a la playa a alguna convivencia.” (Daniela)

Como vemos, los GALM llevan a cabo una cantidad de actuaciones caracterizadas por la variedad en cuanto a contenido, forma y finalidad de las mismas. Además de las reuniones periódicas de madres, los grupos llevan a cabo otra serie de actividades de apoyo, formación, intercambio de información y experiencias, elaboración de recursos, difusión de la tarea del grupo; así

como actuaciones de reivindicación de su derecho a amamantar y de concienciación social de la importancia de la LM y necesidad de la misma en la sociedad actual.

VIII) REUNIONES DE GRUPO

a) REUNIONES: TEMPORALIDAD Y LUGAR

Todos los grupos tienen una periodicidad similar en sus reuniones de madres, reuniéndose un día fijo al mes. Sólo dos grupos tienen una frecuencia superior reuniéndose dos veces al mes.

En relación al lugar de reunión, todos los GALM a excepción de uno, se reúnen en locales públicos cedidos en uso por las administraciones públicas. Solo un grupo se reúne en el local de trabajo de una de sus miembros. Los locales públicos utilizados son en su mayoría locales comunitarios pertenecientes a los ayuntamientos; centros socio culturales (5 grupos), centros de la mujer (3 grupos), centros juveniles (1 grupo), centros de la tercera edad (1 grupo), edificios de usos múltiples (1 caso). Tres grupos se reúnen en espacios cedidos dentro los centros de salud de la zona, habitualmente en las salas de educación maternal. Este último aspecto genera algo de controversia, ya que algunas de las mujeres comentan su rechazo a reunirse en locales del ámbito sanitario, para desvincular la tarea de los GALM de otro tipo de iniciativas de promoción de la salud que parten de profesionales sanitarios y cuya función difiere de la de los GALM.

“En el centro sociocultural.” (Daniela)

“La sede en la que yo participo se reúne en el centro de salud, en el aula de educación maternal.” (Rosalía)

“Normalmente quedamos aquí, porque no tenemos otro local cedido por ninguna organización.” (Amelia)

“Nosotras siempre nos hemos reunidos en locales públicos, y siempre hemos intentado que esté desvinculado de la asistencia sanitaria, porque muchas personas que vienen no sabe exactamente qué somos, y no piensan que somos personal sanitario. Aunque yo en este caso sí lo sea; como es un grupo de madres, allí vamos como madres. Siempre hemos intentado desvincularnos de los centros de salud, y digo siempre, porque este es el tercer local que tenemos, porque se nos han quedado pequeños, o por otros problemas, pero siempre hemos intentado que fuera un local público cedido por el ayuntamiento y desvinculado de lo sanitario. Ahora estamos en un centro socio cultural.” (Eulalia)

“(…) Generalmente son locales cedidos por la administración pública. En principio, siempre se ha intentado desvincularlos del ambiente sanitario, para no confundir un grupo de apoyo de madres con un taller de lactancia. Es importante creo, dejar claro lo que es un taller de lactancia y lo que es un grupo de madres. De hecho cuando yo modero un grupo, lo primero que hago al empezar la reunión, es decirles que estamos en un grupo de apoyo de madres y les explico los que es. Algunas se llevaron un susto porque se esperan otra cosa.” (Ester)

También son varias las mujeres (4 casos) que comentan las dificultades que les han surgido para encontrar lugar donde reunirse, e incluso algunos grupos han tenido que cambiar varias veces de sitio de reunión, obstaculizándose el trabajo del GALM. Una de las mujeres comenta la iniciativa de su grupo de recuperar el espacio público, parques y jardines, para el intercambio y la reunión.

“En el centro de salud. En un principio queríamos vernos en la asociación de las mujeres, pero tuvimos problemas con ellas, no nos dejaron, y por eso acudimos al centro de salud.” (Macarena)

“Al principio nos veíamos en el centro de salud de Alcantarilla centro, la matrona habló con el coordinador de enfermería y él nos puso a nuestra disposición una sala, pero como era donde se hacían las extracciones, buscamos otro sitio. Luego el ayuntamiento nos dejó otro sitio, el hogar del pensionista. Pero claro, son mayores, y la actividad de los pequeños puede ser estresante para ellos. Hemos tenido algunos problemas. También nos propusieron reunirnos en una parroquia, pero no queríamos que nos vincularan con nada religioso, porque si no habría madres de otras religiones, como mujeres islámicas, que no vendrían.” (Evelyn)

“Ahora llevamos un par de meses, desde después del verano que nos reunimos en un centro cultural que hay aquí. Hemos pasado por todas partes: por el centro de la mujer, el centro de salud, por la casa de cultura, y después hubo un tiempo en que no había locales para reuniones y hemos estado paradas un par de años y ahora las hemos vuelto a retomar.” (Úrsula)

“(…) me resultaba muy incómodo reunirme en una sala llena de mamás con bebés, yo embarazada y mi hija la mayor dando saltos. Entonces lo que intenté es llevar la lactancia a los parques, buscando sitios seguros, donde los niños mayores tuvieran donde jugar, donde entretenerse entre ellos, mientras tanto las mamás hablar de los temas que les interesa. Lo hemos hecho y fue muy bien aceptado, pero el problemas es que no hay sitios habilitados para hacerlo, totalmente seguro, fuera de coches. Muchas veces las mamás del grupo, de distintas sedes, nos hemos juntado en el parque con nuestros hijos para hablar nuestras cosas y debatir.” (Ester)

b) REUNIONES: ORGANIZACIÓN

Al hablar de la organización de las reuniones, se trataron con las mujeres dos cuestiones; primeramente, si las preparaban previamente estableciendo algún tema a abordar en la reunión y en segundo lugar cómo se organizaban en el desarrollo de una reunión cualquiera.

Respecto al primer punto, ocho mujeres afirman que preparan un tema fijo para tratar en las reuniones, e incluso en dos casos, dicen que llevan preparados varios temas para escoger en el momento de la reunión el que más se adapte a las necesidades de las mujeres que acuden. Sin embargo, son mayoría (11 casos) las mujeres que dicen no tener un tema fijo, sino que el tema es libre, según va surgiendo en cada reunión en función de las demandas de las mujeres. En relación a este aspecto son varias las mujeres (8 casos) que nos comentan que, en una primera etapa del grupo, si se elegían y preparaban los temas a tratar, pero que, poco a poco se dieron cuenta de que eso no funcionaba porque podía ser que el tema elegido no tuviera nada que ver con las demandas y necesidades de las madres presentes en ese momento, por lo que al final acababan hablando de otras cuestiones.

“Si, normalmente si preparamos las reuniones, excepto alguna vez que no me da tiempo.” (Dorotea)

“Nosotros, en el grupo, tenemos reuniones mensuales donde preparamos un tema concreto. Preparamos el tema individualmente cualquiera de nosotras. Lo que tenemos establecido conjuntamente es un calendario con los temas que vamos a tratar en cada fecha.” (Alejandra)

“Pues quedamos siempre un día que podamos antes de la reunión, para ver lo que vamos a montar; cada vez montamos una proyección de “power point”, con el tema que vamos a tratar. A veces cogemos un tema surgido en la reunión anterior.” (Julia)

“Primero, hacemos la presentación de un tema que llevamos preparado; solemos llevar preparados varios temas y según la reunión hacemos uno u otro. Yo con mi compañera sí preparo las reuniones. Otras compañeras que tienen más rodaje, pues no; a mí me queda todavía rodaje.” (Consuelo)

“No preparamos las reuniones antes. Yo lo he propuesto alguna vez y lo hemos hecho pero, no funciona. El tema siempre suele ir al mismo sitio y se les da preferencia a las madres con problemas, a las madres nuevas y a las embarazadas.” (Margarita)

“Antes sí que había un tema del mes que era común para todas las reuniones de ese mes. Eran temas correlacionados, pero si por ejemplo el tema era la alimentación complementaria y a la reunión llegaban muchas mujeres embarazadas, pues no se hablaba de eso, acabábamos hablando de los primeros días y simplemente estructurábamos un poco el tema. Pero últimamente, no se hace así, el tema es libre, cada uno llega y habla, y muchas veces las reuniones son para solventar los problemas de lactancia.” (Macarena)

“(…) Porque, para qué vas a hablar de alimentación complementaria si vienen muchas mamás recién paridas. Era un poco absurdo y al final acababas siempre dejando el tema y atendiendo a las mamás. Así que ahora lo hacemos así.” (Pepa)

“No las preparamos, son un poco a lo que sale. Hay veces que si salen diferentes dudas de varias madres sobre lo mismo, pues a lo mejor leemos algo de algún libro. Pero normalmente somos madres que contestamos dudas a otras madres.” (Mar)

“Hemos pasado por diferentes fases. Los primeros años siempre preparábamos un tema de reunión, incluso repartíamos información en papel, para leerla o simplemente para darla a las madres y a partir de ahí trabajar. Eso fue los primeros años, pero luego, hemos ido madurando con las necesidades del grupo. Nos dimos cuenta de que nunca sabes qué asistencia iba a haber y a lo mejor preparábamos un tema como el destete, y las madres que iban eran embarazadas y bebés de pocos días, y no tenía sentido tratar ese tema. Al final hablábamos de otra cosa. En el último año he acabado por no preparar ningún tema en concreto y además, por la experiencia, los temas los tienes ya muy trabajados y entonces no necesitas llevar ningún tema preparado”. (Eulalia)

“Había un tiempo en que se preparaban pero al final se acababa hablando de todo. Entonces, prefiero escuchar las consultas de las madres y así terminamos hablando de todo.” (Matilde)

“Al principio preparábamos los temas, pero casi siempre se nos venían abajo. Los artículos y los temas los tenemos fotocopiados por si alguna mamá lo necesita, o también lo mando por correo electrónico.” (Evelyn)

“Luego ya, por motivos ajenos, se quitó el tema central. Lo que sí hacemos es una ronda de presentación y en ese momento las mamás dicen cual es el tema que más les preocupa. Luego se ve cual es el tema que, a grandes rasgos, es mayoritario, porque un momento importante de la reunión es cuando se dan cuenta de que su duda la tienen otras muchas madres. Entonces tratamos el tema, aunque luego de forma independiente hagamos las indicaciones por separado.” (Ester)

“Las primeras reuniones nos preparábamos más, pero ya hemos visto que nosotras venimos con una cosa preparada y luego interesan otras cosas.” (Isabel)

“No planificamos, vamos un poco sobre la marcha, adaptando las actuaciones al grupo.” (Amor)

En las respuestas de las mujeres, sobre la cuestión de cómo se desarrolla una reunión tipo, se repiten una serie de rutinas similares y comunes⁷⁸; entre las que destacan: la presentación de la monitora o madre responsable y la explicación de la finalidad del GALM (7 casos), la ronda de presentaciones de las mujeres asistentes con la correspondiente explicación de los motivos que le han llevado a acudir a ella (12 casos), la exposición del tema (elegido previamente o surgido en el momento) y debate en torno a él (8 mujeres), la utilización de material de apoyo (5 casos), y la solución de dudas o problemas planteados por las mujeres, sobre todo de aquellas que acuden por primera vez o de las mujeres embarazadas. Algunos grupos dan prioridad a este último aspecto y lo tratan al principio; en otros grupos dejan esta cuestión para el final de la reunión, pero en ambos casos se intenta dar una atención más individualizada a estas madres, procurando asegurar que ninguna madre se vaya con dudas. Esto ha llevado a que, como manifiesta una de las mujeres,

⁷⁸ El desarrollo habitual de las reuniones explicado en las entrevistas y la mención por parte de las mujeres de rutinas similares, pudo ser contrastado, mediante observación participante, en las reuniones de los GALM estudiados.

las reuniones se hayan quedado sólo para la solución de dudas. También existen grupos que han eliminado las rondas de presentaciones, bien porque nunca conseguían acabarlas y había madres que no se presentaban, bien porque las madres van llegando paulatinamente, o para evitar que las madres más cohibidas se sientan incómodas (2 casos).

“La dinámica de la reunión suele ser la presentación, que cada madre se presente y exponga aquello que le resulta inquietante, o lo que le trae aquí. Así, intentamos, que nos podamos presentar todas, cosa que no siempre se consigue (son muy numerosas).” (Margarita)

“Primero se presenta la monitora, luego todas las mamás que van, luego se expone el tema. Cada una da su opinión de cómo le ha ido con ese tema y cuando termina el tema, las mamás que vienen con dudas, con problemas, con grietas, se les ayuda y se les informa de otros temas. Que no se vaya ninguna mamá con dudas.” (Dorotea)

“Ahora una reunión se estructura de la siguiente manera; las madres llegan, se sientan, siempre nos ponemos en círculo y los niños se ponen en medio con colchonetas en el suelo para jugar; entonces, la persona que va a llevar la reunión, a modo de moderadora, se presenta, expone en qué consiste la reunión, en qué consiste la asociación, y habla de su experiencia con la lactancia y luego pasan a presentarse las madres y explican por qué han venido.” (Macarena)

“En una reunión pues, yo suelo llegar la primera y conforme van llegando nos saludamos y se van presentando, nos sentamos y ya van hablando o consultando dudas.” (Pepa)

“Nos juntamos, mandamos un mensaje para recordar que es la reunión, y una vez que estamos allí vamos hablando sobre los temas. No nos preparamos mucho.” (Mar)

“Antes estaban muy estructuradas, porque debido a nuestra inexperiencia, necesitábamos una estructura para darnos seguridad. Siempre nos presentábamos nosotras, contando algo sobre nuestra experiencia de lactancia e incorporando algo relacionado con el tema del mes y pedíamos que cada una se presentara y contara lo que quisiera. Nos dimos cuenta de que si había muchas mamás, a veces no daba tiempo a presentarse a todas, y que a algunas mamás, si era la primera vez que iban, les daba mucha vergüenza presentarse. Hemos ido cambiando y madurado con el tiempo. Ya no hay ronda de presentación. Lo que si intentamos es estructurar bien la reunión desde el principio, según las demandas, e intento pedir que si tienen alguna duda importante lo digan para priorizarla.” (Eulalia)

“Siempre hay una monitora que habla y luego hay alguien que la apoya. También intentamos implicar a las mamás, y que no sea la monitora la que lleve todo el peso; de hecho, en casi todas las reuniones, hay alguna mamá que lleva algo, un bizcocho casero, u otra cosa. Mientras hablamos de los libros o de los sacaleches, tomamos algo. Es un modelo americano copiado, que a mí me gusta regular. Pero bueno, no está mal. Siempre se presenta la monitora y luego todas las mamás y dicen por qué están en la reunión.” (Carlota)

“Pues yo llego primero, normalmente me llevo un fular y una mochila para poder enseñar, y me llevo algunos libros. Entonces llevas las cosas, y van llegando las mamás. Eso es, ya empezamos hablando directamente de lo que van preguntando las madres.” (Matilde)

“Empezamos diciendo quienes somos, como nos llamamos, los hijos que tenemos, el tiempo de lactancia, y cómo van las cosas. Si empiezan a hablar de problemas, a veces no conseguimos terminar la ronda, según la urgencia.” (Evelyn)

“Hacemos ronda de presentación; quizás empezamos presentándonos una de nosotras y explicando un poco nuestra labor, pero sin destacar mucho, no como si mandáramos, sino como si fuéramos una madre más, igual que se presenta la de al lado que es una madre que acaba de llegar.” (Rebeca)

“Normalmente lo que hacemos es una ronda así de presentaciones, rapidilla, y a continuación hablamos de algún tema que en las reuniones previas nos comentan las madres que les puede interesar; unos quince minutos, y el resto del tiempo ya son solución de problemas.” (Emma)

“¿Cómo te vas a poner con una ronda de presentación si ya llevas un rato hablando o si llegan varias de vez? las vamos presentado; siempre adaptando. Pero si estamos un grupo mayor entonces, sí hacemos la ronda y nos presentamos.” (Úrsula)

Otros aspectos mencionados son la disposición en círculo del grupo de madres (2 casos), la figura de una moderadora (2 casos), las dificultades que surgen cuando las reuniones están muy masificadas (1 caso), la división del grupo en dos en función de necesidades similares de las madres (3 grupos), la conveniencia de que las responsables del grupo se sienten separadas para mezclarse con las madres (3 casos) y el registro de asistencia de las reuniones, donde las mujeres apuntan de forma voluntaria sus datos básicos y contacto (dirección de correo electrónico y teléfono) (3 casos).

“En nuestras reuniones, nos solemos distribuir entre las mujeres para no estar juntas y una de ellas se encarga de moderar la reunión para dar los turnos de palabra y que no se desmadre. Las otras dos, detectan si hay madres con problemas que los manifiestan en la reunión, para de manera personalizada atenderlas, ayudarlas y si fuera necesario derivarlas a un profesional sanitario.” (Macarena)

“Nosotras lo que intentamos es no ponernos las tres juntas, si no ponernos entre las madres para que nos vean como una más, que no nos vean como las profesoras, que nos vean como compañeras que somos.” (Julia)

“Ponemos todas las sillas en círculo e intentamos distribuirnos de forma que nosotras no quedemos muy juntas entre nosotras y tocamos los temas en los que vemos que hay mayoría de gente más interesada.” (Rebeca)

“Pues, intentamos reunirnos en círculo y los niños en el centro, o se van a ver la tele. Otras veces nos separamos en grupos, con las mamás con una misma situación; las mamás embarazadas, las mamás con niños más mayores.” (Evelyn)

“Incluso, si es necesario se hacen dos grupos y se atienden las dudas o problemas de los primeros días a parte. No se obliga a nadie a presentarse. Lo que sí llevamos es un registro de asistencia, también voluntario, para tener su teléfono o email, para mandarles información de otras actividades que hacemos.” (Eulalia)

“Algunas veces se ve dos grupos de madres diferenciados en la reunión, con niños muy pequeños o con niños muy mayores. Si se ve en la necesidad de separar la

reunión, siempre ha habido alguna mamá dispuesta a moderar el debate de uno de los grupos.” (Ester)

“Luego, llevamos un libro de actas, donde vamos apuntando las cosas de la reunión, pero tampoco va más allá.” (Mar)

“También, llevamos un registro de las madres que van, con información sobre su nombre, teléfono, correo electrónico, como conoció el grupo, etc..., para luego contactar y mandarles información.” (Carlota)

c) REUNIONES: TEMAS TRATADOS

Los temas, que algunas madres denominan “estrella”, porque son los que habitualmente más se tratan en las reuniones de los GALM, son esencialmente los relacionados con los problemas surgidos con la LM (15 casos), sobre todo problemas con las mamás (grietas, infecciones por hongos, mastitis e ingurgitación mamaria), la introducción de alimentos sólidos o la alimentación complementaria (15 casos) sobre el que, según las madres, existe poco consenso entre los profesionales, y las dificultades en la instauración de la LM en los primeros días (8 casos).

“Suelen salir; los primeros días y las grietas. Ahora mismo, suelen ser esos los más problemáticos. Los primeros días que son los que más cuesta superar a las mamás.” (Dorotea)

“(…) también se habla mucho de problemas de grietas por malos agarres, de problemas de enganche, alguna mastitis también nos llega. El grupo cada vez tiene más información, además, cada vez hay más profesionales sanitarios dentro del grupo que colaboramos, entonces cuando hay problemas de lactancia pues somos nosotras quienes los abordamos.” (Macarena)

“Los hongos, las candidas, la alimentación complementaria, las grietas, y mi niño se queda con hambre.” (Pepa)

“El problema de las grietas, el problema del agarre, los problemas de los primeros días, luego, la alimentación complementaria, si lo van a hacer bien o no, o que no quieren quitarle la teta todavía.” (Emma)

“Los que más surgen, son las dificultades con la lactancia, tipo grietas, ingurgitación mamaria, hongos..., ese tipo de problemas.” (Alejandra)

“Pero, sobre todo, con la alimentación complementaria hay muchas dudas, porque depende de a quién le hayan preguntado, le dicen una cosa u otra. Hace falta un poco más de claridad en ese aspecto.” (Mar)

“Hoy, por ejemplo, hemos tenido bebés que están empezando con la alimentación complementaria, y entonces, eso va a ser lo dominante.” (Matilde)

“Los temas que casi siempre salen suelen tratar de los primeros días. Los primeros días son difíciles y si no solucionas los problemas, difícilmente puedes seguir con la lactancia. Los primeros días surgen en casi todas las reuniones, siempre va alguna mamá con grietas, o dolor, o que está muy cansada.” (Eulalia)

“Los primeros días, la alimentación complementaria que es un tema que preocupa mucho a las madres que dan lactancia materna. (...)” (Consuelo)

“Los primeros días, que es un tema que tratamos mucho, que acabamos hablando en muchas reuniones cuando vienen mamás con bebés muy pequeños.” (Carlota)

“(...) luego sobre todo, el tema de las grietas y el dolor, el dolor en pezones. Es un tema que siempre nos acompaña, lo que pasa es que es un tema que aunque tratemos en el grupo, casi siempre tenemos que acabar derivando a un ámbito sanitario.” (Ester)

“(...) sobre todo, el principio de la lactancia, es lo que más preguntan.” (Isabel)

Otros temas, que también se mencionan con gran frecuencia y que generan malestar, son la falta de apoyos socio familiares sentidos por las madres (3 casos) y la presión o comentarios hostiles a la LM por parte de los profesionales sanitarios (6 casos), junto con el sueño infantil, las tomas nocturnas y la práctica no aceptada del colecho (9 casos) y la incorporación de la madre al trabajo (5 casos), todos ellos temas generadores de gran estrés para las mujeres.

“Si yo tuviera que decir cuál es el tema que creo que más necesitan las madres, creo que no es información de lactancia, curiosamente lo que necesitan es apoyo emocional, entender por qué están así y luchar contra un entorno hostil, o por lo menos, que ellas sienten hostil. Principalmente es el que nadie me entiende, nadie me apoya.” (Margarita)

“Va por rachas, pero se habla mucho del sueño infantil, también de las tomas nocturnas, (...)” (Macarena)

“Se puede hablar del sueño, de que dar el pecho agobia porque me pide muy frecuentemente.” (Paula)

“Luego, el problema para encontrar pediatra y gente que te apoye dentro de la sanidad”. (Mar)

“(...) la incorporación al trabajo; cómo sacarse leche, cómo conservar.” (Alejandra)

“Quizá, la incorporación al trabajo y la incorporación de alimentos; cuánto debe engordar o cuánto no debe engordar y conflictos con los pediatras.” (Rosalia)

“(...) y luego, hay un tema que es el apoyo social, el respaldo social; que me he ido al pediatra con mi suegra y..., que mi madre me dice..., que mi marido..., eso, el entorno. Es darles fuerza y argumentos para blindarse ante ese tipo de espacios.” (Consuelo)

“Luego ya, más temas de crianza: que no duermen bien, el sueño, y temas de presión social; los problemas con los pediatras.” (Rebeca)

También son comunes las dudas sobre la postura del bebé para mamar y los problemas de enganche asociados (7 casos), las preocupaciones en torno al peso, las curvas de crecimiento y las crisis de lactancia (5 casos) y el cómo afrontar la finalización de la LM o destete (4 casos). Dos mujeres mencionan,

como tema habitual tratado en las reuniones, la importancia y beneficio de la LM.

“El peso de los niños; es por lo que preguntan mucho; los gases y en cuanto al peso de los niños que el pediatra no apoya mucho.” (Daniela)

“La posición y que el niño no toma lo bastante. El detonante y el denominador común es la falta de seguridad que les lleva a cometer muchas torpezas y luego falta de información: falsos mitos, todo ese tipo de cosas.” (Teresa)

“El destete también, porque mientras la lactancia va bien, no hay problemas, pero en el momento que dice no quiero más, el destete da problemas.” (Amelia)

“La pregunta del millón es cuánto tiempo hay que mantener la lactancia materna; la gente quiere saber exactamente los meses, y cuando decimos “lo que tu quieras” preguntan cómo es eso.” (Úrsula)

“Los beneficios, que nos han dicho que no lo llamemos así, sino la importancia de la lactancia materna, el destete, (...).” (Carlota)

“La primera fue los beneficios de la lactancia, yo creo que eso lo deberíamos exponer en cada reunión al presentarnos, porque todas las madres nos lo preguntan; si viene una madre nueva, es lo primero que pregunta. Luego las posiciones del pecho, que como, que si le han salido grietas, que si le duele, que si no se le engancha..., entonces explicamos las posiciones, problemas que surgen, sobre todo las crisis.” (Julia)

Además de temas relacionados directamente con la LM se abordan, según las mujeres, otros temas de crianza comunes a la experiencia de maternidad de los primeros años (porteo⁷⁹ y crianza en brazos, pañales, rabietas, papel del padre, etc.).

“Y en cuarto lugar ya, el sueño y otros temas de crianza derivados de la lactancia.” (Eulalia)

“Ahora queremos introducir uno muy bonito sobre la importancia del padre.” (Carlota)

“También sale el colecho y la malacrianza y otros temas de crianza.” (Evelyn)

“Otras veces se habla de temas como llevar a los niños en brazos o los medios de porteo, del colecho, del pañal. De otros temas de crianza natural.” (Emma)

“De todo, desde las rabietas de los niños o la forma de suspender la lactancia.” (Paula)

⁷⁹ El porteo es la técnica de llevar a los hijos encima, pegados al cuerpo, mediante algún sistema de portabebés (mochila, pañuelo, fular, etc.). Entre las numerosas ventajas de este arte, practicado por las mujeres en diversas culturas desde tiempos remotos, se encuentra la facilidad para amamantar a los bebés, la seguridad emocional y la comodidad para la madre.

d) REUNIONES: ESTRATEGIAS COMUNICATIVAS Y EDUCATIVAS UTILIZADAS

A pesar de que no todas las madres afirman utilizar estrategias de forma intencionada o previamente establecida, lo cierto es que en todos los casos se mencionan técnicas y estrategias para llegar mejor a las madres; en líneas generales, las mujeres entrevistadas poseen una amplia información sobre técnicas de comunicación y asesoramiento, que ponen en práctica en las reuniones de los GALM. Además, ocho mujeres afirman tener formación al respecto; haber realizado cursos, talleres o haber leído bibliografía en relación a técnicas comunicativas, asesoramiento en LM y relaciones de ayuda. También, en un caso, se manifiesta la necesidad de esta formación. Del mismo modo se afirma tener limitaciones en los conocimientos que poseen (3 casos), ya que no son profesionales, sino madres voluntarias que apoyan a otras desde su experiencia (6 casos). Otra dificultad mencionada es la masificación de las reuniones (2 casos), la falta de confianza o las diferentes opiniones de las madres que llegan a ser, incluso a veces, contrarias a la LM (1 caso).

“Bueno, aunque nos formamos e intentamos formarnos para dar un asesoramiento lo mejor posible, tenemos limitaciones porque somos madres y no nos dedicamos profesionalmente a esto.” (Margarita)

“Nosotras, a nivel personal, intentamos hacer algo a nivel de consejería para intentar llevar las reuniones de la mejor manera posible, y poder orientar a las madres; acompañándolas.” (Macarena)

“Hacemos cursos de técnicas de comunicación. Escuchar a la madre, intentar comprenderla, ponerte en el lugar de ella.” (Dorotea)

“En cada curso, en cada taller, en cada congreso, siempre hay talleres de comunicación. Además, para hacerse monitora hay que hacer una formación bastante exhaustiva y en ella, uno de los temas fundamentales es la de comunicación. Es importante que cuando hablemos con una madre, sepamos cómo dirigimos, y no presionarla.” (Carlota)

“Como estrategias en sí no. Mi compañera y yo, hicimos un seminario sobre consejería, luego a través de la enfermera que estaba en lactancia nos mandó un libro que trataba de consejería en lactancia materna. Un poco como estrategia pues respetar las decisiones, lo de no juzgar, pero vamos que no tenemos mucha experiencia.” (Isabel)

“Básicas, no tenemos muchas. Simplemente una conversación normal. Es una conversación normal, no sabemos más allá de nuestra propia experiencia. Siempre hay que escuchar y respetar la decisión de los demás.” (Mar)

“Cuando alguien llama muy técnicamente, le digo que no somos enfermeras, somos madres que hemos dado el pecho, tengo mi experiencia y tengo la experiencia de mis compañeras. Si quieren algo más técnico le recomiendo que vaya a la matrona o al

pediatra. Estaba muy confundida sobre lo que era un grupo de apoyo a la lactancia y se decepcionó cuando al otro lado del teléfono estaba yo.” (Daniela)

“En cuanto a la forma de acercarnos a las madres, eso es difícil, no sabría contestarte, cada una tiene las suyas.” (Julia)

“Como en todo, depende también de cómo surja la reunión. No es lo mismo una reunión con treinta personas, que con menos. Lo ideal y lo que nos gustaría, es una reunión con diez o doce personas. A veces nosotras detectamos la necesidad de una mayor formación en consejería para que no se produzcan situaciones de tensión, porque hay mujeres que vienen con determinadas pautas de crianza que a veces son incompatibles con una lactancia a demanda y entonces, es difícil poder llegar a ellas.” (Macarena)

“Cuando hay pocas personas, y si es posible la ayuda madre a madre, pues yo como si tengo formación en consejería, pues utilizas las estrategias de comunicación, y sobre todo la más importante la escucha activa, porque te das cuenta que la mayoría de las madres están muy motivadas, muy formadas, han leído mucho, y lo único que necesitan es desahogarse un poco. Por eso lo ideal sería un grupo de pocas personas donde todas pudieran intervenir, y entre ellas se apoyaran.” (Eulalia)

“Bueno, yo concretamente tengo mi dinámica, porque o trabajo contando cuentos a niños, entonces utilizo unas estrategias muy parecidas para llegar a todo el mundo. Son las estrategias de comunicación aplicadas a cualquier ámbito. También depende de la confianza que tengamos con la madre.” (Consuelo)

Entre las estrategias mencionadas, destacan claramente la escucha activa, el saber escuchar a las madres, devolverles sus preguntas, confirmar lo que nos están diciendo; el respeto a la madre, sin que la madre se sienta juzgada por lo que hace o dice y el no dar consejos, nunca decir a las madres lo que deben hacer, sino que después de informar y presentarle diferentes opciones, sean ellas mismas las que decidan o encuentren su propia decisión. En relación a este último aspecto, las mujeres valoran como importante el respaldarse en la información avalada por la comunidad científica y no sólo en la experiencia personal. También se menciona, como estrategia, la necesidad de adaptar la información a cada caso y el no utilizar tecnicismos.

“Dando información; nunca dar consejos. Nosotras no damos consejos. La estrategia es dar información. Estar formada tú para poder dar información madre a madre. Esa es la estrategia. Siempre información apoyada por organismos como UNICEF, la Asociación Española de Pediatría, OMS. Las madres son las que deciden, la información está ahí y ellas deciden. En cuanto a estrategia comunicativa, usamos la escucha activa, repetirle “me estás diciendo que...” “dices que te sientes...”. (Dorotea)

“Normalmente se practica la escucha activa, que consiste en que la madre expone su problema y se le intenta devolver lo que ella ha dicho, para que ella misma encuentre la solución con una pregunta, a ver ella que piensa, o que consideraría más adecuado, o si está dispuesta a cambiar algo. Aún así se le intenta dar la información que está fundamentada ahora mismo en la evidencia científica y se le explica por qué decimos o hacemos eso. Y a cada una según sus circunstancias personales (...), es decir que cada una tome sus decisiones.” (Macarena)

“Normalmente es eso, explicarles las cosas de la forma más accesible posible, nunca hacerles pensar que lo que están haciendo está fatal. Es más decirles qué puede hacer, nunca decirles lo que tú haces está mal hay que hacerlo así.” (Alejandra)

“Básicamente se trata de que cuando hablas con una mamá, sepas reconocer su emoción, comentarla, repetir lo que ella te ha dicho para que vea que la has entendido, no dar nunca jamás consejos, nunca decir “tienes que” o “deberías de”, eso está prohibido absolutamente. Es mejor que digas: “hay mamás que han hecho esto”, “esto ha funcionado bien”. Son ejemplos que les das. A veces fallamos porque estamos empezando, pero la idea es no dar nunca consejos e identificar los sentimientos de la mamá, de eso tenemos un montón de bibliografía, sobre qué hacer si una mamá llora, y todo eso.” (Carlota)

“Pues, escuchar, no juzgar. Intento sólo informar para que sea la madre la que decida.” (Matilde)

“Ellas nos dicen: pero es que no me das una respuesta, me dices según fulanita, pero..., y yo le digo que la solución la tiene que encontrar ella. Las condiciones familiares de cada una son distintas, su momento, sus apoyos familiares.” (Evelyn)

“Yo evito dar consejos, es más yo a veces evito saber. Es conveniente porque cuando crees que sabes y das un consejo puedes meter la pata. Lo que intento es dar opciones de las que conozco y que cada uno elija en función de su situación. Intento utilizar la palabra adecuada en términos sencillos para que la gente no se pierda, no utilizo términos médicos.” (Evelyn)

“Adaptar la información que se da a cada uno de los casos concretos. Tú no puedes dar la misma información a una embarazada, que a una mujer que quiere re lactar, y sobre todo dosificándola porque mucha información les agobia. Utilizo un lenguaje sencillo, sin tecnicismos, cosa que no me resulta difícil porque no soy sanitaria. Luego tengo mucho cuidado con las frases en las que se puedan sentir juzgadas, dejando siempre una vía de escape porque queremos que vuelvan.” (Consuelo)

“Es importante el saber escuchar, a veces sólo con escuchar, ellas mismas tienen la respuesta a su problema.” (Ester)

“Tener una actitud de escucha.” (Amor)

“Una cosa que no me gusta mucho, aunque quizás la utilizo, es basarme en mi experiencia de lactancia, quizás como coetilla final, pero no me gusta que las madres piensen como que sólo tú tienes información; me gusta hablar con información contrastada o de cosas para que les dé más seguridad, no solamente el “a mí me pasó”, porque eso puede ser circunstancial; y sobre todo creo que el respeto es esencial; no obligarlas, el des culpabilizarlas; básicamente es escucharlas, muchas veces te das cuenta de que ellas mismas se responden simplemente con que tu las estés escuchando; tienen ganas de hablar de desahogarse y ellas mismas llegan a su propia solución. (Rebeca)

“Ante todo escuchar, lo primero escucharla.” (Daniela)

“Lo que damos es información; ni damos consejos, ni decimos a cada madre lo que tiene que hacer.” (Teresa)

“La escucha activa es lo que más estoy aprendiendo; nosotras hemos pasado un proceso al principio difícil porque queríamos transmitir mucha información, que la mujer supiera todo de la lactancia y era como un avasallamiento hasta que nos dimos cuenta que así no podía ser y ahora ya sabemos que con la escucha activa la mujer se desahoga más, muchas veces ella sola encuentra su receta y se lo va diciendo ella misma y lo va entendiendo y es mucho mejor que meter una cosa para la que a lo mejor no está receptiva.” (Úrsula)

Otras técnicas o estrategias utilizadas son: la empatía, es decir, el tratar de ponerte en el lugar de la madre e intentar reconocer sus emociones, no presionarlas, estar tranquilas, utilizar la comunicación no verbal (gestos de ternura, mirar a los ojos al hablar, etc.) y el contacto físico, la cercanía, procurar acordarte del nombre de cada madre y de cada bebé, y dedicar tiempo

individualizado a las madres que lo necesiten (dudas, problemas, presiones, etc.). También se habla de la importancia de no acaparar la reunión, dando protagonismo a todas las madres y recordando que el grupo no es una clase, ni un taller de lactancia, y de la utilización de soportes gráficos y visuales de apoyo (libros, artículos, presentaciones de “Power point”, Internet).

“Intentar ser empáticas. Yo sobre todo tengo el hándicap que me cuesta ponerme en el lugar de la madre y me pongo en el lugar del bebé, porque creo que es del que nadie habla. Y luego intentar conseguir que la comunicación no sea solo verbal, sino que sea muy gestual, que vean abrazos, besos, que vean algo de ternura.” (Margarita)

“Yo procuro estar tranquila y que la madre también lo esté, y procuro estar al lado de ella, porque las madres se te ponen a llorar y entonces tienes que tocarlas y consolarlas muchas veces. Procuro pausarme yo, porque hablo muy deprisa, toco muchos temas.” (Pepa)

“Luego en la comunicación directa con las madres, eso es, me siento a su lado, les miro a los ojos, intento que no haya obstáculos entre nosotras, les pido permiso si tengo que tocarlas a ellas o a sus niños y no utilizo frases que empiecen por no. Entonces utilizo unas estrategias muy parecidas para llegar a todo el mundo. Miro a todo el mundo, me pongo en un sitio donde todo el mundo me vea y procuro acordarme de los nombres de las mamás que vuelven. Además llevo un cuaderno donde apunto los casos.” (Consuelo)

“Consideramos que el pilar fundamental del grupo es que todo el mundo pueda intervenir; es el apoyo entre nosotras y que no sea la monitora la que todo el rato resuelva dudas. Como no queremos que se convierta en una clase, ni en una charla, con muchas más de diez personas no puede hacerse. Intentamos, cuando somos pocas, que entre las madres, ellas solas, busquen soluciones; “pues yo hice esto, yo lo tengo así.., eso es lo ideal. Que entre ellas tejan la red de apoyo.” (Eulalia)

“Solemos tener soportes gráficos, folletos; tenemos una guía que hemos elaborado nosotras a través de muchos años de recoger datos y de ver los temas estrella, de las preguntas de las madres. Es un pequeño libro de consulta. No tenemos soporte informático, pero si que algunas de nosotras hemos hecho presentaciones “power point” de algunos temas. Y sobre todo usamos mucho internet, a la hora de difundir información.” (Ester)

“Siempre la empatía, ponerte en la sensibilidad del momento de la madre, que suele ser muy alta, porque cuando son recién nacidos, la mayoría de las veces explotan a llorar y tú tienes que estar ahí y ante todo tienen que ver que las estás entendiendo, que te pones en su lugar dentro de unos límites e intentas siempre que se sienta escuchada, (...) la mujer se va más entera y con una sonrisa en la cara y eso satisface mucho.” (Teresa)

e) REUNIONES: CLIMA Y PARTICIPACIÓN EN EL GRUPO

Cuando les preguntamos a las mujeres cómo definirían el clima que se establece en las reuniones de grupo, prácticamente en su totalidad hacen valoraciones muy positivas. Aportan calificativos y valoraciones tales como bueno o muy bueno, genial (5 casos), agradable (3 casos), de confianza (6 casos), de respeto, de ternura y calor humano (3 casos), distendido (3 casos),

tranquilo (2 casos). Sólo en un caso, la entrevistada comenta que, a veces, el clima no es tan bueno como debería de serlo, porque las reuniones son muy numerosas o porque vienen madres a intentar convencerte de su visión.

“Un clima muy bueno, muy bueno.” (Dorothea)

“De ternura, porque es lo que necesitan cuando vienen aquí.” (Margarita)

“Un clima muy agradable, yo suelo disfrutar mucho. Los críos están ahí jugando, las madres en una conversación animada.” (Mar)

“Sobre todo, aún cuando están masificadas, al final acaba habiendo ese clima de apoyo entre ellas y de un poco como de amistad. Ese es el clima que yo percibo.” (Eulalia)

“Normalmente es un clima bueno, pero también nuestras reuniones son muy numerosas, al final las personas hacen grupillos, que es lo normal. Pero en general es un clima bueno.” (Macarena)

“Se hace mucho hincapié en que la mamá tiene que estar a gusto. Se debe generar una situación de respeto, que ninguna mamá se sienta mal.” (Carlota)

“Pues muy bueno, calor humano, no sé cómo decirte., no tenemos discusiones porque todas vamos en la misma onda.” (Matilde)

“Pues yo creo que bueno, es un ambiente festivo de la lactancia; y disfrutar, porque es un lugar que, por más vergüenza que tengas en otro sitio, pues ahí las madres están amamantando con naturalidad, los niños jugando por el suelo. Para mi gusto es un lugar donde los niños siempre son bienvenidos y las madres se relajan.” (Rosalía)

“El clima es de confianza, de comunicar, es entre ellas, es empático.” (Consuelo)

“Siempre hemos intentado que se vieran los distintos puntos de vista de las madres, el respeto entre ellas, y siempre en un entorno de respeto a la lactancia materna. Hay un ambiente de apoyo mutuo entre las propias madres. Se intenta crear un clima de bienestar.” (Ester)

“Distendido, con mucha confianza, la gente cuenta no sólo problemas de lactancia sino todo tipo de problemas.” (Emma)

“Un clima como de tranquilidad, porque la que está frente a ti, aunque la acabas de conocer, hay una captación entre mujer- madre, y aunque te cuenten un problema si no es muy especial, siempre encuentras apoyo de una o de otra.” (Paula)

“Yo lo considero bueno, de confianza, de contar las cosas.” (Isabel)

“Creo que es genial; mira a mi ahora mismo me cuesta un poquito ir a las reuniones; yo ya estoy un poco de vuelta, mi hija además se destetó y a veces cuando toca reunión no me apetece ir, y en cambio cuando vuelvo es otra historia vuelvo muy bien, la gente se ve contenta, súper agradecida.” (Rebeca)

“Una energía que se nota, y muy positivo. Entre ellas hay respeto y siempre se procura ayudar” (Teresa)

“Como casi siempre ha ido gente nueva, al principio es un poco expectante y luego es de mucha confianza casi enseguida al ver las primeras respuestas enseguida es de mucha confianza.” (Noa)

“Hay de todo, porque te diría cálido, agradable, eso sería lo ideal, y sí hay días que salimos con esa sensación; pero hay otros días pienso: si esto es una lucha, estoy dejando mi energía, mi tiempo y mi todo y esto no tiene ni pies ni cabeza; te encuentras algunas personas que vienen queriendo cambiarte a ti; yo me he defraudado mucho con esto.” (Úrsula)

Según ellas, el buen ambiente de las reuniones se evidencia en que salen de la reunión contentas y agradecidas “les cambia la cara” (6 casos), en que las mujeres están a gusto y por eso vuelven la siguiente vez, es decir, repiten (2 casos). También se comenta, en un caso, cómo han tenido que aumentar la periodicidad de las reuniones a petición de las madres y, en otro caso, cómo se les suele hacer más tarde de la hora prevista para la finalización de la reunión. El clima de confianza, respeto y calor humano genera, además, que las mujeres muestren sus sentimientos y emociones, que compartan en el grupo aspectos personales e íntimos (4 casos). Según las mujeres entrevistadas (6 casos), las madres están tranquilas y relajadas porque están en un entorno en el que comparten una misma visión de la LM y la crianza con otras mujeres, sintiéndose más respaldadas. Esto se hace más fácil cuando los grupos son pequeños (3 personas).

“Si no, no se entiende que vengan a un sitio donde no conoces a nadie de nada y te descubras, te desnudes. Pues, yo creo que es un clima donde hay mucho calor humano, donde hay un clima muy sincero, donde la gente se desnuda, se permite hacer cosas que a lo mejor no haría en otro entorno como es llorar, y mostrar su debilidad.” (Margarita)

“Quiero pensar que la gente se va contenta, por lo menos la reacción que tienen es que se tranquilizan y se van muy bien. (...) Siempre solemos acabar más tarde de la hora, y luego en la calle seguimos hablando. La verdad es que es un clima muy agradable, si no, no iría. Al ir menos madres tenemos la oportunidad participar todas y de tener un trato más personalizado.” (Mar)

“La mejor prueba de que las madres están a gusto es que repiten, y tenemos madres que repiten. Las madres se relajan, y a veces lloran, e intentamos escucharlas, intentamos acompañarlas, y yo intento que se vayan con una sonrisa. Creo que sí, de hecho la gente enseguida te preguntan que en qué pueden ayudar.” (Rosalía)

“Si, además las mamás proponían vernos cada quince días en vez de una vez al mes. Se establecen relaciones entre las mamás, diferentes, como si al saber de qué pie cojeamos, nos relajáramos. Es distinto.” (Evelyn)

“Las mujeres que vienen por primera vez, que no saben lo que se van a encontrar, vienen con una cara porque no saben a qué atenerse, y se marchan con una cara diferente. Se ve algo en esa cara, que a mí me satisface.” (Teresa)

“A veces las madres se te ponen a llorar y entonces tienes que consolarlas.” (Pepa)

“Cuando una madre viene por segunda vez, es muy buena señal porque significa que sigue lactando y porque se sintió a gusto en el grupo. A veces se dicen cosas muy

personales ante personas que no conoces y eso es porque se crea un clima de confianza.” (Consuelo)

“Nadie que viene buscando se encuentra desplazada; se encuentra a gusto y nadie piensa que sobra, porque si te busca es porque le interesa la crianza.” (Paula)

Las mujeres que acuden van con la vista bastante abierta y se implican; todas hablan aunque alguna pueda guardarse algo más para sí, pero yo creo que hay confianza para que se expresen de manera cómoda.” (Amor)

“Sí; al principio no, pero cuando se dan cuenta de que aquí puedo hablar y nadie me va a juzgar porque todas estamos en el mismo bando, entonces sale todo.” (Amelia)

Otro aspecto que evidencia el buen clima, es que según las mujeres (10 casos), las reuniones suelen ser muy participativas, sobre todo, conforme avanza la reunión, cuando las madres ya han ido a varias reuniones y han tenido a sus hijos, cuando han solucionado su problema o preocupación, y especialmente, cuando los grupos son pequeños.

“Las reuniones suelen ser participativas, de hecho traen bizcochos. Participan muchísimo, y luego en la semana mundial se prestan para ir a la caseta para dar información o para lo que necesites. Suelen colaborar muchísimo en ese aspecto.” (Dorotea)

“Si que participan y se contestan entre ellas. Al principio de la reunión, si que están más calladas, pero conforme tú te vas callando y las vas dejando hablar...” (Macarena)

“Es muy raro que una mamá no intervenga nada, solo si es muy, muy tímida y ha venido sola. En general suelen intervenir y suele haber un clima agradable y de confianza.” (Eulalia)

“Yo creo que al principio un poco cortadas, porque nosotras no tenemos todavía mucha soltura. Luego la que ha venido ya embarazada y luego viene con su bebé, esas están más sueltas, esas son las que amenizan la reunión, porque ellas van sacando temas. Pero al principio es un poco cortante, sobre todo si vienen muchas mamás nuevas.” (Julia)

“Las que tienen un problema, empiezan a relajarse y a participar cuando solucionan ese problema. Mientras tienen dolor o un problema no comunican tanto, cuando ya lo han superado vuelven y les gusta hablar con otras madres.” (Consuelo)

“Nunca se les obliga a participar. Ha habido mamás que están tan hechas polvo a nivel psicológico, que no han podido ni presentarse, y no han hablado hasta dos o tres reuniones después de empezar, porque no se han sentido preparadas. Siempre ha habido un clima de respeto y concordia.” (Ester)

“Todas participan un montón; a lo mejor a alguna le cuesta un poco pero cuando ve que las demás se empiezan a apoyar entre sí, se suelta también.” (Emma)

“Sí, unas más que otras, pero sí suelen participar. (Teresa)

“Sí, suelen participar.” (Úrsula) (Noa)

Cuando se profundiza más en la participación y se pasa a hablar de implicación en el grupo, las valoraciones ya no son tan positivas; sólo tres mujeres hablan de una implicación alta. Se afirma que cuesta mucho encontrar mujeres que se impliquen activamente y asuman responsabilidades y las que lo hacen se implican, sólo temporalmente, hasta que sus hijos crecen. Tres mujeres hablan de que las madres se involucran en el grupo hasta solucionar su problema y luego ya no vuelven.

“El grado de implicación es muy alto. Yo creo que la implicación es muchísima, porque recibes más de lo que das y por eso necesitas estar ahí para recibir.” (Margarita)

“Pues, hay dos o tres que participan, pero muchas no participan. Llegan, solucionan su problema, vienen dos o tres veces, están a gusto, pero cuando se les soluciona su problema no vuelven.” (Pepa)

“Entre las madres que vienen a la reunión, lo que te he dicho, como suelen ser aves de paso, no llegan a estar muy abiertas. Las mamás vienen unos meses y cuando solucionan su problema dejan de venir. Excepto alguna mamá que si llega a implicarse y viene mucho. La mayoría viene mientras se le soluciona su problema. Eso sí, la gente que viene si participa.” (Alejandra)

“Si hablamos de implicación las madres se implican hasta una determinada edad; quizás es una etapa pasajera o cuando todo me va bien, a lo mejor ya no vuelvo y da pena, porque gente que podría aportar algo no vuelve; la verdad es que somos poquitas las que nos quedamos.” (Rebeca)

“No sé por qué cuesta mucho captar a las madres; porque ahora que hubo que hacer el relevo en la asociación no había gente suficiente y yo pensaba que no sé que ha pasado pero no hemos sabido coger a gente.” (Daniela)

La actuación más importante de los GALM consiste en las reuniones de madres. Éstas, suelen llevarse a cabo una vez al mes, y generalmente en locales públicos, preferentemente desvinculados del sistema sanitario. En ellas, independientemente de la preparación previa y grado de estructuración de la reunión, se comparten inquietudes comunes y se solventan dudas respecto a temas de LM y crianza, siendo los temas más habituales los problemas con las mamás, la alimentación complementaria, las dificultades en la instauración de la LM en los primeros días y la falta de apoyo socio familiar y de los propios profesionales sanitarios. Todos estos temas se abordan en un clima de respeto y confianza, en el que se intenta que las madres sean las verdaderas protagonistas y por tanto las que tomen sus propias decisiones de forma libre e informada. Aunque las responsables de los grupos muestran poseer formación

en técnicas de comunicación y asesoramiento, también manifiestan sus limitaciones y se reafirman en su papel de madres, no de profesionales.

El buen ambiente generado en las reuniones propicia que las madres se sientan a gusto y libres para expresar sus sentimientos y emociones, vivenciándose el respaldo del grupo y la necesidad de seguir reuniéndose. Las madres suelen participar, aunque cuando se habla de la implicación activa en el GALM, las mujeres comentan lo difícil que es encontrar personas que, de forma estable, asuman responsabilidades en el grupo, ya que la participación en un GALM suele ser temporal, mientras se mantiene el periodo de lactancia.

IX) RELACIONES ESTABLECIDAS EN EL GRUPO

Los GALM, se convierten, según más de la mitad las mujeres entrevistadas (13 casos), en grupos de amigas. En ellos se establecen fuertes y estrechos vínculos interpersonales, sobre todo entre las madres que asisten durante largos periodos de tiempo y entre las responsables de grupo. Esto se debe, según comentan algunas de ellas, a que en el grupo se comparten experiencias inolvidables y únicas, sobre todo en un momento, como es la etapa de la crianza, que se vive con gran soledad. Además, las mujeres se muestran más comprensibles y confiadas con otras mujeres con las que comparten una misma experiencia vital: la maternidad.

“Como madres que no se conocen al final se sienten unidas por el tema en concreto, y al final acaban hablando las embarazadas, las madres con hijos de la misma edad..., a mí me recuerda a eso a corrillos de amigas.” (Eulalia)

“Más bien ahora son como una reunión de amigas, porque la que quiere estar en el grupo viene con la mentalidad abierta y aquí es donde hablamos de las grietas, de las malas noches, de las ojeras, de las broncas; nos tomamos un café y es cuando cada una cuenta como le ha ido la semana” (Noa)

“Aquí, en realidad lo que se ha hecho ha sido un grupo de amigas.” (Daniela)

“Las relaciones que se crean aquí son unas relaciones tan fuertes que van más allá de la reunión, por eso el grupo crece. Las relaciones como decía antes son impresionantes porque se establecen unos lazos invisibles que te unen de verdad y te vas a tu casa sabiendo que no estás sola. Para una mujer cuando se convierte en madre es una experiencia única e irrepetible, entonces todos aquellos puntos de unión que tienes con otras madres se hacen fuertes. Están compartiendo posiblemente momentos que no se van a repetir cuando sus hijos se hagan mayores. Entonces con aquellas madres que conectas de verdad, que te sientes entendida, no te puedes separar.” (Margarita)

“Yo he hecho amigas en el grupo de lactancia, amigas que ahora son íntimas. Y ellas pues también, terminan siendo amigas.” (Macarena)

“Entre ellas hacen amistad, realmente una cosa que te llena una barbaridad. Además con el programa que tenemos de madrinas todavía está la gente más unida; antes era más con la que veías que tenía el niño de tu edad.” (Rebeca)

“A lo mejor sólo han ido una vez y no nos conocemos mucho, pero luego te ves por la calle y parece que te une algo, que es algo que hace amistad. Nosotras no nos conocíamos antes, pero de estar ahí, ha sido cuando nos hemos hecho amigas.” (Mar)

“Sí, se establecen muchas relaciones, porque a veces no soy realmente consciente en los primeros meses, pero luego sí me voy dando cuenta. En general hay un número de madres que si son muy asiduas, se hacen amigas” (Eulalia)

“Si se hacen relaciones de amistad. Yo soy muy amiga de las mamás del grupo en que yo trabajaba previamente y ahora mismo también comparto muchas experiencias con mis compañeras. Entonces sí que se crean lazos de amistad, y entre las madrinas y ahijadas también.” (Rosalía)

“Si, yo creo que es una relación que la vas a tener siempre, aunque hayas estado de paso y el hijo ya haya crecido.” (Paula)

“Si, si se generan. Tienes que tener en cuenta, que muchas de las mamás que vienen a la reunión trabajan fuera de casa, y se encuentran con una realidad muy dura, y es que mientras ellas están en casa cuidando de sus hijos, muchas de sus amistades siguen trabajando. Se han bajado del ritmo de vida que tenían antes, y ahora se encuentran muy solas, y muy poco integradas en la sociedad. Muchas veces el grupo de apoyo intenta suplir esa carencia y las integra en un grupo paralelo, no tienen que elegir. Cuando su grupo de apoyo tradicional no está disponible, si se puede integrar en un grupo que las va a apoyar y las va a arropar.” (Ester)

“Pues se hacen amigas, lo que pasa es que luego son amigas de una vez o dos al mes, y luego la vida te lleva por otros sitios. Pero se hacen amigas, yo he hecho amigas.” (Pepa)

“Cuando conoces a la gente de las reuniones y luego la ves por el pueblo, pues te paras, les preguntas. Pero relaciones más personales, no. Son relaciones de cortesía. Nosotras no solemos quedar mucho por los niños. Yo con la presidenta, si tengo más relación porque somos amigas.” (Alejandra)

“Si, nosotras tres, sí. Nos conocíamos muy poco, a penas de vista, pero al final, por motivo de esto, nos estamos cogiendo amistad.” (Julia)

“Muchas de las que estaban en este grupo también eran amigas; y el estar en esta asociación y en la sede en la que estoy porque son algo más que anónimas y yo me siento muy cómoda con ellas.” (Amor)

“Muy buenas. Cada una está dispuesta a dar algo y puedes llegar hasta donde quieras, puedes ir a dar una información pero puedes conseguir una amistad inquebrantable.” (Teresa)

“Pocas de las que han venido tenían previamente un vínculo personal.” (Noa)

“Empezando porque las que estamos desde el primer momento somos amigas, luego te cruzas con gente y..., la verdad es que llevamos muy poquito tiempo.” (Amelia)

Asimismo, los vínculos establecidos en el grupo, llevan a las madres a querer compartir momentos fuera del espacio de reunión. En este sentido, doce mujeres afirman que suelen quedar para ir al parque con los hijos, para pasear

o andar juntas, es decir, comparten otras actividades fuera de la reunión mensual. En un caso, se alude a la falta de tiempo como elemento que obstaculiza el que puedan verse más y, en dos casos, se alude al poco tiempo que llevan como GALM. Algunos grupos fomentan este tipo de encuentros organizando formalmente convivencias de madres y familias.

“Esto es vida y necesitas el apoyo día a día, entonces fuera de las reuniones nos vemos dos veces por semana en el parque. Nuestros hijos han crecido como amigos. Así que, claro que la gente queda fuera, se hacen amigas, hermanos de leche. Hay un mundo fuera de la reunión oficial.” (Margarita)

“De hecho salen amigas, quedan para ir a las reuniones, fuera se juntan en los jardines, para salir.” (Dorotea)

“Desde la asociación general, se intenta hacer convivencias, varias al año para que las socias se relacionen y de ahí salen relaciones de amistad.” (Macarena)

“Sí, se generan relaciones fuera de la reunión.” (Pepa)

“Esporádicamente, si que nos vemos fuera de las reuniones. Si eso sí.” (Mar)

“(…) y luego quedan fuera. Entre ellas hablan por internet, o quedan en el parque, e incluso se han generado grupos de amigas fuera del grupo, porque se han conocido en el grupo. No muchas, pero si tengo constancia de que ocurre.” (Eulalia)

“Sí, aunque depende de las épocas, esto depende de la coyuntura de cada sitio y cada momento. Hubo un momento, que nos juntábamos madres con mucha ganas de participar, e incluso quedábamos para hacer cosas juntas, e hicimos amistad.” (Carlota)

“Yo sé que ahora por ejemplo están saliendo a caminar. Han creado un grupo de paseantes, entonces se reúnen para salir a andar o salir al parque.” (Matilde)

“Sé que hay gente que queda los miércoles y viernes por la mañana en distintos sitios de Murcia, y el otro día me sorprendí porque resulta que un grupo de madres del grupo se han puesto a quedar espontáneamente los lunes por la tarde en Santo Domingo. Entre distintas madres, cuando están de baja maternal, pues van quedando y siguen ellas con el apoyo y la relación de amistad.” (Rosalía)

“Sí, entre las madres, porque nos llamamos, y quedamos.” (Evelyn)

“Pues, deben ser muy buenas porque sé que se ha creado un grupo que queda los lunes con sus niños. Yo cuando empecé a ir al grupo, también después de la reunión quedábamos para tomar algo o para ir al parque.” (Consuelo)

“Muchas quedan, no a lo mejor el primer día, pero cuando pasa el tiempo, quedan para ir al parque juntas, para comprar juntas. Cuando una mamá ya tiene un bebé, suele ser más comprensiva con otra mamá, si por ejemplo llega tarde, o no puede quedar ese día. Muchas veces esas relaciones apoyan más que el grupo de apoyo.” (Ester)

“La gente queda fuera de la reunión de modo semanal.” (Emma)

“Dentro del grupo hay compañeras que tienen un foro y quedan.” (Amor)

“Llevamos poco tiempo, entre nosotras sí; que no nos conocíamos, pero con las mamás todavía no; tampoco hemos hecho ninguna actividad aparte de esto.” (Isabel)

“Entre las madres que vienen más si se va haciendo amistad, pero tanto como quedar fuera del grupo, no. Quedamos para estas cosas: hablar de lactancia, organizar actividades, pero vamos todas muy liadas. No es porque no nos apetezca echar nuestro tiempo extra con las personas del grupo, es porque no hay tiempo.” (Úrsula)

Para terminar, podemos decir, que entre las madres que participan en los GALM, se establecen fuertes vínculos que, en muchos casos, desembocan en verdaderas relaciones de amistad, en las que se comparten momentos más allá de los organizados por el GALM.

CATEGORÍA 4.1. ORIGEN DE LOS GALMS

Descripción de las variables	Nº de casos
Rango: 1997- enero 2011	
- antes de año 2000	2
- 2000- 2002	1
- 2003- 2005	4
- 2006- 2009	6
- A partir de 2010	2
Iniciativa personal de una madre o grupo de madres	10
Iniciativa de profesionales de la salud	5
- profesionales de la salud que son a la vez madres lactantes	3
Bajos índices de LM y fracasos en la LM personales o del entorno cercano	7
Desconocimiento y falta de información de las madres y los profesionales	4
Falta de iniciativas de este tipo en la localidad donde viven las mujeres y la necesidad de acercar los grupos a las madres	5
Compartir los conocimientos adquiridos respecto a la LM ayudando a otras madres	4
Masificación de grupos cercanos	3
Implicación y participación de las mujeres en la difusión de la LM	1
Participación o contacto previo con iniciativas de promoción de la LM (grupos, foros, charlas, etc.)	3
Búsqueda de otras mujeres interesadas	6
Búsqueda de respaldo de profesionales sanitarios de la zona (matronas)	4
Petición de locales municipales	4
Difusión mediante carteles y folletos colocados en la calle u otros espacios públicos	3
Proceso de expansión y consolidación del grupo (aumento del nº de mujeres participantes y pertenencia a redes)	2
Falta de recursos	2
Poca participación de las mujeres	4
Falta de apoyos	1

4.2. FILOSOFÍA DE PARTIDA

Descripción de variable	Nº de casos
Apoyo mutuo entre mujeres/ madres lactantes desde la cooperación, la empatía y la solidaridad mutua.	13
Promoción de la LM y vivencia positiva de la misma	9
Respeto a la madre y a la toma de decisiones de forma libre e informada	6
Respeto al desarrollo del bebe y a la unión madre/ bebe	2
Crianza respetuosa, natural o crianza con apego	6
Asunción de ideales o principios establecidos por los grupos de referencia o grupos iniciadores de redes regionales, nacionales o internacionales.	4

4.3. PERTENENCIA A REDES DE ÁMBITO LOCAL, REGIONAL, NACIONAL O INTERNACIONAL: VALORACIÓN

Descripción de la variable	Nº de casos
Pertenencia a redes	
Redes de ámbito regional	7
Redes de ámbito nacional/ internacional	2
Grupos federados	12
Valoraciones positivas: ventajas	
Posibilidad de aunar esfuerzos y apoyarse entre grupos	6
Mayor visibilidad social y presencia mediática	6
Compartir e intercambiar información y conocimientos	4
Contar con más medios y más recursos	4
Llegar a más mujeres / gente	4
Respaldo y asesoramiento legal	2
Valoraciones negativas: inconvenientes	
Acatar normas y reglas establecidas	2
Mayor complicación (más tiempo dedicado y más responsabilidad)	2
Dificultades de coordinación	1

4.4. ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN

Descripción de la variable	Nº de casos
Se funciona de manera poco estructurada y organizada: <ul style="list-style-type: none"> - “a salto de mata”, “a lo que sale”, “sobre la marcha” - “como sabemos y podemos” - grupo informal y abierto 	6 3 2 1
Grupos con estructura y organización definida (explicada por las mujeres)	7
Aunque se pertenezca a una asociación más amplia, cada grupo tiene autonomía	2
Reparto de responsabilidades y trabajos, más allá de cargos establecidos	4
Una persona sola lleva el peso del grupo	2
Voluntariedad en la implicación y trabajo en el grupo	2
distintos grados de implicación en el grupo según cada momento	3
La implicación el grupo es pasajera como también lo es la LM	2
Importancia de potenciar la participación de las mujeres aprovechando los diferentes talentos	3

4.5. FINANCIACIÓN Y AYUDAS RECIBIDAS

Descripción de variable	Nº de casos
Cuotas de socias	2
Venta de libros y sacaleches	1
Venta de pegatinas, camisetas, carteles	2
Venta de lotería	1
Grupo con pocos gastos, no necesitamos mucho dinero	1
No se cobra a las socias	1
Cesión de los locales de reunión	4
Compra de libros, sacaleches, o pago de carteles y fotocopias (Ayuntamiento)	2
Subvenciones de: <ul style="list-style-type: none"> - Ayuntamientos - CCAA - Instituto de la mujer - Entidades privadas 	8
Subvenciones para cosas concretas (editar revista, actos de la Semana mundial, talleres, actividades en familia, etc...)	7
No hemos pedido ayudas	3
Pedimos ayudas al principio	1
Problemas en los últimos años para recibir subvenciones o para cobrarlas	7
Sólo te dan ayudas para organizar eventos/ sobre todo con prensa	2
Existe una falta de apoyo institucional	1

4.6. FUNCIONES

Descripción de variable	Nº de casos
Prestar apoyo, apoyo mutuo, apoyo emocional	12
Dar información/ formación a las madres	11
Información contrastada y de calidad	3
Promocionar y difundir la LM	9
Difundir y normalizar pautas de crianza respetuosa (colecho, sueño, papel del padre, etc.)	8
Normalizar y acercar la LM a la sociedad	5
Intercambiar experiencias, conectar a las madres	5
Ayudar a las madres	3
Solucionar dudas con la LM	3
Informar y formar a los profesionales sanitarios	2
Derivar a los profesionales sanitarios adecuados cuando hay problemas con la LM	2
Difundir y dar a conocer la labor de los GALM	1
Posibilitar que las madres decidan libres e informadas	1

4.7. ACTUACIONES

Descripción de variable	Nº de casos
Reuniones periódicas de madres	24
Apoyo telefónico	14
Apoyo domiciliario	8
Programa madrinas	3
Visita hospitalaria	4
Solución de dudas a través de foros en la web	6
Talleres y charlas y conferencias para las madres y público en general: <ul style="list-style-type: none"> - Sobre aspectos de LM - Sobre temas de crianza 	12
Charlas y cursos para profesionales sanitarios	4
Talleres en los colegios	4
Difusión de bibliografía y documentación sobre LM	3
Cursos de formación para monitoras de grupos de lactancia	2
Organización de actos público de la Semana Mundial de la Lactancia	10
Campañas de concienciación: <ul style="list-style-type: none"> - LM y trabajo - Seis meses de permiso de maternidad 	3
Elaboración y edición de materiales sobre LM (guías, revistas, folletos, carteles, etc.)	6
Presentación de los grupos en las clases de educación maternal o preparación al parto (APS)	5
Presentación del grupo en asociaciones o colectivos (centro de yoga,)	3
Publicidad a través de medios de comunicación (prensa, radio, TV...)	5
Actualización de blogs, páginas web, foros, etc.	6
Convivencias y encuentros para socias, madres y familias	7
Talleres lúdicos en familia	1
Tareas varias para sostener al grupo (reuniones, registros, petición de subvenciones, venta de objetos, etc.)	2

4.8.1. REUNIONES: TEMPORALIDAD Y LUGAR

Descripción de variable	Nº de casos
Una vez al mes	13
Dos veces al mes	2
Locales públicos del ámbito social <ul style="list-style-type: none"> - Centros socioculturales - Centros de la mujer - Centro joven - Hogar del pensionista - Edificio de usos múltiples 	11 5 3 1 1 1
Locales públicos ámbito sanitario	3
Locales privados/ lugar de trabajo	1
Problemas para encontrar local/ cambios de sitio	4
Búsqueda de locales públicos desvinculados del ámbito sanitario	2
Utilizar la calle, los parques y jardines	1

4.8.2. REUNIONES: ORGANIZACIÓN

Descripción de las variables	Nº de casos
Si, normalmente, se prepara un tema previamente	6
No hay un tema previo establecido, tema libre según las necesidades de las madres en ese momento	11
Antes si se preparaba un tema, pero como funcionaba, hemos ido cambiando conforme a las necesidades del grupo	8
Varios temas preparados, se escoge el que más se adapte a ese momento	2
Primero se presenta la monitora y explica en qué consiste el GALM	7
Una persona modera la reunión	2
Nos colocamos en círculo, con los niños más mayores en medio jugando	2
Ronda de presentaciones de las madres asistentes y exposición de lo que les trae a la reunión	12
No hay ronda de presentación, no daba tiempo, a algunas madres les daba vergüenza, las madres van llegando...	2
Se presenta un tema (preparado o que surge) y se opina	8
Se prioriza a las madres que vienen con dudas o problemas, madres nuevas y embarazadas	3
Las dudas/ consultas se dejan para el final de la reunión	5
A veces, nos separamos en dos grupos según necesidades	3
Llevamos material (libros, fotocopias, power point, etc.) sobre diferentes temas y material de apoyo (mochilas, bandoleras)	5
Se lleva registro de asistencia a la reunión/ acta	3
Intentamos que todas las mujeres se presenten pero, a veces, no da tiempo	2
No obligamos a ninguna madre a presentarse	1
Intentamos que ninguna madre se vaya con dudas	2
Intentamos ofrecer una atención más personalizada a las mujeres con problemas o dudas	1
Ahora, las reuniones se han quedado sólo para solucionar dudas	1
Mandamos mensajes para recordar la reunión	1
Nos sentamos entre las mujeres para no estar juntas	3

4.8.3. REUNIONES: TEMAS TRATADOS

Descripción de variable	Nº de casos
Problemas en las mamas	15
- Infecciones (hongos, mastitis,)	3
- Grietas	11
- Irgugitación mamaria	1
Los primeros días/ instauración de la LM	8
Introducción de la alimentación complementaria/ alimentos sólidos	15
Falta de apoyos y entorno hostil	9
Presión socio familiar	3
Presión por parte de los pediatras	6
Sueño infantil y LM nocturna y colecho	9
Incorporación al trabajo	5
Curvas de crecimiento, peso y crisis de lactancia	5
Problemas de enganche y posición para mamar	7
Normalidad en el número de tomas	3
Finalización de la LM/ destete	4
Importancia y beneficios de la LM	2
Otros temas de crianza (crianza en brazos, porteo, pañales, rabietas, papel del padre, etc.)	5

4.8.4. REUNIONES: ESTRATEGIAS COMUNICATIVAS Y EDUCATIVAS UTILIZADAS

Descripción de variable	Nº de casos
Escucha activa (saber escuchar a las madres, devolverle sus preguntas, confirmar lo que nos está diciendo)	14
Nunca dar consejos, informar, dar diferentes opciones, pero que sea la madre la que decida, la que encuentre la solución	15
Respaldarte siempre en información avalada por la comunidad científica	6
Adaptar la información a cada caso, dar información sencilla y sin tecnicismos	3
Respeto (no juzgar a la madre, ni lo que diga, no responder con frases que empiecen por "no")	5
Empatía/ ponerte en su lugar, reconocer sus emociones	4
Utilizar la comunicación no verbal (gestos de ternura, mirar a los ojos al hablar, etc.)	2
Usar el contacto físico, la cercanía (siempre pidiendo permiso)	2
No acaparar la reunión, dar protagonismo a todas las madres (no es una clase, ni un taller de lactancia)	3
Acordarte del nombre de cada madre y de cada bebe	2
Dedicar tiempo individualizado a las madres que lo necesiten (dudas, problemas, presiones, etc.)	2
Utilizar la comunicación no violenta (no presionarlas)	1
Utilización de soportes gráficos, visuales de apoyo (libros, artículos, presentaciones de power point, internet)	1
Estamos formadas, intentamos y necesitamos formarnos en consejería, técnicas de comunicación, asesoramiento, técnicas de ayuda, etc.)	8
Tenemos limitaciones porque no somos profesionales	3
No sabemos más de nuestra propia experiencia	6
No tenemos estrategias acordadas, cada una las suyas de forma inconsciente	3
Dificultades para llegar o ayudar a algunas madres o cuando las reuniones están muy masificadas	2

4.8.5. REUNIONES: CLIMA Y PARTICIPACIÓN DE LAS MADRES

Descripción de variable	Nº de casos
Bueno, muy bueno, genial	5
Agradable/ de bienestar	3
Confianza	6
Respeto	3
Ternura/ calor humano	3
Distendido y festivo	3
Tranquilidad	2
Participativo	
Energía positiva	1
Las mujeres salen de la reunión contentas y agradecidas	6
Las mujeres repiten, vuelven a la siguiente reunión	2
En la reunión se muestran emociones (llanto) y se comparten cosas íntimas/ personales	4
Se hace más tarde de la hora de salida	1
Piden reunirse con mayor frecuencia	1
Las mujeres comparten una misma visión/ experiencia (mente más abierta)	6
Mejor clima en grupos con pocas personas (mas personal)	3
A veces clima negativo, frustrante	1
Reuniones participativas	10
Participan mas una vez que tienen los hijos, las mujeres embarazadas menos	1
Se participa mas conforme avanza la reunión	2
Participan cuando están bien, cuando han solucionado su problema y llevan varias reuniones	2
En los grupos pequeños es más fácil que participen todas	1
Es raro que una madre no hable	1
Implicación muy alta de las mujeres	3
Se implican hasta una determinada edad del bebe	1
No se implican, cuando solucionan su problema n o vuelven	3
Cuesta que las madres se impliquen y asuman responsabilidades	1
Menos implicación de las mujeres derivadas de la matrona	1

4.9. RELACIONES ESTABLECIDAS EN EL GRUPO

Descripción de variable	Nº de casos
Se establecen relaciones de amistad <ul style="list-style-type: none"> - Sobre todo las que más repiten - Entre las responsables de los grupos - Entre madrina y ahijada - Ya eran amigas antes del grupo 	13 1 2 2 2
Se establecen fuertes y estrechos vínculos/ lazos	4
Las relaciones son de cortesía	1
Las relaciones van más allá del grupo	1
Las madres quedan fuera de la reunión	12
La asociación intenta fomentar las relaciones con convivencias	1
Llevamos poco tiempo y todavía no ha sido posible	2
No nos vemos por falta de tiempo	1
Con las madres del grupo compartes momentos y experiencias que te unen de verdad	1
Es más fácil la relación con otra madre (mas comprensión)	1

CATEGORÍA 5: INFLUENCIA DEL GALM EN LA SALUD Y EL BIENESTAR

SUBCATEGORÍAS

I) INFLUENCIA EN LA SALUD Y BIENESTAR DE LAS MADRES

Cuando se les pregunta a las mujeres, si consideran que el GALM contribuye a la salud y al bienestar, y en definitiva a la calidad de vida, de las madres que participan en él, la inmensa mayoría contesta positivamente (19 casos), destacando algunas de ellas (5 casos) la contribución del grupo a la salud mental y emocional de las madres. Además, tres mujeres nos hablan de los beneficios que la LM prolongada, aspecto que favorece el grupo, tienen para la salud física de las mujeres, demostrados por diversos estudios científicos⁸⁰, pero desconocidos muchas veces en la cultura popular.

“Sí; en el bienestar, seguro, porque necesitan esa seguridad, aunque todo vaya bien. En la salud seguro que también porque cuanto más consigamos que prolonguen la lactancia mejor. Sí influye, en la salud y en el bienestar de la madre y del bebé, de los dos” (Eulalia)

“Totalmente, y no solo por la lactancia. Yo creo que al disfrutar de la lactancia y de la crianza de nuestros hijos y ver las cosas con naturalidad, las madres lo ven y disfrutan ellas también; se contagia un poco esa manera de criar y disfrutar con la crianza. Entonces eso es salud, pero salud emocional sobre todo.” (Rosalía)

“Yo creo que sí. Es también salud mental. Los beneficios para la madre se conocen menos: prevención del cáncer de pecho, de la obesidad, la segregación de oxitocina produce tranquilidad. El grupo lo que les aporta es salud mental, salen más relajadas, y eso repercute en el bienestar del niño.” (Consuelo)

“Yo pienso que sí, porque a ti te queda la tranquilidad de que te han resuelto una duda o cierto agobio que tenías en ese momento. Te vas a casa más tranquila y eso influye en la calidad de vida.” (Paula)

“Por ejemplo: vino una mamá que no sabía darle el pecho a su bebé nada más que sentada en una mecedora, y fuimos a su casa y le enseñamos. Yo creo que ganó calidad de vida dándole el pecho. No descansaba nada. Nos llamó a agobiada porque no se le enganchara bien; claro, tenía los brazos muy tensos. Fuimos poco a poco enseñándole otras posturas. Hay de todo, a algunas le supondrá bienestar y a otras no.” (Julia)

⁸⁰ Uno de los secretos mejor guardados acerca de la lactancia es que es tan sana para las madres como para los bebés. No sólo permite que la lactancia sea una continuación del proceso que se inició con la concepción y el embarazo, sino que proporciona enormes beneficios para la salud materna, a corto y largo plazo. Los efectos, documentados, están esbozados en un resumen de [Breastfeeding Annual International](#) (2001), y publicados por Dermer (2002) y Ruiz García (2011).

Al describir lo que, concretamente, el GALM aporta a cada mujer, contribuyendo así a su salud y bienestar, existe un amplio consenso; dieciocho casos nos hablan de confianza y seguridad en sí mismas, en su capacidad de amamantar, y en consecuencia, de una mayor fortaleza ante las presiones sociales, familiares y sanitarias, disminuyendo la influencia de modas o estereotipos socioculturales (10 casos).

“Confianza, apoyo y seguridad. Seguridad de que lo están haciendo bien. Muchas veces se sienten solas, porque la mayoría de la gente no está amamantando y con todo el cariño del mundo, la madre, la suegra, la vecina, todo el mundo les bombardea con que ese niño se queda con hambre y le hacen dudar. Si esa madre no está formada o informada le hacen dudar.” (Dorotea)

“Yo creo que aporta seguridad, y la certeza de que están haciendo las cosas bien.” (Macarena)

“Los niños necesitan una madre que haga lo que el instinto le manda, no lo que le dicte la sociedad, por las modas que estén de turno en ese momento.” (Margarita)

“Principalmente les aporta seguridad. La seguridad que no encuentran en la familia, o en los profesionales sanitarios; cada uno les dice algo distinto y eso les genera mucha inseguridad y muchos miedos. Les aporta seguridad y la sensación de no sentirse un bicho raro porque la sociedad no las apoya, y a veces en la familia o en su círculo de amigas son ellas las únicas que dan pecho. En el grupo se dan cuenta de que no están solas, que hay más gente haciendo lo mismo.” (Eulalia)

“La madre tiene más confianza para hacer lo que está haciendo, de que por naturaleza puede dar el pecho y de que si otras madres lo han hecho, ellas también pueden.” (Alejandra)

“Confianza en sí mismas, que creo que es lo más importante.” (Julia)

“Confianza y seguridad a la hora de saber que están haciendo algo bien y que pueden hacerlo.” (Emma)

“Yo creo que para lo que más servimos es para el tema de la presión social. La gente allí vuelve a coger fuerzas; ha estado un mes en su casa machacada por la vecina, por la abuela; allí llega y ve un montón de gente en su misma circunstancia y entonces se crece y coge fuerzas para seguir.” (Rebeca)

“Sí, yo creo que las madres tienen una seguridad en sí mismas que de otra manera no tendrían. Yo creo que el grupo da el apoyo para saber qué es lo que quieren no lo que te dicen; y a partir de ahí lo desarrollas de cara a tu madre, de cara a tu suegra, de cara a tu vecina, de cara a tu marido. Creo que pueden sentirse arropadas y sobre todo pueden quitarse la careta, los estereotipos, etc.” (Amelia)

“Yo creo que aporta confianza en lo que estás haciendo.” (Noa)

“Tranquilidad y confianza en que ellas puedan salvar la situación. Creerse que son capaces.” (Úrsula)

“Ante las presiones de cuándo le vas a quitar la teta, encontrar una persona que te apoye (...) Esta muchacha que te acabo de comentar que llegaba preocupada y desmoralizada porque no tenía el apoyo de su marido y de su suegra, y ella no estaba muy decidida, terminó pensando: los que están equivocados son ellos no yo.” (Daniela)

También se menciona la tranquilidad y serenidad que aporta el grupo (10 casos) disminuyendo el estrés que producen los primeros meses de lactancia, gracias al refuerzo y respaldo del GALM (13 casos) y a poseer mayores conocimientos e información contrastada (9 casos). Todo ello contribuye también a una mayor capacidad de elección de las madres (5 casos) y, por ende, a un mayor control y protagonismo en la etapa de crianza y, en general, en sus vidas (3 casos), aportando cierta flexibilidad ante protocolos sanitarios y estándares de normalidad (3 casos).

“Pues apoyo y gente que piensa igual que ellas; entonces se sienten respaldadas, apoyadas. (Matilde)

“A las mamás nada más con calmarlas y relajarlas ya les estás haciendo un mundo. Se relativiza mucho el problema que ellas ven que a lo mejor no es tal.” (Rebeca)

“Claro; cuándo una madre viene muy nerviosa, muy presionada y sin ideas claras, repercute negativamente a la hora de amamantar y cuando se va más serena, más segura de sí misma y de que lo que está haciendo es lo que tiene que hacer, eso le da una tranquilidad que les beneficia (a la madre y al bebé), porque ahí es cuando empiezan a disfrutar lo que es una lactancia.” (Teresa)

“El hablar, el desahogarse, el respetar su opción y decirles que las tienen que respetar con su opción. Esa intoxicación que sentimos, que nos invaden desde fuera, que no nos dejan ser ni siquiera nosotras mismas. Pues eso, tranquilidad, porque necesitas esa inyección de lactancia para continuar, ver que no estás sola, que hay muchas más madres.” (Evelyn)

“Desde el momento en que tu a unas madres les devuelves las riendas de su crianza y se sienten seguras, empiezan a sentirse fuertes, tienen la información, y no importa que alguien con bata blanca les diga que lo están haciendo mal. Ellas tienen información basada en la evidencia; que profesionales formados en lactancia materna están diciendo eso. Ellas vuelven a retomar las riendas de la crianza y alimentación de sus hijos y al sentirse seguras, saben que lo que hacen está bien, que su hijo se está criando de forma adecuada, sana y feliz, y por tanto ellas son felices también.” (Macarena)

“Sobre todo seguridad; porque es difícil ver otras madres criando, a lo mejor hay alguien en la familia, pero siempre hay diferentes formas de crianza. Por lo menos que se den cuenta de que pueden elegir, de que no hay un patrón marcado y haces eso o te estás equivocando. Muchas veces se piensan que están un poco solas, que no hay nadie; y el hecho de juntarse un ratito con otras madres, de sentirse libres para dar el pecho, yo pienso que les ayuda mucho.” (Mar)

“Es una forma de crianza diferente: se obtiene mucha información, te lo explican todo bien fundamentado para que tu luego puedas elegir. Se ven otras formas, y si quieres las tomas.” (Carlota)

“Información e intercambio de información, para desdramatizar ciertas normas rígidas, porque cuando vas al pediatra te da una lista: a los cuatro meses la pera, a los cinco..., a los quince días tiene que hacer tantos pipis, porque hay un protocolo. Entonces las madres están muy obsesionadas con el concepto del niño normal, y el niño normal es cualquier niño sano. Aporta flexibilidad, yo creo que la palabra es flexibilidad.” (Consuelo)

“Yo creo, que les hace ver, que ellas llevan el control de su vida, y que no tienen por qué mirar a otras personas para pedir permiso para hacer lo que ellas quieren. Ahora mismo, en nuestra sociedad, por el tipo de educación que hemos recibido, en relación a la lactancia materna y a la crianza, siempre estás con un ojo puesto en el médico, para que te dé su consentimiento, para poder hacer lo que tu instinto realmente te pide. Nosotras devolvemos la confianza a la madre, para que sea ella la que realmente asuma la responsabilidad, tanto si decide bien, como si decide mal. Devolvemos de nuevo a la madre la responsabilidad de poder decidir por ella misma.” (Ester)

También se considera que la participación en el GALM aporta felicidad/alegría (4 casos), posibilidad de seguir sus propios instintos, de dejarse llevar por lo que sienten (3 casos), autoestima, comodidad, y enriquecimiento personal.

“La autoestima también mejora por el apoyo y el ánimo que encuentran en las reuniones.” (Alejandra)

“Yo he notado que las mamás que vienen al grupo tienen menos miedo de ser felices, parece raro, pero es real.” (Ester)

“Lo que habitualmente consigues es que la madre, se ponga de acuerdo con su instinto; es muy duro pensar que tengo el instinto de que quiero coger a mi hijo en brazos, pero por otro lado pensar que lo voy a mal criar y eso crea una inquietud. Creo que a las madres les beneficia psicológicamente en cuanto que se les da pie para ver lo que en realidad sienten y a dejarse llevar por lo que sienten”. (Rebeca)

Tres mujeres hablan de la constatación de que el grupo influye positivamente en el bienestar de las madres, porque estas se sienten agradecidas y así se lo hacen saber. Otra de las mujeres comenta la dificultad que existe para valorar y hacer un seguimiento a medio y largo plazo de la contribución que hace el grupo a la salud y bienestar de las mujeres que participan poco tiempo en él.

“Luego vas por la calle y las madres te dan las gracias. Te saludan con alegría, incluso aunque hayan fracasado con la lactancia y no sigan adelante.” (Pepa)

“Claro que influye en su bienestar; muchas madres te lo dicen: “menos mal que vine aquí”, “gracias a ti”..., también te lo dicen por teléfono.” (Carlota)

“Yo considero que sí influye, pero no vemos la constancia, porque como no tenemos mucha relación fuera, ni hacemos un seguimiento de las madres, no sabemos en qué grado ha influido o no. Pero yo creo que sí, porque algo de provecho tienen que encontrar cuando se lo recomiendan a otras madres.” (Alejandra)

Como vemos, existe un amplio consenso en relación a la influencia que los GALM tienen en la salud integral y el bienestar de las madres, aportándoles sobre todo seguridad y confianza en ellas mismas, serenidad y capacidad de

elección; es decir, les aporta una mayor libertad y control sobre su salud y la de sus hijos, al margen de imposiciones socioculturales o sanitarias. Estos aspectos se relacionan claramente con el concepto de calidad de vida entendido, no solamente como el reflejo de un juicio global sobre las expectativas y aspiraciones realizadas en varios dominios del espacio vital, sino también y sobre todo en función de los recursos de los que disponen los individuos (madres) para poder controlar y dirigir conscientemente sus vidas y las de sus hijos (García, 2009). Según las mujeres entrevistadas, los GALM, partiendo del acompañamiento, el apoyo y de la formación, aportan satisfacción y protagonismo a las madres respecto a la LM, a su salud y al cuidado de sus hijos, por ello podemos considerar a los grupos como importantes herramientas de promoción de la salud.

II) INFLUENCIA EN LA SALUD Y BIENESTAR DE LOS BEBES Y DEL ENTORNO FAMILIAR

Al preguntar por la influencia del GALM en la salud y bienestar de los bebés, también existe un amplio consenso, ofreciendo todas ellas respuestas positivas al respecto. De las dieciocho mujeres que aportan información sobre esta categoría, once afirman que el grupo contribuye a un crecimiento sano y completo, y seis de ellas relacionan la participación en un GALM con una crianza feliz.

“Además lo confirmo. El resultado son bebés sanos, felices, e independientes. Son niños sanos física y emocionalmente, y ese es un valor altísimo.” (Margarita)

“Que su hijo se está criando de forma adecuada, sana y feliz. Tendrán menos enfermedades.” (Macarena)

“Las madres se sienten contentas y felices de ver a sus hijos crecer sanos y felices.” (Dorotea)

“Una buena crianza y buen apoyo no es sólo para los primeros meses de vida sino que el vínculo que puedas tener con tu hijo es para siempre.” (Paula)

“Tenemos niños más sanos. Se está creando un ambiente de crianza menos artificial del que se estaba dando hasta ahora. Porque al final, en la mayoría de los casos la lactancia materna influye en unos valores distintos a la hora de criar a los hijos, y esos valores están demostrando ser más positivos que los que se estaban transmitiendo.” (Ester)

Se destacan dos aspectos que contribuyen a ello. Por un lado, se considera que la contribución que el GALM hace al bienestar de las madres

repercute claramente en el bienestar de los bebés (6 casos), favoreciendo la relación y el vínculo madre- hijo (4 casos).

“A los bebés lo que más les aporta es una oportunidad de que sus madres estén serenas; hasta los tres años, es lo que los bebés necesitan.” (Margarita)

“El grupo (a las madres) lo que les aporta es salud mental, salen más relajadas, y eso repercute en el bienestar del niño.” (Consuelo)

“La relación con su hijo es mucho mejor porque está menos estresada, descarga menos con el bebé y por tanto se benefician los dos. Ellos necesitan mamás sanas emocionalmente y si se la podemos dar, pues mucho mejor.” (Amor)

“Cuando se va más serena, más segura de sí misma y de que lo que está haciendo es lo que tiene que hacer, eso le repercute en el niño directa e indirectamente.” (Teresa)

“Pues están más tranquilos; al notar que su cuidadora principal está más tranquila pues ellos también.” (Noa)

“Yo creo que si una madre está con su hijo y lo amamanta, o no lo amamanta pero está con su hijo sin miedo a malcriarlo, a cogerlo en brazos, a dormir con él, eso hace que la madre esté relajada y el niño está relajado, está recibiendo amor.” (Pepa)

“Yo creo que al ser la madre más segura, su hijo recibe esa tranquilidad que es lo más importante; el hecho de que tú puedas enfrentarte a una crisis del cólico del lactante sabiendo que en tres horas se va a pasar te arma de paciencia y esperas que pase.” (Amelia)

Por otro lado, se habla del papel del GALM como promotor de lactancias maternas prolongadas, destacando los beneficios para la salud del bebé, no sólo en su dimensión física (prevención de enfermedades) (3 casos), sino también, y sobre manera, en su salud emocional (6 casos), afirmando que una LM prolongada, junto a los modelos de crianza asociados a ella, genera niños más equilibrados, seguros de sí mismos, independientes y sociables.

“Sí, porque son niños que crecen sanos, que no se ponen malos y que psicológicamente se benefician de lo que aporta la lactancia materna.” (Dorotea)

“Lógicamente cuanto más tiempo estén dando el pecho, mejor para la salud de ellas y la de sus bebés.” (Matilde)

“No es sólo salud física; la lactancia materna no hay que darla sólo por prevenir enfermedades, aunque sea un medicamento para los prematuros. Yo creo que la lactancia materna es salud emocional para nuestros hijos y para nosotras, para el futuro.” (Rosalía)

“Para el niño, está claro; no voy ahora a enumerar los beneficios para la salud del bebé de la lactancia materna. Nosotras hemos oído muchas veces: con mi primer hijo, al que sólo le di pecho dos o tres meses, todo eran catarros, y con este sólo he ido a las revisiones del niño sano.” (Consuelo)

“Yo imagino que sí, porque una lactancia materna más o menos prolongada, promueve una buena salud del niño. Hay un tipo de contacto diferente con el niño con lo cual hay menos problemas de tipo psicológico.” (Emma)

“Yo tengo muy claro que la lactancia materna es lo mejor para un bebé. Esto lo tengo muy claro. Los bebés están de otra forma porque los ves más felices, más sanos y la alimentación complementaria ha sido muy fácil.” (Amor)

“Creo que sobre todo es bueno para el niño, porque habitualmente conseguimos lactancias más prolongadas. (...) Sinceramente creo que son niños mucho más sanos, que saben que sus demandas son atendidas; creo que la lactancia finalmente acaba cambiando hábitos de crianza. Y si hablamos de la salud, a las pruebas me remito, mi hija de cuatro años y medio no ha tomado un antibiótico en su vida.” (Rebeca)

“Creo que recibir amor hace que luego, cuando seas una persona adulta, vas a saber relacionarte más con la gente.” (Pepa)

Diez mujeres comentan, además, los beneficios que la participación en el GALM aporta a la familia, no sólo por la comodidad que supone la LM en la vida familiar, sino también de la consideración de que, cuando las mujeres se sienten más seguras de sí mismas y serenas, se favorecen las relaciones familiares (6 casos) y mejoran la comunicación y las relaciones de pareja (2 casos). Además los GALM contribuyen a una mayor comprensión por parte de la familia de los beneficios de la LM, disminuyendo así los conflictos y presiones en torno a la crianza de los hijos (2 casos).

“Yo creo que influye muchísimo, entre otras cosas, porque la madre entiende el por qué de lo que le está pasando y consigue explicarle a su familia lo que le está pasando. Familias que en un principio están en contra y desconfían, sobre todo por desconocimiento general, por abuelas que no han amamantado, acaban siendo activistas de la causa, porque ven la contundencia. A cualquier abuela de estos niños no hace falta que le expliques los beneficios de la teta porque lo están viendo.” (Margarita)

“En el bienestar de la familia también porque en el momento que la mujer está bien puede empezar a comunicarse con su pareja, o puede decirle a su madre o a su suegra o a sus hermanas, que es eso lo que quiere hacer, que está segura. Creo que cuando ella se siente bien y segura con lo que hace, las demás personas empiezan a respetar su decisión y a verla feliz.” (Macarena)

“En el núcleo familiar también, porque al final, si la madre y el bebé están bien, todos los que le rodean, y si tienen otros hermanos, también.” (Eulalia)

“Crea unas buenas relaciones padres e hijos, que se establecen desde el principio.” (Rosalía)

“Y para el papá, mejora el no tener que levantarse por las noches para hacer un biberón; es más cómodo.” (Alejandra)

“Yo creo que para la familia, cuando todo está establecido (la LM), y sobre todo para los padres, la teta es lo mejor del mundo. Ellos saben que cuando el niño llora son muchos menos llantos y el niño es mucho más tranquilo, mucho más seguro y todo eso en una familia se nota una barbaridad.” (Rebeca)

“Cuando una madre se tranquiliza y llega a casa con las ideas más claras hay otro clima, otra forma.” (Teresa)

“Yo creo que al irse la madre más tranquila, influye en la familia. La madre es el pilar de la familia, suena un poco antiguo, pero es lo que es. Al estar la madre más tranquila y más confiada la familia también lo está.” (Noa)

“También; porque el que la madre y el bebé estén bien repercute en la familia.” (Úrsula)

Por otra parte, y contrariamente a éstas valoraciones, dos mujeres opinan que la participación en un GALM puede generar también conflictos familiares cuando no hay un consenso en las decisiones respecto a la LM y la crianza. En relación a la participación de los padres u otros miembros de la familia en las reuniones de grupo la información es contradictoria: por un lado se habla de la participación de padres y abuelas y por otro lado una mujer nos comenta que esa participación debería ser mayor⁸¹.

“Pero es verdad, que también ha habido bastante debate, porque no siempre con la familia directa, entre mujer y marido, ha habido ese consenso, y entonces se crean ciertos conflictos internos en la pareja.” (Ester)

“La familia también; quizás yo echo de menos que vengan más papás a las reuniones; porque aunque el peso de la crianza es de las mamás, lo ideal sería que fueran a las reuniones con sus maridos; algunas lo hacen pero no es lo habitual.” (Amor)

“Además vienen muchos padres a la reunión. También el resto de la familia, van algunas abuelas y se lo pasan muy bien.” (Eulalia)

Por tanto, la participación en un GALM no sólo repercute en la salud y el bienestar de las madres y sus bebés, sino que, generalmente, también contribuye al bienestar familiar. Los beneficios de la LM abarcan a toda la familia favoreciendo procesos de crianza más cómodos y emocionalmente saludables. Además, el proceso capacitador en salud que generan los GALM en las mujeres que participan en ellos contribuye a la salud familiar.

III) INFLUENCIA DEL GALM EN EL ENTORNO SOCIAL

De las veintiuna mujeres que han comentado la influencia que el GALM tiene en el entorno social donde desarrollan su actividad, diecisiete de ellas realizan valoraciones positivas, llegando a afirmar (7 casos) que la actividad del

⁸¹ Según datos de los registros de la observación participante de 25 reuniones de los grupos, sólo en 9 reuniones había presencia de familiares o amigos que acompañaban a las madres y sus bebés. En total se recoge la participación de 14 acompañantes, 8 eran la pareja/ marido, 4 eran madres y 2 eran amigas.

GALM contribuye a crear una sociedad más sana en todas sus dimensiones, promoviendo un futuro mejor para sus ciudadanos; supone, además, un movimiento de personas que trabajan por el cambio (1 caso), y son testimonio de una forma diferente de crianza. Según cuatro de las mujeres se fomenta la crianza de niños sanos física y emocionalmente, que en un futuro serán adultos sanos, sin carencias de ningún tipo.

“Yo creo que sí influye en la salud de la comunidad, porque genera un movimiento de personas convencidas con una pasión, y ese es un motor muy potente, genera gente con ganas de cambiar las cosas y que no se conforma. Lo que sembramos ahora lo cogerán ellos. Son niños sanos física y emocionalmente, y ese es un valor altísimo. Serán los adultos del mañana y las carencias que no han tenido, se quedan grabadas.” (Margarita)

“Yo pienso que los niños que están recibiendo amor desde pequeñitos, luego van a ser mejores personas.” (Pepa)

“Yo pienso que sí; que la lactancia evita muchos problemas y es un bienestar para todos.” (Carlota)

“Pues yo creo que sí, porque si tenemos niños más sanos, es el futuro de una sociedad más feliz y más sana en todos los sentidos; de prevención de violencia, y de muchas más cosas.” (Rosalía)

“Si una mamá refuerza lo que tiene claro y luego libremente sale a la calle y no es que promueva, sino que sin ningún tipo de pudor ni miedo, alimenta a su hijo donde tenga que hacerlo, ya es un testimonio. Yo creo que el hecho de sacarlo a la calle y que lo vean ya es un beneficio. Tenemos bebés más felices, y eso redundará después en el bienestar psíquico del adulto; según como tratemos a un bebé tiene más posibilidades de salir con problemas más adelante. Todo esto es inversión de futuro.” (Amor)

Otro aspecto importante, señalado por las madres, es la contribución directa que los GALM han realizado en mejorar las tasas de inicio y mantenimiento de la LM, así como las tasas de LM prolongadas. Sobre este aspecto, dos de las mujeres comentan la dificultad de medir el impacto y los beneficios del grupo más allá de las madres que directamente participan en él, y por ende de la necesidad de realizar estudios al respecto⁸².

“Es difícil de valorar. Es verdad que están dando lactancia materna muchas más madres, que se está tejiendo una red de madres, e incluso fuera del grupo. Sí que creo que las tasas de lactancia están aumentando, y aunque es una labor de todos, el trabajo a pie de calle es muy importante. Lo que se hace en el hospital es relevante, pero allí están muy poquitos días, y al final lo importante es lo que está al lado de casa.” (Eulalia)

⁸² La OMS en su documento Pruebas Científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural (1998), menciona la necesidad urgente de realizar estudios que analicen con mayor detalle el potencial de los grupos de madres y de las promotoras de lactancia comunitarias.

“Yo creo que influye, pero que nadie lo reconoce. Yo creo que hay más madres dando el pecho, ya sea por nosotras o por los consejos de otra gente, o porque hay más información de la lactancia.” (Alejandra)

“Creo que sí tiene una influencia, porque según el centro de salud estamos dando mucho la lata, las madres van muy bien informadas y no se dejan influir tanto por información que no sea la correcta. Además, el coordinador médico me ha comentado que las tasas de madres lactantes ha aumentado mucho, y también la duración de las lactancias ha aumentado.” (Matilde)

“La verdad es que no hemos hecho ningún estudio aquí en el barrio; además aquí vienen muchas mujeres que no son de esta zona de salud. Yo no sé si, desde que este grupo está aquí, han aumentado las tasas de lactancia o la duración. No sé si los profesionales de la salud habrán hecho un estudio.” (Macarena)

“(…) pero no se pueden cuantificar los beneficios y nunca se sabe cuáles son los beneficios dentro y fuera del grupo. Hay gente que no se apoya en el grupo pero se apoya en otras personas que sí han ido.” (Daniela)

Como consecuencia del fomento de la LM y la crianza natural, la actividad del grupo también tiene un impacto económico y ecológico. Las mujeres hablan de la disminución del gasto sanitario (3 casos), de la disminución del consumo de fármacos (4 casos), y de la menor producción de residuos y el menor consumo de productos infantiles (5 casos). También se habla del impacto de la LM y, por tanto, de la actividad de los GALM en la realidad laboral, ya que se producen menos bajas laborales por enfermedad de los hijos y se consigue una mayor productividad de las madres (5 casos).

“Si no tienes que pasar por la farmacia a comprar artículos de lactancia artificial se ahorra muchísimo dinero y si el niño está más sano hace que el gasto sanitario también se reduzca.” (Amor)

“Yo creo que sí, porque esos niños van a crecer equilibrados, no se ponen malos tan a menudo y van a gastar menos médicamente. En un trabajo van a estar bien. Yo creo que aportamos bastante.” (Dorotea)

“Bueno, los beneficios que todos conocemos para ellas y para sus hijos: tendrán menos enfermedades y eso tendrá una influencia social. Menos residuos de basuras, menos gasto..., bueno a lo mejor las farmacias están algo más tristes.” (Macarena)

“Yo creo que sí puede influir, pues una vez que hay un niño sano, tenemos menos consumo de medicamentos y esto irá pasando de generación en generación; de momento no tenemos grandes pretensiones pero yo creo que sí.” (Isabel)

“Mucho también; porque los beneficios de la lactancia materna ya son sabidos. En el entorno, es muy ecológica la lactancia materna.” (Úrsula)

“Por otra parte, están los beneficios directos económicos, de menos enfermedades que pueda suponer para la sociedad y para la comunidad. Las enfermedades también tienen un desgaste familiar, de faltas en el trabajo de los padres, entonces de esos niños más sanos se beneficia todo el entorno, y de todo tipo.” (Rosalía)

“Pues, como nos movemos en un mundo más sano y ecológico, porque gastamos menos electricidad, se consume menos, gastamos menos medicamentos, vamos

menos al pediatra, entonces yo creo que es positivo. ¡Ojalá los pediatras se quedaran sin trabajo porque hubiera muchos niños sanos, que se engancharan a la teta!” (Evelyn)

“Al tener madres más felices, tenemos madres más productivas. Al tener niños más sanos, tenemos niños que generan menos gasto al sistema sanitario. Está demostrado que las mamás lactantes tienen menos absentismo laboral, causando menos pérdidas a los empresarios, aunque pueda parecer lo contrario. Se está creando un ambiente de crianza menos artificial del que se estaba dando hasta ahora. Todo eso está influyendo a la larga, no a corto plazo, sino a medio y largo plazo en la sociedad.” (Ester)

“Una buena salud del niño, evita las bajas de los padres porque el niño se pone menos malo.” (Emma)

“Tiene importancia a nivel económico para el país, para el Estado.” (Amor)

“(…) y eso evita las bajas de los padres porque el niño no se pone malo.” (Emma)

Por último debemos mencionar las limitaciones que las mujeres sienten para llegar a todos los sectores de la sociedad, y modificar conductas sociales a gran escala, sobre todo para las mujeres que pertenecen a grupos más pequeños o aislados (5 casos).

“Yo quiero creer que sí, aunque sea a pequeña escala, aunque sea a un grupo reducido, pero creo que es positivo.” (Mar)

“A lo mejor en eso soy un poco pesimista. Igual como sanitario tengo otras percepciones. Yo por ejemplo en la localidad donde estamos, creo que las mamás han tejido una red muy importante, pero no sé hasta qué punto hemos podido tener el poder de modificar conductas en la sociedad. No hemos tenido una influencia tan grande, como nos hubiera gustado. Sí hemos tenido divulgación, porque mucha gente, aunque solo sea de refilón sabe que hay algo de madres. Puede que hayamos cambiado algo, quiero pensar que sí, pero no sé hasta qué punto hemos influido en una población tan grande.” (Eulalia)

“Muy poquito, pero bueno. Esto es como la playa: un granito de arena. He llegado a la conclusión de que esto es un siembra y habrá semillas que crecen, otras que no crecen.” (Daniela)

“Aquí cuesta, a pesar de que te haces publicidad. Hace poco salimos en la TV, y no es un pueblo muy grande; cuesta porque la gente es cerrada.” (Paula)

“Pues yo creo que como no está funcionando mucho el grupo, porque estamos un poco parados, no influye mucho, pero a las que estamos aquí, nuestro núcleo familiar está más tranquilo.” (Noa)

Como observamos, las mujeres responsables de los GALM, entienden la LM como una riqueza, no sólo para la madre y su bebé, sino como una riqueza social que contribuye a una sociedad más sana, más sostenible, y en definitiva mejor. Por ello, el impacto de los GALM en su entorno social cercano, no sólo se valora en función de las tasas de LM conseguidas a corto o medio plazo,

sino que su contribución al bienestar social va más allá, considerando a los grupos de madres lactantes como verdaderos espacios de transformación social.

5.1. INFLUENCIA DEL GRUPO EN LA SALUD Y BIENESTAR DE LAS MADRES

Descripción de la variable	Nº de casos
Aportación del GALM al bienestar de las madres	
Refuerzo y respaldo del grupo, acompañamiento	13
Conocimientos, formación e información (evidencia científica)	9
Flexibilidad ante protocolos y estándares de normalidad	3
Confianza y seguridad en sí mismas, en lo que hacen, en su capacidad de amamantar	18
Posibilidad de seguir su propio instinto	5
Fortaleza ante las presiones sociales, familiares y sanitarias. No influencia ante modas o estereotipos socioculturales	10
Serenidad, tranquilidad, relajación	10
Libertad y capacidad de elección	5
Mayor control y protagonismo en la crianza y en su vida	3
Autoestima	1
Felicidad y alegría	4
Comodidad	1
Enriquecimiento personal	1
Influencia en la salud de las madres	
Influencia positiva en el bienestar y la calidad de vida	19
Influencia positiva en la salud física (beneficios de la LM prolongada)	3
Influencia positiva en la salud mental y emocional	5
Otras aportaciones	
Dificultad para hacer un seguimiento y valoración	1
Las madres manifiestan su gratitud al grupo y a las responsables de los mismos	3

5.2.1. INFLUENCIA DEL GRUPO EN LA SALUD Y BIENESTAR DE LOS BEBÉS

Descripción de la variable	Nº de casos
Aportación del GALM al bienestar de los bebés	
Favorece un crecimiento sano y completo (menos enfermedades)	11
Contribuye a la salud emocional (equilibrio), niños más seguros y más sociables	8
Mejora el vínculo y la relación madre/ bebé	4
Fomenta una crianza feliz	6
Facilita la introducción de alimentos sólidos	1
Otras aportaciones	
El bienestar y la serenidad de las madres repercute en el bienestar de los hijos	6
Se consiguen LM prolongadas (beneficios para la salud de los bebés)	3

5.2.2. INFLUENCIA DEL GRUPO EN LA SALUD Y BIENESTAR DE LA FAMILIA

Descripción de la variable	Nº de casos
Aportación del GALM al bienestar de la familia	
Mejora las relaciones familiares (mujeres más serenas y seguras)	6
Favorece la relación y comunicación de pareja	2
Contribuye a mejor comprensión familiar de los beneficios de la LM	2
La LM proporciona mayor comodidad para la pareja	2
Menor desgaste familiar	1
Otras aportaciones	
Puede generar conflictos con la pareja/ familia cuando no hay consenso respecto a la LM	2
Acuden pocos padres a las reuniones de grupo	1

5.3. INFLUENCIA DEL GRUPO EN EL ENTORNO SOCIAL

Descripción de la variable	Nº de casos
Contribuciones al bienestar social	
Sociedad más sana en todos los sentidos. Inversión de futuro	7
Niños más sanos física y emocionalmente serán adultos sanos, sin carencias (mejores personas)	4
Mayores tasas de LM y LM más prolongadas	5
Menor gasto sanitario	3
- Menor gasto farmacéutico	4
Menor impacto en el medio ambiente, menos consumo, menos residuos	2
Menos bajas laborales de los padres/ mayor productividad laboral	2
Movimiento de personas que contribuyen al cambio social (no conformistas)	1
Otras aportaciones	
Influye poco/ no hay grandes cambios en la conducta social	3
Cuesta llegar al conjunto de la sociedad	1
No hay estudios que midan el impacto social	1
Dificultad para medir los beneficios fuera del grupo	1

CATEGORÍA 6: RELACION DE LOS GALM CON LA COMUNIDAD

SUBCATEGORÍAS

I) RELACIÓN CON OTROS GALM DE LA REGIÓN DE MURCIA

La relación que los GALM de la región mantienen entre ellos es muy variada. De las mujeres entrevistadas, doce afirman mantener algún tipo de contacto con otros grupos, mientras que otras doce sostienen que la relación es escasa o nula. Dentro de los grupos que sí mantienen algún tipo de contacto con otros grupos, también existen diferencias respecto al tipo de relación. Según siete mujeres, se mantienen relaciones de colaboración entre los grupos, realizando actividades en conjunto, destacando la participación común en los actos y eventos de la Semana Mundial de la Lactancia. Dos de las mujeres aclaran que este tipo de relación se da mayoritariamente entre grupos que pertenecen a una misma asociación o red.

“Con respecto al resto de los grupos de la asociación; sí, porque hacemos cosas conjuntas, nos conocemos, somos las mismas, cuando una no puede ir a su reunión puede ir otra de otra sede. Con respecto a otros grupos de lactancia, nos conocemos, hemos estado en muchas semanas mundiales, por lo menos en cuatro que yo me acuerde, hemos hecho actos conjuntos, hemos ido juntas a reuniones de UNICEF, y hemos estado yendo al hospital a visitar a las madres puérperas.” (Macarena)

“Si, nosotras por estar implicadas en un grupo grande, con sedes en seis localidades, tenemos mucha relación entre nosotras, no siempre física porque algunos grupos están lejos, pero sí tenemos mucho contacto porque somos de la misma asociación. Con otros grupos tenemos relaciones, con unas más que con otras, sobre todo en momentos puntuales como la semana mundial de la lactancia, que la hemos hecho todas juntas, independientemente de donde seamos.” (Eulalia)

“Pues sí que de vez en cuando, a propósito de la consulta de lactancia del hospital, o de distintas cosas, tenemos reuniones. Por ejemplo, ahora hay un grupo de madres que quieren formar un grupo de apoyo y se ponen en contacto con nosotras. Nosotras no quedamos físicamente pero a lo mejor nos llaman para pedirnos colaboración Así que, aunque no nos veamos físicamente, si tenemos buena relación y sabemos seguro que nos van a apoyar” (Rosalia)

“(…) También, cuando se organiza la semana mundial intentamos ir a todo lo que podemos.” (Evelyn)

“Sí, algunas veces coordinados por el hospital, que nos pone en contacto, otras veces mediante la IHAN y otras veces por iniciativa nuestra, intentamos reunirnos y coordinarnos para actividades concretas, como la semana mundial de la lactancia. Aunque también es cierto que cada vez nos vamos alejando más. Desde nuestro grupo, sí que hay relación con otros grupos e intercambiamos información y materiales.” (Ester)

“Con todos, nos hablamos por teléfono y en la semana de la lactancia, algunas veces colaboramos juntos. Cuando hay una charla o algo, nos llamamos. No tanto como debiéramos porque la verdad es que estamos todas muy ocupadas, pero nos conocemos, nos hablamos.” (Dorothea)

“En la semana cultural de la lactancia, sí; durante el año va cada uno a lo suyo que con eso tenemos bastante, pero esa semana sí que hay más roce.” (Teresa)

El resto de mujeres describen como es una relación entre los grupos que están en contacto, se conocen las responsables y, como mucho, se invitan e informan de los actos organizados por cada uno de ellos. También se tienen en cuenta las fechas de reunión de los otros GALM, para no hacerlas coincidir y posibilitar que las madres puedan acudir a reuniones de diferentes grupos (2 casos).

“Pues nos invitamos a los actos que tenemos. Yo a XXX (la responsable del grupo más cercano) la veo de vez en cuando, y cuando hacen algo nos invitan y nosotras hacemos lo mismo.” (Pepa)

“Poco, pero sí tenemos relación. Conocemos sobre todo a XXX, visito bastante su blog, sobre todo para ver los talleres que hacen.” (Mar)

“(…) pero normalmente nos llega información, sobre todo con las nuevas tecnologías y sabemos casi todo lo que hacen los demás grupos; estamos más informadas de lo que podemos acudir.” (Úrsula)

“Generalmente, que yo sepa, creo que no se hace nada en conjunto; conocemos de nuestra existencia y en algún caso nos comunicamos, pero somos grupos diferentes.” (Emma)

“Activamente, ahora mismo, no. Bueno, igual las madres puede ser que sí. De hecho, yo, lo que es la fecha de las reuniones la he puesto en función de no coincidir con las fechas de otras reuniones. Por que las hay que hacen la ruta de los grupos (acuden a las reuniones de varios grupos en el mismo mes).” (Matilde)

En cuatro casos, las mujeres comentan que el contacto que mantienen con otros GALM es a nivel personal. También hay mujeres responsables de grupos de reciente creación que acuden a reuniones o actos de grupos con mayor recorrido para apoyarse en ellos.

“Nos encantaría pero en Cartagena no hay ningún otro. A un nivel más personal yo sí tengo contacto con grupos de otras comunidades. Suelo aprovechar cualquier tipo de viaje o cualquier tipo de acto que hay fuera de la comunidad para conocerlos, para compartir experiencias. Yo hago turismo “tetil” y eso es muy enriquecedor.” (Margarita)

“A nivel personal, también tenemos relación con grupos cercanos por diferentes motivos.” (Eulalia)

“(…) Pero ellas sí, ellas dos (otras responsables de grupo) sí tienen relación. Van a un grupo, pero ahora mismo no sé a cual.” (Julia)

“Mi compañera y yo, intentamos acudir a sus reuniones por mantener el contacto y aprender un poco cómo van las charlas, porque nosotras no tenemos experiencia.” (Isabel)

“Yo personalmente no, pero ella sé que está muy metida”. (Daniela)

De las mujeres que dicen mantener escasa o nula relación con otros grupos, también destacamos aquellas que afirman que les gustaría tener un mayor contacto (7 casos); algunas mujeres manifiestan que debería haber una mayor comunicación entre grupos, o incluso lo viven como un reto para el GALM (1 caso). Las principales dificultades mencionadas son la falta de tiempo (4 casos) y la distancia geográfica con otros grupos (2 casos). Solo en dos casos se habla de diferencias en los modos de hacer o en la filosofía de los grupos o incluso de las personas responsables de esos grupos (1 caso).

“Yo creo que esa es nuestra asignatura pendiente como asociación, porque de alguna manera monopolizamos ciertos sectores, somos los más visibles, porque somos el grupo más grande. Yo creo que, debemos trabajar en equipo, pero es complicado porque están en otras localidades, y porque la tendencia es a animar a las madres a que se metan en nuestro grupo. Es una asignatura pendiente hacer una reunión conjunta de todos los grupos.” (Consuelo)

“Considero importante la colaboración entre los grupos, porque parece que siempre hay entre ellos ciertas rencillas, que no son rencillas, pero debería haber una mejor comunicación, porque a la hora de mandar a otro grupo, se podría hacer, no al tuyo, sino a algún otro, y eso no se suele hacer.” (Emma)

“(…) Con otros más lejanos tenemos menos relación, aunque de nombre nos conozcamos todos.” (Eulalia)

“Sí; lo que pasa es que por la lejanía es difícil que podamos participar en otras actividades que hacen otros grupos” (Úrsula)

“(…) Pero lo que es actividades conjuntas con otros grupos, no tengo yo tiempo para eso.” (Matilde)

“Yo no, porque estoy trabajando, con el niño y las prácticas, no tengo tiempo.” (Julia)

“Yo intenté mantener un tipo de contacto, pero no ha podido ser, porque el tiempo de las tardes lo dedico a mis hijos y mi hijo mayor ya se cansa en las reuniones.” (Evelyn)

“No, yo personalmente apenas tengo relación.” (Alejandra)

“Ahora mismo no tenemos relación; estamos nosotras y si se quieren apoyar en nosotras bien, pero no.” (Paula)

“Hasta donde yo sé, no; dentro del grupo hay compañeras que tienen un foro y quedan; pero con otros grupos que yo sepa no.” (Amor)

“Tristemente son muy escasas las veces que nos juntamos; quizás en la semana mundial, pero a turnos: tu vas tal día, tu tal otro. Depende de las personas responsables del grupo; creo que nosotras hemos hecho más, lo hemos intentado más y no hemos tenido respuesta por tener un poco de relación.” (Rebeca)

“Sí, alguna vez, lo que pasa es que ellas tienen otra filosofía, aunque tengamos la misma idea, que es promover la lactancia. Alguna vez hemos hecho algo conjuntamente. Nosotras no queremos conflictos.” (Carlota)

Aunque muchos de los GALM de la región mantienen algún tipo de contacto entre ellos, son pocos los que tienen una verdadera relación de colaboración más allá de eventos puntuales y, en muchos de los casos, son grupos que pertenecen a una misma red o asociación. La mayoría de las mujeres ven este aspecto como un bien deseable y necesario, pero con dificultades a superar.

II) RELACIÓN CON PROFESIONALES SANITARIOS

a) RELACIÓN CON PROFESIONALES SANITARIOS: ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS)

La relación entre los GALM y los profesionales sanitarios es un tema complejo y controvertido en el que entran en juego diversos factores a tener en cuenta, como son: el ámbito de asistencia, el tipo de profesional, el área y zona de salud, el origen y recorrido del grupo, etc... Comenzamos a analizar las relaciones de los GALM con los profesionales sanitarios de APS, y, en concreto, de la zona de salud donde realiza su actividad el grupo, sin distinguir entre unos profesionales u otros.

Cuando preguntamos a las mujeres sobre el tipo de relación que mantiene el grupo con los profesionales sanitarios de la zona de salud, encontramos valoraciones muy diferentes. En líneas generales, y sin entrar en matices, podemos distinguir entre aquellas mujeres que hacen valoraciones positivas respecto a esta relación (11 casos), y aquellas que realizan valoraciones negativas (13 casos). Dentro de las primeras, cuatro mujeres hablan de que los profesionales apoyan y difunden la labor del grupo, y otras dos mujeres afirman que cada vez hay más profesionales sanitarios con ganas de colaborar y de cambiar las cosas respecto a la LM.

“Aunque ellos tiene sus propias limitaciones, es verdad que tenemos profesionales infiltrados, que nos mandan gente, que nos escuchan, que tenemos sus teléfonos a nuestra disposición para lo que nos haga falta. Sabemos que hay un grupo cada vez más grande de gente que está trabajando en la salud con ganas de cambiar las cosas y yo soy consciente de ello porque he tenido relación con ellas directamente. Así que no voy a decir que no. Sí, si tenemos relación.” (Margarita)

“Nos conocen los prolactancia que cada vez son más.” (Úrsula)

*“Con nuestro centro de salud la relación es buena, pero no nos recomiendan mucho”.
(Carlota)*

“Generalmente hablan de nosotras más en los centros de salud de primaria.” (Emma)

“Cuando empezamos como grupo de madres hicimos publicidad que dejamos en los centros de salud a las enfermeras y les pareció muy bien y muy interesante.” (Paula)

“La coordinadora nos apoya, la gerencia de área también “(Rosalía)

“Siempre intentamos tener una relación positiva, porque al fin y al cabo, si nos encontramos con un problema de salud a quien vamos a derivar a esa madre y a ese niño, es a un profesional.” (Ester)

Es importante mencionar, aspecto comentado por cinco mujeres, que las relaciones de apoyo y colaboración se dan de forma más clara cuando han sido profesionales sanitarios los que han fomentado o protagonizado el proceso de formación del GALM, o cuando las mujeres responsables de los grupos son, además de madres, profesionales del sector sanitario, facilitando así el entendimiento entre compañeros de profesión.

“Además como las personas que fundaron el grupo son profesionales de nuestro centro de salud, pues la verdad, hay amistad. La relación aquí es positiva, hay bastante gente abierta a la lactancia. Sí, tienen carteles puestos.” (Mar)

“Sí, nos conocen, sobre todo a mi compañera, que al trabajar en el servicio de urgencias de aquí, tiene relación con ellos. Ella se ha presentado tanto a los pediatras, como a la enfermera de pediatría, como al matrócn. Ellos son los que nos están haciendo publicidad, entonces si hay buena relación.” (Julia)

“Lo que pasa en los grupos es que hay mucho profesional sanitario dentro del propio grupo, entonces ellas son las que están con todo eso.” (Pepa)

“En la asociación hay muchas madres que son profesionales sanitarios; si solo fuéramos madres no nos mandarían tantos casos de madres.” (Cosuelo)

“Yo como trabajo en el centro de salud, los conozco a ellos y lo tenemos un poco más fácil.” (Isabel)

Dos mujeres comentan que entre el grupo y los profesionales, se da una relación de respeto mutuo, aclarando que las funciones de cada uno son diferentes, y que como grupo se cuenta y se deriva a profesionales sanitarios aquellos casos o situaciones que quedan fuera de sus funciones. En relación a este aspecto, encontramos posturas más críticas respecto a las funciones y papel del grupo (5 casos). Para algunas mujeres, los GALM asumen, en muchos casos, una función que no les corresponde, pero que ejercen dado el

vacío existente en el sistema de atención a la salud, solucionando problemas que incluso en algunos casos les llegan derivados de profesionales sanitarios.

“Siempre contando con los profesionales de la salud, nosotras no somos ni más ni menos; no damos medicación, ni nada de eso, eso son los profesionales.” (Dorothea)

“Siempre hemos procurado ser muy respetuosas con temas de salud; que vayan a su pediatra o a su médico, pero siempre ellos han estado en un sitio y nosotras en otro.” (Úrsula)

“(…) Y que le estamos haciendo un gran favor al sistema de salud, porque le estamos quitando esos problemas de encima, porque muchos profesionales no tienen esa formación en lactancia materna y no saben solucionarlos,” (Macarena)

“Malísimo; cuando les interesa nos tienen ahí para echarnos mano y cuando no, nos olvidan completamente.” (Amelia)

“En mi opinión personal, creo que debería haber otro tipo de relación, sobre todo con las matronas, porque nos derivan casos que no son de grupo de apoyo. Creo que no hay más enfermeras de lactancia en el hospital porque ya estamos nosotras. El hecho de que haya en la asociación tanta enfermera y tanto médico, hacen que se solucionen cosas, y yo creo que nuestra función no es esa.” (Consuelo)

“Es una pena que tengan que surgir estos grupos porque los profesionales relacionados con el ámbito de la salud no tengan la formación o la motivación y no se le da al tema de la lactancia la importancia que tiene.” (Amor)

Más extensas son las valoraciones negativas que las mujeres hacen de la relación con los profesionales sanitarios; para trece mujeres no existe relación o apoyo por parte de dichos profesionales, o existe sólo con aquéllos ya concienciados con la LM (2 casos). Según ocho de las mujeres, los profesionales sanitarios tienen poco interés y no valoran la labor de los GALM; además hay una escasa derivación, por parte de los profesionales, de las madres a los grupos de apoyo (5 casos), e incluso se describen situaciones de conflicto entre los profesionales y los grupos, o entre los profesionales y madres que amamantan y son usuarias de los grupos (3 casos)⁸³.

“Algunos sí y otros no. Los que te conocen más y saben lo que haces, sí. Mi sensación es que no mucho, porque nos llegan muy poquitas madres. En la hoja de registro de las reuniones, muy poquita gente pone que viene por su pediatra, matrona o enfermera de pediatría. La mayoría pone por una amiga. Mi sensación es que en los últimos años no nos derivan muchas madres. Al final hemos conseguido pocos apoyos sanitarios. A veces tienen una percepción de que somos una cosa rara, no nos ven como algo necesario, no tienen mucho interés. Es verdad que no nos ponen ningún problema, por ejemplo para poner carteles, pero no se interesan por lo que hacemos, sólo te dicen: ¡que foto tan bonita!, y ya está.” (Eulalia)

⁸³ Esto ocurre, a pesar de que la OMS en su documento *Diez pasos hacia una Feliz lactancia natural* (1989) insta a los profesionales sanitarios, no sólo a apoyar el establecimiento de grupos de apoyo a la LM, sino también a que recomienden a las madres ponerse en contacto con un grupo u otro sistema de apoyo continuado con la LM .

“Nos conocen los prolactancia; los otros ni saben que existen grupos. Nosotros vamos por nuestro lado y ellos por el suyo. Alguna vez nos hemos dado a conocer y hemos pedido su ayuda para alguna charla y han venido, pero luego no han seguido la relación y tampoco recibimos mucha gente mandada por ellos.” (Úrsula)

“Básicamente los profesionales no nos derivan madres.” (Evelyn)

“Ellos saben que el grupo existe, pero madres que vengan remitidas por ellos no hay”. (Paula)

“Aquí no hay ninguna relación, porque eso lo llevaba la antigua responsable del grupo, que era enfermera.” (Pepa)

“Yo desde que estoy aquí no he tenido ocasión de hablar con nadie del centro de salud y quizás sería interesante darles información no solo a las matronas sino también a los pediatras.” (Amor)

“Yo personalmente no comparto vivencias con el personal sanitario. Todo esto no va a mejorar hasta que todo el mundo con bata blanca se implique más, pero sé que queda mucho camino por hacer.” (Teresa)

“No muy buena; yo no tengo constancia directa, pero las mamás cuentan que no es muy buena.” (Ester)

“En general no son conscientes de las ventajas que tiene que las madres vayan a los grupos. En relación a si nos mandan madres, yo se lo digo, y dejo folletos, pero no nos mandan muchas madres. Incluso en el centro de salud donde son las reuniones, ha habido problemas; no con las matronas, pero sí en el centro. No nos reciben bien porque hacemos ruido.” (Consuelo)

“El personal sanitario que no está formado es una pared con la que chocamos, porque lógicamente una madre hace lo que le diga su pediatra, y no lo que le diga otra madre.” (Rebeca)

“Y con el centro de salud, cero; yo personalmente, como he ido a la preparación al parto y he oído lo que dicen, sé que nos nombran dos segundos, y con prejuicios” (Noa)

Cuando se describe con más detalle esta falta de apoyo, aparecen otros aspectos como son: la inestabilidad de los profesionales en los centros de salud (1 caso), la poca importancia y prioridad que se le concede a la LM (1 caso), y la falta de formación de los profesionales en LM, sobre todo en aspectos prácticos que resuelvan verdaderamente los problemas de las madres (5 casos). Este aspecto negativo, a veces se convierte en un motivo de acercamiento a los GALM por parte de algunos profesionales sanitarios concienciados, que utilizan a los grupos como fuente de información e incluso de formación (2 casos).

“También es verdad que hay mucha inestabilidad, y cuando ya has establecido una relación con una enfermera y has conseguido ponerte de acuerdo, te das cuenta que te han cambiado la enfermera y tienes que empezar de nuevo. Y con los pediatras lo mismo, incluso a veces descubres que lo que tienes delante es un médico de familia sin formación específica en pediatría.” (Ester)

“Hay mucho desconocimiento. Yo creo que los profesionales sanitarios informados sobre la lactancia, esos vienen a pedirnos ayuda. Cuando son madres las médicos de familia, o enfermeras, o matronas, nos hacen preguntas por correo electrónico o vienen, o nos llaman. Con las que están con la lactancia, tenemos buena relación, luego hay otros profesionales, que no abren la boca.” (Rosalía)

“Generalmente se trata de dar información o formación a ese personal sanitario y se hacen cursos y muchas cosas”

“Es cierto que hay muchos profesionales formados en lactancia pero luego con lo que es más rápido de hacer, la lactancia no tiene prioridad, y piensan; ¡qué más da! A ellos lo que les interesa es solucionar el problema y quitarse a la mamá de en medio.” (Evelyn)

A pesar de todos estos aspectos, para un grupo importante de mujeres, la relación con los profesionales sanitarios es una cuestión que valoran como muy importante y necesaria, y manifiestan estar dispuestas a aunar esfuerzos en pro de la LM (5 casos). De hecho, muchos grupos realizan según las mujeres entrevistadas (7 casos) una labor de difusión de su trabajo en los centros de salud de la zona, presentándose a los profesionales sanitarios de los centros de salud cercanos, e incluso convocando reuniones informativas.

“En el grupo siempre hemos intentado aunar esfuerzos, porque no puedes trabajar solo y esto se trata de llegar a más madres y transmitir todos lo mismo, y siempre hemos estado muy disponibles, sobre a todo al principio que es cuando más te interesa que te conozcan, que nos conozcan las madres y que nos conozcan los profesionales sanitarios. Pero siempre lo hemos considerado un aspecto importante y lo hemos tenido presente.” “Se le mandó a cada profesional sanitario un sobre con toda la información de la asociación, donde estábamos, con todo. Luego de forma personal, en cada localidad, intentamos contactar, colgamos carteles. Siempre hemos intentado tener contacto e implicarlos, pero depende de nuestra disponibilidad y de su interés, que a veces no es mucho.” (Eulalia)

“Pues muchas veces nos ofrecemos, tenemos carteles puestos en los centros de salud y en los hospitales, y a veces nos acercamos directamente a los centros para darnos a conocer.”

“Estamos intentando actualizar la información en todos los centros de salud; es una de las cosas que teníamos por hacer. Como objetivo principal nos propusimos actualizar la información en los centros de salud.” (Margarita)

“Cuando empezamos como grupo de madres hicimos publicidad que dejamos en los centros de salud a las enfermeras y les pareció muy bien y muy interesante.” (Paula)

“Normalmente nos conoce el coordinador del centro de salud. Al principio de reunirnos, le solicitamos a él poder hacer una reunión y conocer a todo el equipo, médicos de familia, pediatras, y matronas, para que conocieran quiénes éramos, qué es lo que íbamos a hacer. Siempre se les ha dicho que eran bienvenidos en nuestras reuniones. Aunque no se ha vuelto a hacer esa reunión.” (Macarena)

“En un principio, cuando un grupo se instala en una zona, si no de forma obligatoria, pero sí de forma tácita, se anima a la responsable a que se ponga en contacto con los pediatras y matronas de la zona, para poner en su conocimiento esta nueva

herramienta. Simplemente nos damos a conocer y ponemos en su conocimiento la existencia de las reuniones,” (Ester)

“Tenemos carteles puestos en los centros de salud.” (Emma)

Sólo en tres casos se afirma no dedicar tiempo ni esfuerzos a fomentar esta relación, bien por falta de tiempo (2 casos), o bien porque son reacios a ello (1 caso).

“Sabem que existimos, pero no tenemos relación con ellos. No dedicamos mucho tiempo a la relación con ellos, ni con otros grupos. Nosotras, las madres del grupo trabajamos: los niños, la casa..., no tenemos mucho tiempo para ir al centro de salud, que solo están por la mañana, para ir a hablar con ellos.” (Alejandra)

“Yo no sé si a lo mejor no es culpa nuestra de que no estén muy enterados de lo que hacemos, pero es que siempre nos falta tiempo para todo y no nos hemos presentado debidamente. Van llegando pediatras después de nosotros, y deberíamos ir y presentarnos. Nosotros vamos por nuestro lado y tampoco nos han buscado, pero no les voy yo a echar la culpa a ellos solo.” (Úrsula)

“(…) Porque las relaciones también se basan en lo que nosotras demos y la verdad es que ha habido un tiempo en que hemos estado cerrados a colaborar.” (Margarita)

i) RELACIÓN CON PROFESIONALES SANITARIOS: PEDIATRAS DE APS

Si al hablar de la relación y el apoyo sentido por las mujeres de parte de los profesionales sanitarios eran mayoría las valoraciones negativas, cuando se habla en concreto del apoyo y la relación con los pediatras, el resultado es aún más desalentador. De las 17 mujeres que aportan información al respecto, todas lo hacen desde una visión negativa de la situación, aunque es cierto que dentro de estas valoraciones también se aporta algún elemento positivo (7 casos). Se mencionan como aspectos favorables, que sí existe derivación a los grupos por parte de algunos pediatras (4 casos) y que empieza a haber pediatras concienciados con la LM que están comenzando a dar buenos consejos de salud (1 caso), sobre todo pediatras mujeres que, al enfrentarse a su propia maternidad, se vuelven más sensibles a este tema (2 casos). Según mencionan algunas de las mujeres, este cambio en los profesionales se debe en parte a la labor del GALM, o al esfuerzo de alguna madre perteneciente al mismo.

“Los profesionales de la zona mandan gente pero no todos los profesionales. El otro día ayudé a una mamá que acababa de dar a luz y era pediatra y nos dijo que a partir de ahora si nos recomendaría. Hasta que no son madres, si pero no.” (Dorotea)

“Yo le dije a mi pediatra: mira yo lo voy a hacer así; ya lo sabes, yo pertenezco a este grupo; UNICEF y la OMS recomiendan lactancia exclusiva y yo lo voy a hacer así. Y ella me respetó. Luego incluso me pidió un libro y lo estuvo leyendo.” (Dorotea)

“Y en cuanto a los pediatras del centro lo hemos intentado; uno de ellos es más respetuoso; no sé si porque yo empecé comiéndole la cabeza o porque él también es así. Pero venir alguna mamá derivada por el pediatra, pues a lo mejor dos o tres.” (Rebeca)

“(…) Y después, hay alguno de los pediatras que también (derivan madres), que gracias a algunas de las mamás que son del grupo, se han formado en lactancia, han leído libros, y están ahora formados en lactancia y están dando buenos consejos de salud, y ellos también nos mandan madres.” (Macarena)

“La anterior pediatra tenía sus hijos y estaba implicada; a la que hay ahora también se lo he comentado, pero no sé cómo va a ir la cosa.” (Isabel)

“Aquí tenemos dos pediatras, una es pro lactancia y ella bien, porque yo sé que a veces nos deriva a alguna mamá que lo necesita.” (Matilde)

La falta de apoyo descrita, va desde el desconocimiento y la falta de interés por parte de los profesionales (4 casos), hasta incluso a afirmar que los profesionales son reacios y están en contra de la labor del grupo (4 casos).

“(…) Luego hay otros (pediatras) que no quieren saber nada, y otros que están en contra.” (Macarena)

“Alguna vez hemos hablado con alguna pediatra para poner carteles, y sí nos han dejado, incluso nos han dicho que hacemos una buena labor; pero en realidad no saben lo que hacemos.” (Carlota)

“(…) Pero luego el otro pediatra, ese no, no lo conozco personalmente, pero no nos está ayudando demasiado que digamos.” (Matilde)

“No siempre es bien recibida (la información de los grupos), sobre todo por los pediatras; es bastante mal recibida en el ámbito médico. Lo que pasa es que no sé hasta qué punto los pediatras saben lo que es un grupo de apoyo y para qué estamos; nos ven como un enemigo e intentan desprestigiarnos. Cada vez que íbamos a visitar a un pediatra, íbamos acompañadas de un pequeño dossier, explicando qué es un grupo de apoyo, quién lo formaba, cuál era nuestra política, por así decirlo, en qué nos íbamos a basar. Pero creo que en la mayoría de los casos ese dossier acababa en el cubo de la basura sin ni siquiera ser abierto. Ahí notas quien lo ha leído y quién no. También es cierto que cada vez más pediatras empiezan a derivar madres.” (Ester)

“Ellos sí que difunden el tema de lactancia materna, dicen que es lo mejor, que es lo que se aconseja, pero jamás recibes un apoyo, una ayuda; a la más mínima duda, te remiten al biberón.” (Amelia)

Para las mujeres (5 casos) uno de los principales problemas con los que se encuentran en los grupos, es la postura de los profesionales de la pediatría que contradicen en sus recomendaciones y prácticas profesionales, no sólo las informaciones ofrecidas por los GALM a las madres, sino también las

recomendaciones de organismos oficiales sobre LM, y todo ello desde la posición de superioridad que tradicionalmente y todavía hoy en día se le otorga a la profesión médica⁸⁴.

“Tu les estás diciendo una cosa como madre y el pediatra otra, y al que hacen caso por supuesto es al pediatra porque es médico.” (Macarena)

“A nivel de pediatras y ginecólogos ninguna, cero, porque ellos están aquí y el resto del mundo un poco más abajo. No te puedes acercar a ellos, no les interesa hablar de eso, no se puede hablar con ellos. De hecho te viene alguna mamá diciendo que su pediatra le ha dicho que la lactancia es una tontería.” (Pepa)

“Creo que deberían confiar más en nuestro criterio. Que si una mamá va no le quiten las ideas que medio pueda llevar, porque su palabra es más fuerte que la nuestra.” (Alejandra)

“(…) Porque vamos a ver, que yo, una persona normal, sin estudios, sepa cosas de la lactancia que los pediatras deberían saber y no las dicen. ¿Por qué son tan reacios a dar información sobre la lactancia, que no es una moda pasajera? Me da mucha rabia eso, que los profesionales de la salud, no estén dispuestos a explicar esto. Me da mucha rabia ver como el dinero manda. Es increíble.” (Mar)

“Pasarían menos consultas de pediatría si las madres dieran lactancia materna, pero no hemos llegado a ese punto todavía. No son conscientes de las ventajas de la lactancia materna.” (Consuelo)

Según cuatro de las mujeres, la tendencia de la pediatría, cuando una madre acude a consulta, es solucionar su problema recomendando leche artificial, e incluso en dos casos las mujeres describen cómo se han encontrado situaciones en las que el pediatra ha dado a la madre muestras de leche de fórmula, práctica condenada por el Código internacional sobre comercialización de sustitutos de la leche materna (OMS, 1981), y regulada en nuestro país (RD 72/1998)⁸⁵.

“Cuando la llevé al pediatra lo primero que me dijo fue que le diera leche artificial, de fórmula.” (Evelyn)

“Al otro pediatra ni me acerqué, porque cada vez que va una mamá que quiere mantener la lactancia más tiempo la deprime. Conozco un par de casos, en los que el pediatra le decía a una de las mamás que tenía que darle ya biberón a su hijo de cuatro meses; en la otra sala estaba la otra mamá con la enfermera, y el pediatra entró para que le diera muestras de leche. La enfermera le recordó que no se podían dar

⁸⁴ Según Tembory (2004), el pediatra es clave para que la LM tenga éxito y se prolongue el tiempo recomendado para el niño. La mayoría de las madres, sobre todo primerizas, confían en su pediatra y necesitan su apoyo. Muchas veces los pediatras a la primera dificultad que surge durante la LM introducen el biberón, en vez de tratar de resolver un problema menor. Otro problema habitual es que el inicio de la lactancia complementaria significa el destete. Comité de LM de la AEP (2004) *Lactancia materna. guía para profesionales*.

⁸⁵ El Código internacional, es un texto jurídico que tiene como objeto controlar las prácticas inadecuadas de comercialización de alimentos infantiles protegiendo los derechos de los lactantes y de las madres que amamantan. El código redactado en 11 artículos, dedica el artículo 7 a los profesionales sanitarios, y entre otras cuestiones menciona que los agentes de salud no deben dar muestras de preparados para lactantes a mujeres embarazadas, a las madres de lactantes y niños pequeños o a los miembros de sus familias” (art. 7.4). (OMS, 1981)

muestras de leche con esos meses, pero el pediatra se las dio igualmente. Sabemos la historia porque nos la han contado las dos mamás. ¡Son cosas que pasan!, pero si pudiéramos ver realmente la situación de lo que está pasando, y tuviéramos datos, no con fin crítico sino para demostrar que eso que estamos diciendo es cierto.” (Evelyn)

“Lo que es pediatría, pues por ejemplo a mí, que estaba dando el pecho, me preguntaron ¿estás dando el pecho? y automáticamente me dieron un suplemento de leche; lo comenté allí y le dieron un toque de atención.” (Daniela)

“Los pediatras, cuando los niños no hacen peso, no les dicen vete a un grupo de apoyo, les recomiendan un biberón y ya está.” (Consuelo)

“Los pediatras no tanto, porque lo solucionan con lactancia artificial”. (Emma)

“Si el pediatra ve a la madre agobiada, no le dice: acude a este grupo y verás como te ayudan; eso no.” (Paula)

“Los otros dos pediatras son bastante criminales y además son de los que no escuchan, o sea que les da lo mismo. Una vez hicimos con el enfermero de allí de pediatría una especie de charla para ellos, pero no sirvió para nada; siguieron con sus recomendaciones horribles. El tercero es más respetuoso; el problema es que son respetuosos mientras todo va bien, pero así es fácil. Yo me doy con un canto en los dientes con que por lo menos no pongan trabas en una lactancia que va bien.” (Rebeca)

Todo ello obliga, a parte de las madres que amamantan, a establecer una relación con sus pediatras, en la que sólo les cuentan aquella información relacionada con patologías de los hijos que, a juicio de las mujeres, es de lo que saben los profesionales (2 casos), evitando temas de alimentación o crianza.

“Me busqué una pediatra que me gustara como lo hacía con la medicina y simplemente nos respetamos mutuamente.” (Dorotea)

“Ahí hemos aprendido nosotras a ir toreando. Cuando tenemos que llevar nosotras a nuestros hijos al pediatra, sabemos hasta donde podemos llegar, y si vemos que el pediatra no sigue mucho nuestras ideas, cambiamos de tema, omitimos algunas cosas, y así lo hacemos.” (Mar)

“El pediatra se pone al día de enfermedades pero no de cosas comunes, como la lactancia materna.” (Evelyn)

ii) RELACIÓN CON PROFESIONALES SANITARIOS DE APS: ENFERMEROS Y MATRONAS

Cuando se aborda este mismo tema, pero en relación a los profesionales de enfermería, enfermeros y matronas, la realidad vivida por las mujeres es muy diferente. De las veintidós opiniones registradas en este apartado, sólo encontramos 6 valoraciones negativas, en contraste con las dieciséis opiniones

positivas, en las que se destaca que sí existe buena relación y reciben apoyo de este tipo de profesionales, sobre todo por parte de las matronas.

“Sí, (nos apoyan) sobre todo a nivel de diplomados, matronas y enfermería.” (Emma)

“Si más bien matronas y enfermeras, son las que nos recomiendan, y conocen” (Dorotea)

“Con el matrn muy buena, es muy pro lactancia y nos apoya en todo.” (Matilde)

“Nos apoya la matrona, de hecho yo hablé con la matrona del centro de salud para contactar con la matrona del otro centro de salud, para trasladarnos. Pero nos ha apoyado de tal manera que nos hemos quedado allí.” (Rosalía)

“En mi caso concreto, las matronas de mi centro de salud, son fantásticas.” (Consuelo)

“Sin embargo en el ámbito de enfermería y matronas, si somos bien recibidos, y cada vez más.” (Ester)

“Pero la relación es más con la matrona.” (Carlota)

“Sí, la matrona se encarga todos los meses recordar a las madres que hay reunión”. (Daniela)

“La matrona de ahora sí, que es un encanto, es muy pro lactancia y sabe mucho”. (Úrsula)

Al igual que ocurre en el apartado en el que las mujeres describen las relaciones con los profesionales sanitarios, aquí, seis mujeres también destacan que las relaciones de apoyo y colaboración con las matronas y profesionales de enfermería, son especialmente favorables cuando han sido estos profesionales los que han fomentado o protagonizado el proceso de formación del GALM, o han participado en ellos como madres.

“Es buena, porque la enfermera es madre y estuvo metida en el grupo, por lo que hay buen entendimiento”. (Paula)

Pues en nuestro caso tenemos mucha relación con la matrona, que fue una de las fundadoras del grupo. Entonces por parte de ella, es bastante buena. Es su grupo y lo quiere.”. (Mar)

“Con la matrona sí, porque fue ella quien impulsó el grupo.” (Alejandra)

“El matrn fue el que nos inició en esto, y nos apoya en todo. Al principio participaba también, pero como él dice que esto tiene que ser una cosa de madre a madre, pues como sanitario se mantiene al margen. Estuvo los primeros días para ver que lo que se decía era más o menos correcto, y ver que tal, pero luego se ha ido retirando poco a poco.” (Matilde)

“Lo fundaron ellas (enfermeras) con el apoyo de la matrona. La matrona quiere que la enfermera de pediatría sea alguien que ha dado el pecho, para que no eche a todo el mundo para atrás.” (Daniela)

“Las matronas que formaron el grupo sí les dicen a las mamás que se pasen, pero luego hay otras que no, hay de todo.” (Pepa)

El apoyo descrito por las mujeres (16 casos) consiste fundamentalmente en el interés por conocer el GALM, y la difusión de su existencia y trabajo, así como en la derivación de madres a los grupos. Varias mujeres comentan que ciertos profesionales de la enfermería y matronas sí derivan madres a los GALM, sobre todo estas últimas.

“Sí, tienen (enfermeras y matronas) carteles puestos, reparten tarjetas, hacen mucha difusión del grupo.” (Mar)

“Tenemos nuestro cartel puesto en su puerta, y ella (matrona) es la que nos manda más madres.” (Alejandra)

“La enfermera es un encanto y manda gente. La matrona también nos manda gente, porque nos conoce.” (Dorotea)

“Desde el punto de vista de enfermería y matronas, si hemos visto más personas que nos han derivado madres a los grupos, también porque han estado más abiertas a la hora de recibirnos. Nos han conocido antes y han tenido a bien leerse los pequeños manuales que les dábamos. Generalmente enfermeras y matronas si lo leen, y derivan gente” (Ester)

“Sí, algunas madres llegan de las consultas de las matronas.” (Margarita)

“La matrona nos deriva muchísimas embarazadas, muchísimas.” (Macarena)

“Además la matrona, individualmente, también se lo recomienda a las madres.” (Carlota)

“El matrón, también me costa que va enviando embarazadas de sus preparaciones a la maternidad.” (Matilde)

“Sí, porque el matrón, tiene clase de preparación los martes o miércoles, y allí lo dice: mañana va a haber una reunión.” (Julia)

“Sí, nos deriva muchas. Desde el primer día tenemos veinticinco madres, una barbaridad.” (Rosalía)

“La matrona nos dijo que lo que necesitáramos, y han puesto nuestros carteles. La matrona alguna vez puntual nos ha derivado a madres.” (Evelyn)

“Nos mandan alguna embarazada desde los cursos de preparación al parto.” (Consuelo)

“Sí, cuando detectan madres con problemas, sobre todo las matronas, los pediatras no tanto, nos derivan a las mamás para poder apoyarlas.” (Emma)

“Las matronas sí que derivan madres.” (Amor)

“Sí que hay un matrón que, tiene su preparación al parto en una compañía privada y que nos deriva mucha gente y casi todas las embarazadas que nos llegan son por él.” (Rebeca)

“En mi grupo como todas las madres rellenan la ficha y hay una columna que pregunta quién las ha enviado, sabemos que la mayoría pone la matrona.” (Teresa)

Los GALM también tienen un papel activo en esta relación, se dan a conocer a los profesionales, y se presentan a las madres en los cursos de preparación al parto (4 casos) cuando las matronas les dan la oportunidad. Incluso algunas mujeres describen una relación basada en el intercambio de información, sobre todo, de los grupos a los profesionales (2 casos).

“Sigo dando charlas para embarazadas con la matrona donde yo vivo, el día siete tengo una.” (Dorotea)

“Nos llama cuando, en sus clases de preparación al parto, hace el día de la lactancia; vamos nosotras con nuestros críos, para que nos vean dar de mamar, y les contamos un poco nuestra experiencia.” (Mar)

“De todas formas una vez al mes intento ir a su consulta y cuando hay un aforo importante de gente voy, me presento, las invito directamente, se rompe el hielo y la verdad es que si hay quince quedan dos, pero yo hago lo que puedo.” (Teresa)

“Al principio (la otra responsable), se movió muchísimo y contactó con la matrona; entonces la matrona la recomendaba, y ella daba charlas allí. Cuando la matrona tiene a todo el grupo, ella va y le reparte las tarjetas con el día de reunión y las invita a venir al grupo. De hecho, la matrona, tuvo problemas en su lactancia y (responsable) se las solucionó. Cuanto más nos moviéramos, a más matronas llegaríamos, pero es un gran esfuerzo.” (Carlota)

“Aunque suene raro, yo les llevo información, cuando me voy a hacer un curso, al volver me tomo un café con ellas y les paso la documentación. También me invitan a los cursos de preparación al parto.” (Consuelo)

Dos madres nos explican una relación de apoyo que se basa en que estos profesionales hagan de mediadores con otros profesionales o con el centro de salud.

“Una vez hicimos con el enfermero de allí, de pediatría, una especie de charla para ellos (los pediatras del centro de salud), pero no sirvió para nada.” (Rebeca)

“Nos ayuda con la reserva de las instalaciones para las reuniones, o si queremos hacer alguna actividad extra, o nos ayuda con los que se quejan, por ejemplo las limpiadoras que se quejan porque salimos tarde, para que entiendan que es una actividad más del centro de salud.” (Rosalía)

Pero, como se menciona en el apartado, no todas las valoraciones son positivas y las madres también dan testimonio de profesionales de la enfermería que no se interesan o no valoran la labor de los GALM; no los apoyan, ni difunden su existencia, e incluso llegan a verlos como rivales en su

tarea, o como grupos de madres extremistas (5 casos). También se habla de profesionales con carencias de formación que no fomentan la LM (1 casos).

“La matrona, lo que pasa es que ha cambiado varias veces y hemos tenido de todo; desde la matrona que te apoya, a la que no tienen ningún interés. La de ahora, creo que sabe que existimos desde hace algún tiempo, pero tampoco se ha involucrado en intentar asistir a alguna reunión, ni nos ha pedido nada; no sé si nos derivará gente; que nos lo diga la gente cuando se presenta, no.” (Rebeca)

“En el caso de la matrona fue algo tenso porque siguen viendo en el grupo de madres algo que les quita su función; pero la función de la matrona es después de parir, la matrona te está ayudando, pero no está contigo en cualquier reunión que diga tengo una grieta, pero además me encuentro mal, estoy agobiada, o tengo ansiedad. Con la matrona tenemos un distanciamiento porque no llega a entender la importancia que puede tener un grupo de madres.” (Paula)

“Las enfermeras de pediatría nos ignoran. La matrona nos odia porque cree que le vamos a quitar su puesto de trabajo o algo así; la matrona del otro centro de salud nos tiene por un grupo terrorista radical que cree que vamos expulsando leche en los centros comerciales o algo así.” (Amelia)

“Yo personalmente como he ido a preparación al parto, he oído lo que dicen. Nos nombran dos segundos. Además nadie va a ir a un grupo de nada cuando te dicen que existe un grupo de madres que no sé si será muy radical; ¡olé el apoyo!” (Noa)

“El matrón es un hombre mayor y tiene unas ideas un poco diferentes a las nuestras. Lo primero que me dijo fue, que el veía bien las ideas que teníamos, pero que no fuéramos radicales. Pero para él; ¿qué es ser radical? El tiene sus ideas, él aquí tiene sus charlas con las mamás de preparación al parto y yo le digo vamos a poner unos carteles.” (Isabel)

“La matrona en la preparación al parto nos dijo que dar lactancia materna más de seis meses era exagerado. En el centro de abajo me fui a visitar a la enfermera, que no entiende que mi hija tome teta, porque piensa que solo toma eso. Aunque yo le expliqué que una niña puede estar enganchada a la teta y comer de todo, pero a ella eso no le cabe en la cabeza; ¡y eso que es enfermera de pediatría!” (Evelyn)

b) RELACIÓN CON PROFESIONALES SANITARIOS: ATENCIÓN HOSPITALARIA

La percepción de las madres del apoyo a los GALM, y fomento de la LM desde el entorno hospitalario es bastante positiva. De las 17 madres que valoran esta categoría sólo encontramos cinco valoraciones negativas. Este hecho se debe, en parte, a la existencia de las consultas de lactancia hospitalaria⁸⁶, ya que suponen la principal conexión de los GALM con los centros hospitalarios. Estas unidades son descritas por 10 mujeres como

⁸⁶ En la región de Murcia existen dos centros hospitalarios del Servicio Murciano de Salud, que tienen consultas de lactancia materna, uno de ellos posee el galardón de Hospital Amigo de los Niños, por su compromiso, entre otros con la LM. Estas consultas ofrecen, entre otros servicios, asesoramiento telefónico y directo en consulta a madres con problemas de salud relacionados con la LM, educación sanitaria a las mujeres puérperas en el inicio de la LM, y asesoramiento a profesionales sanitarios sobre LM.

recursos muy valiosos de apoyo y de conexión con la atención hospitalaria. Existe una relación directa con los profesionales sanitarios que trabajan en ellas, tanto para derivar a las madres lactantes con problemas de salud directamente a esta unidad, saltándose en muchos casos el nivel primario de salud (4 casos), como para compartir información /formación (3 casos). La buena relación de los GALM con las unidades de lactancia, y en especial con una de ellas, tiene que ver con que uno de los profesionales que trabajó durante años en esta unidad, es madre lactante, responsable de un GALM.

“Con el hospital pasa que, como la persona que más ha trabajado la lactancia materna en el hospital he sido yo, aunque no queríamos que estuviera mezclado, al final si lo ha estado. Al trabajar en el hospital nuestro de referencia, claro que tienen relación; nos conocen y conocen al resto de grupos de apoyo a la lactancia. Yo era el nexo de unión.” (Eulalia)

“La relación es sobre todo con la unidad medioambiental; están interesados, nos llaman para que vayamos.” (Dorotea)

“Para cada cosa que hacen nos llaman y cuentan con nosotras; con ese departamento de salud medioambiental, muy bien.” (Carlota)

“Derivamos al hospital; a veces derivamos a la enfermera de lactancia que también nos conoce.” (Macarena)

“Nosotras a veces derivamos al hospital o a la matrona cuando se trata de un problema de salud real. Nosotras mandamos a las madres con urgencias a la unidad medioambiental pediátrica, a la consulta de lactancia, porque no nos podemos fiar.” (Evelyn)

“Después de muchos problemas, surgió una herramienta para nosotras, que es la consulta de lactancia del hospital, y muchas veces cuando el pediatra de primaria no quiere molestar en ver si hay un problema de salud, la opción que damos a las mamás es derivarlas a la consulta de lactancia de la unidad medioambiental, con la que tenemos relación.” (Ester)

“A nivel hospitalario privado no conozco, pero en el público más cercano, tiene la propia unidad de lactancia y se deriva desde los profesionales a esa unidad; aunque desde la unidad se habla también de los GALM. También nosotras hemos derivado a esa unidad, sobre todo cuando vemos algún tipo de problemas que requiere algún estudio.” (Emma)

“Si, con una enfermera de la unidad de lactancia, ella nos manda información.” (Carlota)

Si, con la unidad de salud medioambiental; con ellos sí que hemos estado en contacto; con el coordinador de formación continuada del hospital, también porque en los cursos que organizan de capacitación en lactancia normalmente dejan algún hueco para las madres de los grupos de apoyo.” (Macarena)

“Cursos que han hecho en Murcia; uno que hicieron en la unidad medio ambiental del hospital, para profesionales y que nos reservaron dos o tres plazas para personas de la asociación.” (Consuelo)

Por otro lado, también existe una relación con las maternidades hospitalarias (4 casos), ya que estas ejercen en algunos casos una función de promoción de la LM y de los sistemas de apoyo continuado a la LM presentes en la comunidad⁸⁷.

“En el hospital, donde nacen los niños la información está actualizada; son visibles nuestros carteles y la información que damos. Aunque siempre se puede hacer más.” (Margarita)

“No, nosotras no, pero a la persona que llamó el otro día, le habían dado los teléfonos en el hospital.” (Daniela)

“Las enfermeras de la maternidad si apoyan la lactancia.” (Amelia)

“Del hospital también nos mandan madres.” (Rosalia)

En relación a este último aspecto, algunas mujeres son críticas, entendiendo que no se está fomentando la LM en los hospitales todo lo que se debiera, a pesar de que se sabe que su papel es clave (3 casos). Tampoco existe una difusión y apoyo claro a la tarea de los GALM a nivel hospitalario, o por lo menos así lo sienten y expresan tres de las mujeres entrevistadas (cuyo hospital de referencia es el mismo), todo ello a pesar de que sí es un compromiso a nivel oficial del propio hospital.

“Pues simplemente que me gustaría ver que la gente saliera del hospital con más referencias positivas en relación con la lactancia.” (Mar)

“Cuando salí del hospital, todo el mundo (profesionales sanitarios) me decía lo importante que era que le diera lactancia materna porque mi hijo había estado muy grave, pero no me daban información clara de cómo hacerlo.” (Consuelo)

“En cuanto al hospital, tenemos relación con un pediatra del hospital y nos apoya, pero siempre parece que la medicina va por un lado y lo que es más importante para las madres, va por otro. Tú pares y sí que te apoyan y te dan instrucciones: la lactancia es así, pero los sentimientos que pueda tener una madre y todo el proceso después de parir, de eso nadie habla, y le queda mucho que trabajar a la mujer.” (Paula)

“El hospital tiene ahora su consulta de lactancia allí y estamos un poco separados, a pesar de que el grupo fue decisivo para el proceso de acreditación (como Hospital Amigo del los niños). El grupo de madres por un lado y consulta de lactancia por otro. No hay una difusión por parte del hospital de la existencia del grupo de madres.” (Paula)

“Con los del hospital oficialmente, parece que hay apoyo pero (...) y porque ellos necesitan tener el grupo de madres, pero en realidad no les importa.” (Noa)

⁸⁷ Recordemos que en el documento Diez pasos hacia una Feliz lactancia natural (OMS, 1989) se insta a los profesionales sanitarios, especialmente de las maternidades a que recomienden a las madres ponerse en contacto con un grupo u otro sistema de apoyo continuado con la LM

“En el hospital, también nos ignoran, nadie sale informándose de que hay un grupo de lactancia. (Amelia)

Por otro lado los GALM ejercen una importante función de promoción de la LM y apoyo directo a la mujer recién parida en las maternidades (4 casos), aunque este es un tema controvertido, ya que, como menciona una de las entrevistadas, resolver los problemas de lactancia materna de las mujeres recién paridas debería ser una función asumida por los profesionales sanitarios de la propia maternidad y no por un grupo de apoyo; esta es una de las razones por la que algunos GALM han dejado de realizar esta función.

“Mi compañera va al hospital una vez al mes a ver a las que han parido ya, y se ofrece para cualquier cosa que puedan necesitar. Si una madre tiene en ese momento problemas, porque no se ha enganchado todavía o cualquier cosa, antes de que se vaya que lo tengan claro.” (Teresa)

“Visitamos una vez al mes, a las mamás en el hospital.” (Dorotea)

“Del hospital, nos llaman para que vayamos a ver a las madres, somos el único grupo que va, porque otros ya no van.” (Carlota)

“Luego nos llaman del hospital, para que vayamos dos veces a la semana, y yo creo que nuestra función no es esa.” (Consuelo)

Las maternidades de los hospitales son lugares estratégicos de promoción de la LM, en los que se debe asegurar que las mujeres recién paridas, que lo deseen, obtengan por parte de profesionales sanitarios cualificados, todas las orientaciones e indicaciones necesarias para el buen inicio e instauración de la LM, así como la información sobre los recursos comunitarios de apoyo continuado a la LM existentes en el entorno. Sin embargo, según algunas de las mujeres entrevistadas, existen carencias en este nivel asistencial.

Se describen relaciones muy positivas con las consultas de lactancia hospitalaria con las que cuentan algunos hospitales, siendo estas unidades el verdadero nexo de unión de los GALM con el entorno hospitalario, y donde se realiza un importante esfuerzo de apoyo a la LM y a la madre que amamanta. Las mujeres entrevistadas afirman derivar a las madres con problemas de LM a estas consultas, saltándose el nivel asistencial de APS, pilar fundamental en la promoción de la LM y prevención de problemas asociados a ella. Esta situación puede explicarse por la falta de apoyo sentido por las mujeres por parte de los

profesionales de los centros de salud, especialmente de los pediatras, que a su juicio son poco favorecedores de la LM y de la tarea de los grupos. Se describen actitudes pasivas o prácticas inadecuadas que interfieren en la LM por parte de algunos pediatras.

Una percepción mucho más positiva, aunque también con excepciones, es la que tienen de la relación con los profesionales de la enfermería: diplomados y matronas, que según las mujeres entrevistadas apoyan mucho más la tarea de los GALM, y derivan mujeres a los grupos. Esta diferencia entre profesionales podría explicarse, entre otros factores, por la diferente orientación de la formación inicial y continua de ambos, ya que la capacitación en LM, junto a protocolos de prácticas favorecedoras de la LM, son herramientas imprescindibles para la promoción de la LM.

III) RELACIÓN CON OTROS PROFESIONALES DEL ENTORNO SOCIAL

Son pocas las mujeres que aportan información relacionada con esta categoría. Siete mujeres, relatan que los GALM mantienen relaciones con otro tipo de profesionales no sanitarios del entorno social, relacionados con la realidad de la LM, la crianza, y la infancia en general. Se describen relaciones de colaboración con profesionales de la enseñanza con los que se ha desarrollado el proyecto “lactancia al cole” (3 casos). También se mencionan relaciones ocasionales con trabajadores sociales, con una psicóloga experta en crianza respetuosa, con un logopeda, y de manera puntual con periodistas interesados en difundir la labor de los grupos.

*“Algún contacto hemos tenido con periodistas a la hora de difundir información”.
(Macarena)*

“Con los maestros de los colegios también; en la semana mundial nosotros hacemos un pequeño taller en infantil.” (Dorotea)

“Bueno, gracias a la trabajadora social, tenemos local para reunirnos.” (Evelyn)

“Bueno, puesto que la psicología imperante es conductista, hay una psicóloga que es la referencia del grupo, porque está apoyando la crianza natural y respetuosa, y la lactancia materna; y entonces organiza talleres para las madres sobre temas de crianza respetuosa. También hacemos talleres y charlas abiertos al público general, a todo el mundo.” (Consuelo)

“Con otros profesionales, imagino que sí. De hecho son ellos los que se ponen en contacto con nosotras. Se ponen en contacto con nosotras gentes de otros sitios, por ejemplo interesadas en incluir la lactancia en el colegio. Sí se han puesto en contacto

con nosotras, educadores, trabajadores sociales, etc..., lo que pasa es que no siempre podemos atender a sus demandas, porque ellos buscan en las madres del grupo esa pieza que falta en el sistema sanitario. Nosotras somos madres, no profesionales de la salud y tenemos que dejar muy claro que no podemos cubrir ese vacío.” (Ester)

En educación por ejemplo; en colegios hacemos algunas actividades para promocionar la lactancia, como la lactancia al cole, que han hecho otros grupos y la hemos secundado, y así atacamos varios frentes: la infancia que ya va viendo más normalizada la lactancia materna, y las maestras también.” (Úrsula)

“Sí que hemos hablado con gente particular para poder apoyarnos, por ejemplo logopedas, que sí que están interesados.” (Amelia)

Generalmente, y como mencionan cinco mujeres, los GALM aprovechan los recursos humanos del propio grupo, es decir, cuentan con la profesionalidad de las mujeres que participan en ellos, ya que aunque consideran interesante el contacto con profesionales fuera del ámbito sanitario, normalmente no cuentan con el tiempo, o con los recursos necesarios para ello, sobre todo, si hablamos de los grupos pequeños y con poca participación de mujeres (2 casos). Sólo una mujer afirma no haber necesitado de esta relación.

“No, contamos con mamás del grupo que ayudan, que son abogadas por ejemplo. Son las madres que vienen al grupo y son profesionales.” (Dorotea)

“(…) y también cada mamá que está en el grupo aporta su profesión.” (Macarena)

“Según las profesiones, son las madres lactantes las que participan.” (Matilde)

“Las relaciones las tenemos entre nosotras.” (Evelyn)

“En el grupo si hay otros profesionales implicados, porque son del grupo, no porque nosotras hayamos intentado tejer esa red social. Tampoco hemos tenido mucho tiempo para poder implicarnos con otra gente. No se han hecho actividades para relacionarnos con profesionales socio sanitarios como trabajadores sociales, educadores infantiles, etc.” (Eulalia)

“(…) pero como no tenemos suficiente flujo de gente en nuestra asociación no se puede quedar con un profesional para que haga un taller para tres personas, no se puede.” (Amelia)

“Que yo sepa ahora mismo no hemos necesitado ningún tipo de profesional no sanitario.” (Emma)

Por tanto, podemos afirmar que son escasas las relaciones con otro tipo de profesionales no sanitarios, dada la limitación de tiempo y recursos de los GALM. Los grupos suelen aprovechar el valioso recurso interno que poseen, es decir las riquezas y capacidades de las madres que acuden a él.

IV) RELACIONES CON AGENTES DE LA COMUNIDAD (ASOCIACIONES, COLECTIVOS, INSTITUCIONES)

En relación a los contactos y relaciones establecidas con agentes comunitarios, la información está muy dividida. Doce mujeres afirman mantener contactos con grupos del entorno social cercano, o con otro tipo de instituciones de carácter público o privado. Esta relación es más común en localidades con un buen tejido asociativo y con ayuntamientos que lo fomentan y apoyan (2 casos).

“Estamos en una localidad donde se hacen muchas cosas. Nos han invitado a muchas cosas, y a las que hemos creído más relacionadas con nosotras, pues hemos ido; por ejemplo si ha habido un foro de promoción de la salud, como nosotras creemos que estamos muy vinculadas a la promoción de la salud y al bienestar, pues si hemos podido hemos sido.” (Eulalia)

“También es verdad que aquí, el ayuntamiento nos tiene reconocidos como una asociación sobre la salud, y eso ayuda, por ejemplo para hacer cosas en la semana de la salud. En ese sentido el ayuntamiento apoya, y creo que eso influye.” (Alejandra)

El colectivo que mayoritariamente se menciona es el de las asociaciones o centros de la mujer, con los que seis mujeres dicen mantener algún tipo de relación. Otros contactos que se citan son las asociaciones de vecinos (2 casos), los centros culturales y otras asociaciones culturales (2 casos), y asociaciones de carácter sanitario (3 casos).

“Solo con la asociación de mujeres que nos permite reunirnos aquí gratuitamente” (Margarita)

“Nos conoce el centro de la mujer porque las reuniones son allí, pero no hacemos nada conjunto.” (Carlota)

“Cuando empezamos el grupo de apoyo, yo me fui a la asociación de la mujer para darnos a conocer, y me dijeron que sí. Luego me pasé y les dejé un cartel, pero poco más.” (Evelyn)

“Sí, con el centro de la mujer, a veces hemos hecho los talleres de educación para toda la familia y fueron ellas desde el centro de la mujer las que nos ayudaron en la gestión para iniciar la asociación con los estatutos, y todo eso. La relación con el centro de la mujer la que mejor.” (Úrsula)

“Por ejemplo la asociación que se dedica a hacer tertulias, y nos invitaron para contar lo que hacíamos; también se han puesto en contacto con nosotros la asociación contra el cáncer, también asociaciones de mujeres. Nos conocen y nos invitan” (Eulalia)

“En verano la asociación de vecinos nos deja reunirnos allí. Así que yo creo que sí, lo que pasa es que no damos abasto con lo que hacemos.” (Rosalía)

También se mencionan relaciones de colaboración con instituciones públicas como la Concejalía de la mujer o el Instituto de la mujer, servicios sociales, con Cáritas, e incluso con centros penitenciarios.

“Sí, hemos colaborado a nivel institucional con el Instituto de la mujer en una campaña sobre lactancia y trabajo. Pero a nivel de colectivos o asociaciones de la zona, no.” (Macarena)

“Ayer me llamaron de la cárcel, para ofrecerme voluntarios, de las personas con delitos menores, para hacer servicios a la comunidad. Le dijimos que sí, pero que fueran madres, porque empatizan mejor con otra igual. Otras veces hemos colaborado con el servicio de ayuda a la mujer embarazada, que es de la Comunidad Autónoma, hemos realizado charlas para las mujeres en riesgo de exclusión social o maltratadas, organizamos una reunión para que vinieran, lo que pasa es que ahora ese servicio está cerrado. Nosotras, a lo que nos llaman, estamos dispuestas.” (Rosalía)

“También hay una trabajadora social, que trabaja con Cáritas y quería hacer un grupo de madres allí. Nosotras estamos viendo que si hacemos otro grupo allí, no hay integración. Además no hay personas para encargarse de otro grupo.” (Evelyn)

Las relaciones descritas van desde el conocimiento mutuo de la labor realizada y la cesión de espacios de reunión (3 casos), hasta la realización de actos conjuntos (4 casos). Incluso se relatan relaciones de apoyo y colaboración mutua más allá de eventos puntuales (5 casos).

“Sí, te conocen porque yo ya llevo trece años y me conoce todo el mundo. Te permiten que estés en su local y te conocen pero nada más.” (Dorotea)

“En verano la asociación de vecinos les deja reunirse allí. Así que yo creo que sí, lo que pasa es que no damos abasto con lo que hacemos.” (Rosalía)

“Sé que sí, que se han hecho actos conjuntos, por ejemplo el día de la mujer trabajadora, se han hecho cosas, con la asociación de la mujer.” (Mar)

“Hacíamos protestas con ellas en la puerta del ayuntamiento por la violencia de género.” (Daniela)

“Pues nos conocen; por ejemplo a las reuniones que hacen para preparar la semana de la salud, a esas reuniones va la presidenta y a veces yo también. Allí nos preguntan qué hacemos. Lo que pasa es que es solo una semana, las actividades se solapan, y no son en el mismo sitio.” (Alejandra)

“Como ya estamos seis años, también nos conocen las asociaciones, y para actividades concretas, nos hemos puesto en contacto unos con otros. La mayoría de las veces, han sido las otras asociaciones las que se han puesto en contacto con nosotros, para saber qué es lo que hacemos, y ver si podemos hacer algo en común.” (Eulalia)

“Todos nos conocemos y muchas veces recibimos apoyos, sobre todo para actividades puntuales, como la semana mundial de la lactancia, o para el día de los derechos del niño. Nos piden ayuda para realizar sus actividades y nosotras les pedimos ayuda para las nuestras, sobre todo nos ayudan a conseguir recursos materiales, nos ceden locales, nos ponen en contacto con personas que nos podrían ayudar.” (Ester)

También nos encontramos con mujeres, que dicen no mantener en sus grupos ningún tipo de relación o contacto con agentes de la comunidad (5 casos). Siete mujeres afirman que los colectivos o grupos sociales cercanos, saben que existe el GALM, pero realmente no saben cuál es su función y no existe ningún tipo de relación con ellos.

“No, ningún tipo de relación “(Paula)

“Yo creo que no; quizás debería haber, pero no.” (Amor)

“Como no sea por oídas, no tenemos ninguna relación.” (Isabel)

“Yo creo que nos conocen, pero no tenemos relación “(Matilde)

“Ninguna; que yo sepa no, no nos conocen.” (Julia)

“Saben que existimos porque nos encontramos un día en la concejalía de la mujer. Pero no nos conocen, de hecho la federación de asociaciones de mujeres han hecho convocatoria y no nos han llamado.” (Pepa)

“No; nada, nada. Sólo saben de nuestra existencia, por los carteles que hay allí y porque nos ven allí de vez en cuando.” (Emma)

En cuatro casos se relatan conflictos surgidos con las asociaciones o colectivos generalmente relacionadas con el espacio de reunión. Las mujeres comentan que han tenido problemas para la cesión de espacios e incluso les han echado, alegando que los niños hacen mucho ruido, o que su actividad no coincide con el perfil e intereses de sus usuarios. También se menciona como dificultad la falta de tejido asociativo en la localidad (1 caso).

“Ya te digo que tuvimos una mala experiencia al principio. Este verano que cierra el centro de salud por la tarde, nos han concedido reunirnos en una sala de allí, pero porque la madre que lo ha solicitado es socia.” (Macarena)

“También estuvimos en el centro de Puertas de Castilla, y nos dimos a conocer, pero luego nos echaron.” (Carlota)

“Y en los centros de la mujer, yo pedí que nos dejaran un sitio para la reunión, y la del ayuntamiento nos dijo que sí, pero luego la del centro de la mujer dice, que el perfil de mujeres que tienen, es de sesenta años, y no les interesa mucho esta actividad.” (Rosalía)

“Las reuniones empezaron en el centro de la mujer y nos echaron literalmente; la primera reunión ya nos dijeron que no podíamos volver porque les molestábamos con los niños, con los carritos, o sea que apoyo desde luego es muy, muy difícil porque la gente pasa.” (Rebeca)

“Aquí no es que haya muchas asociaciones.” (Evelyn)

Aunque son varios los GALM que mantienen contactos o relaciones de colaboración con asociaciones o colectivos del entorno social, estos tienen muchas veces un carácter puntual y limitado. Las dificultades pueden estar relacionadas con la falta de reconocimiento social de la importante función socio sanitaria de los GALM y con la falta de consideración de la LM como bien social, responsabilidad de la sociedad en su conjunto. También podríamos hablar de una carencia de tejido asociativo y de tradición participativa y colaborativa por parte de los colectivos, incluidos los GALM, que limita las relaciones entre agentes sociales. Si bien, es cierto, que esto no ocurre en todas las localidades, ya que, como mencionan algunas mujeres, existen administraciones locales que sí fomentan y apoyan el tejido asociativo y reconocen a los GALM como asociaciones de interés socio sanitario.

V) IMAGEN SOCIAL DE LOS GALM

Varias son las mujeres que en la entrevista comentan aspectos relacionados con la imagen social del GALM y de las madres que amamantan de forma prolongada o sobre prácticas de crianza asociadas al amamantamiento. Las mujeres responsables de los grupos (9 casos) expresan su vivencia de cómo creen que se les percibe y valora en la sociedad, reproduciendo juicios de valor que han escuchado sobre la actividad del grupo o sobre las madres que participan en él. Prácticamente todas las aportaciones son negativas; piensan que no se valora ni se entiende la labor del grupo y que la sociedad las ve como algo raro o extremista, llegando incluso a utilizar palabras como “locas de la teta” o “secta” (7 casos).

“Nos llama gente de fuera, y la gente de aquí del pueblo no valora lo que hay (el grupo)” (Mar)

“En el pueblo el grupo ha tenido mala fama, y hay madres muy reacias a participar, (...)” (Noa)

“La gente no va porque le da vergüenza, creo que porque piensan que la lactancia es una cosa personal y que si te apoyas en otras personas es porque no eres una buena madre” (Amelia)

“El nombre del grupo suena, dicen mis amigas, que suena a secta. Dicen que somos las locas de la teta.” (Dorotea)

“(...) Y luego nos llaman la secta de la teta.” (Pepa)

“Porque hay gente que te trata un poco como secta.” (Daniela)

“En algunas ocasiones vienen pensando, a ver qué me dicen las locas estas de la teta. Me han dicho, si es que voy a saber yo más que el médico, y eso desilusiona mucho.” (Alejandra)

“Porque cuando llegamos aquí las tres, la primera vez y nos presentamos, y dijimos que estábamos amamantando a nuestros niños y nos trajimos a nuestros niños, salieron de aquí diciendo; estas están locas y nos quieren vender la moto. También he visto madres que nos han tomado por locas.” (Julia)

“La verdad es que la consideraba (a madre del GALM) una chiflada de la “teta”. El problema viene cuando la lactancia se prolonga más del tiempo consensuado socialmente, que entonces ya, como dice el marido de una madre, somos una secta. Y en parte es verdad, porque estamos separadas de lo que se considera normal. Hay que reorganizar las palabras de lo que se considera normal. Hay que utilizar un vocabulario que se ajuste a la realidad.” (Evelyn)

“La sensación que da, es que somos unas locas de la teta, pero bueno, yo disfruto con mi locura, y quien no quiera compartir mi locura, no tiene por qué hacerlo, yo lo respeto.” (Rosalía)

Solamente dos mujeres, aportan valoraciones más positivas, en las que evidencian que, poco a poco, los GALM están consiguiendo una mayor aceptación social e incluso reconocimiento y prestigio.

“Pues yo creo que el grupo tiene un nombre de modo que cuando convocamos una conferencia, aunque no conozcan al ponente, tiene mucho poder de atracción por estar organizado por nosotras.” (Rosalía)

“Pero creo que cada día hay madres nuevas a las que les pueda interesar.” (Noa)

La falta de aceptación y valoración social de la función de los GALM, está íntimamente relacionada con la falta de valoración y aceptación de la propia lactancia materna, sobre todo cuando esta se prolonga más de lo que socialmente, y no científicamente, se considera normal o apropiado. Seis mujeres manifiestan sentirse incomprendidas e incluso juzgadas por dar el pecho a sus hijos, como si dar LM a partir de cierta edad del niño fuera un capricho de la madre o una práctica insana asociada a incultura o falta de salud mental. Igualmente se expresan valoraciones negativas hacia pautas de crianza asociadas a la LM, como son el colecho o la crianza con apego (2 casos). Según dos mujeres, la sociedad hoy en día, no apoya ni valora la LM (2 casos)

“Digamos que no es lo normal, el dar el pecho mucho tiempo, y llevarlos mucho en brazos, y quizá aquí no oyen comentarios en contra sobre que se van a acostumbrar, que esto es vicio.” (Matilde)

“Yo iba a la piscina con mis hijos, allí había otras madres que amamantaban, y lo veíamos normal; pero el resto de madres nos veían como bichos raros, no entendían que un niño con un año tomara pecho, (...) piensan que ya no está tomando alimento y tienes que oír cómo te dicen que lo usa de chupete, que está jugando. Esas cosas me crisan mucho.” (Evelyn)

“*Estamos escondidas, con miedo a algún comentario como, quita loca, si ya no le hace falta, si ya no le sale.*” (Amor)

“*Algunas madres tienen la sensación de sentirse un bicho raro, porque la sociedad no las apoya, y a veces en la familia son ellas las únicas que dan pecho, o en su círculo de amigas o con los vecinos*” (Eulalia)

“*(...) porque seguir dando la teta y encima con dientes, eso es una barbaridad.*” (Daniela)

“*¡Que una persona en una cafetería se extraña de ver a una madre dando el pecho a su hijo de ocho meses!, porque está bien visto cuando son muy pequeños, pero cuando el niño deja el bocadillo en la mesa y pide teta, eso ya es un escándalo.*” (Consuelo)

“*La gente te mira cuando das el pecho, no cuando es muy pequeñín sino cuando es un poco más grande. Me dicen que estoy como las gitanas con la teta siempre fuera.*” (Emma)

“*Porque todavía en la sociedad se ve muy mal (el colecho), y entonces decirles; mira todas nosotras que llevamos lactando mucho tiempo lo hemos logrado así, porque de otra manera es imposible porque iríamos muertas.*” (Macarena)

“*Pues aquí, aunque hay un estado de salud bueno, realmente al niño no se le apoya; no se mira por su salud. Se lleva como un marketing, al nacer te dicen que hacen falta mil cosas, pero no se centran en lo que realmente se necesita que es el contacto con la madre. La crianza son menos cosas; son simplemente un contacto y una seguridad para tu hijo y una educación; y las madres van agobiadas con lo que les toca en cada momento. El empresario y en general la sociedad no apoya la crianza.*” (Paula)

“*Lo que pasa es que la gente no valora nada la lactancia.*” (Rosalia)

La pérdida de la cultura del amamantamiento y las altas tasas de abandono temprano de la LM nos han llevado a que, como sociedad, dejemos de considerar normal dar el pecho a los hijos, sobre todo después de los primeros meses. Esta preocupante situación lleva a las madres lactantes a sentirse incomprendidas, rechazadas socialmente e incluso cuestionadas como madres. De igual manera, la actividad de los grupos de apoyo a la LM, favorecedores de lactancias prolongadas, en los que las madres comparten una parte de sus vidas es considerada social y culturalmente como una parte de la esfera íntima de cada familia; e igualmente, según nos relatan las entrevistadas, se ven como propias de grupos de mujeres extremistas o raras, por una parte importante de la sociedad.

CATEGORÍA 6: RELACION DE LOS GALMS CON LA COMUNIDAD**6.1. RELACIÓN CON OTROS GALMS DE LA REGIÓN**

Descripción de la variable	Nº de casos
Tipo de relación con otros GALM	
Se mantiene algún tipo de relación con otros GALM	12
- Relaciones de colaboración	7
- Se conocen y se informan de los actos que realiza cada grupo	5
El contacto o relación es escaso o nulo	12
- No hay contacto pero les gustaría	7
Valoraciones	
Debería existir una mayor comunicación	2
Es un reto del grupo	1
Se Intenta no hacer coincidir la fecha de reunión	2
Las relaciones de colaboración se dan entre grupos de una misma red	2
La relación que mantienen es a nivel personal	4
Responsables de grupos nuevos acuden a reuniones de otros GALM	2
Dificultades encontradas	
Distancia geográfica	2
Falta de tiempo	4
Diferencias en los modos de hacer o en la filosofía	2
Depende de las personas	1

6.2. RELACIÓN CON PROFESIONALES SANITARIOS

6.2.1. RELACIÓN CON PROFESIONALES SANITARIOS: ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS)

Descripción de la variable	Nº de casos
Tipo de relación con los profesionales	
Existe alguna relación y cierto apoyo	11
No existe relación ni apoyo	13
Valoraciones positivas	
Los profesionales sanitarios apoyan y hacen difusión del GALM	4
Cada vez hay más profesionales con ganas de colaborar	2
La relaciones son más fáciles cuando hay profesionales sanitarios dentro del propio grupo.	5
Algunos profesionales sanitarios recurren a los GALM para informarse o formarse	2
Se respeta a los profesionales, cada uno tiene su función	2
Valoraciones negativas	
Los profesionales sanitarios dejan hacer, pero no se interesan por lo que hace el grupo, ni lo consideran importante	8
Derivan pocas madres/ no derivan madres	5
Los profesionales sanitarios no tienen formación en LM, no saben solucionar problemas de LM	5
La inestabilidad de los profesionales en los centros no ayuda	1
Sólo apoyan los profesionales que son pro lactancia	2
Para los profesionales sanitarios la LM no es una prioridad	1
No se han conseguido suficientes apoyos	1
Existen conflictos con los grupos o con las madres que amamantan	3
Otras valoraciones	
La relación con los profesionales sanitarios se considera un aspecto importante, los GALM están disponibles para aunar esfuerzos	5
Las responsables de los grupos se presentan en los centros de salud, se manda información a los profesionales, se hacen reuniones de presentación	7
No se le dedica tiempo ni esfuerzos a la relación (no hay tiempo)	3
Los GALM le hacen un favor al sistema sanitario, mandan problemas que los profesionales no saben solucionar, se cubre un vacío del sistema.	5

6.2.1. 1. RELACIÓN CON PROFESIONALES SANITARIOS: PEDIATRAS DE APS

Descripción de la variable	Nº de casos
Tipo de relación con los profesionales	
Valoraciones negativas	17
Valoraciones positivas	7
Valoraciones positivas	
Algunos pediatras mandan madres al grupo	4
Algunos pediatras están empezando a dar buenos consejos de salud	1
Existe respeto mutuo	2
Los pediatras apoyan cuando ellas son madres	2
Valoraciones negativas	
No les interesa o no saben lo que hacemos	4
Algunos son reacios, están en contra de lo que hacen los grupos, nos ven como enemigos, quieren desprestigiarnos	4
Deberían confiar más en nosotras	1
Los pediatras contradicen las informaciones del grupo y las recomendaciones oficiales sobre LM	5
Los pediatras asumen posiciones de superioridad	1
Difunden el tema pero realmente no lo apoyan	1
Los pediatras lo solucionan todo con leche artificial	4
Hay pediatras que dan muestras de leche de fórmula	2
Los pediatras saben de enfermedades, de patologías	2
Mandan los intereses económicos	1
Otras valoraciones	
Hay profesionales que se han formado en LM gracias a los GALM	3
Hemos aprendido a relacionarnos con los pediatras contándoles lo que nos interesa	1

6.2.1. 2. RELACIÓN CON PROFESIONALES SANITARIOS DE APS: ENFERMEROS Y MATRONAS

Descripción de la variable	Nº de casos
Tipo de relación con los profesionales	
Valoraciones negativas	6
Valoraciones positivas	16
Valoraciones positivas	
Los profesionales de enfermería (enfermeros/ as y matronas) sí apoyan, sí hay relación	9
Les apoyan más cuando los profesionales han fomentado el proceso de formación del GALM, o han participado en ellos como madres.	6
Difunden su existencia y trabajo, y derivan madres a los grupos	16
Hacen de mediadores con otros profesionales	2
Valoraciones negativas	
No se valora la labor de los GALM, no los apoyan, ni difunden su existencia	5
Ven los GALM como rivales en su tarea o como grupos de madres extremistas	4
Profesionales con carencias de formación que no fomentan la LM	1

6.2.2. RELACIÓN CON PROFESIONALES SANITARIOS: ATENCIÓN HOSPITALARIA

Descripción de la variable	Nº de casos
Tipo de relación con los profesionales	
Valoraciones positivas	10
Valoraciones negativas	5
Valoraciones positivas	
Relación y apoyo de las consultas de LM hospitalarias	10
- Derivan madres a estas unidades	4
- Comparten información y formación	3
Relación con las maternidades de hospitalarias: fomento de la LM y difusión de los GALM	4
Visitas de miembros de los GALM a las maternidades para asesorar a las púerperas	4
Valoraciones negativas	
En los hospitales no se fomenta y apoya suficientemente la LM	3
No hay apoyo hospitalario a la función de los GALM	3

6.3. RELACIÓN CON OTROS PROFESIONALES DEL ENTORNO SOCIAL

Descripción de la variable	Nº de casos
Relación con los profesionales	
Si existe relación con profesionales externos al grupo	7
Se cuenta con los profesionales/ madres del propio grupo	5
Tipo de profesionales	
Profesionales de la enseñanza	2
Trabajadora social	1
Psicóloga	1
Logopeda	1
Periodista	1
Otras valoraciones	
Sería interesante	1
Faltan recursos, tiempo, madres, etc.	2

6.4. RELACIONES CON AGENTES DE LA COMUNIDAD (ASOCIACIONES, COLECTIVOS, INSTITUCIONES)

Descripción de la variable	Nº de casos
Valoraciones	
Valoraciones negativas	12
Valoraciones positivas	12
Tipo de relación	
Conocimiento mutuo y cesión de espacios de reunión	3
Realización de actos conjuntos	4
Apoyo y colaboración mutua	5
Tipo de colectivo o institución (pública o privada)	
Asociaciones o centros de la mujer	6
Asociaciones de carácter sanitario	3
Asociaciones de vecinos	2
Centros culturales y otras asociaciones culturales	2
Concejalía de la mujer o el Instituto de la mujer	2
Servicios sociales	2
Cáritas	2
Centros penitenciarios	1
Otras valoraciones	
Relación más común en localidades con un buen tejido asociativo y con ayuntamientos que lo fomentan y apoyan	2
No existe ningún tipo de relación o contacto con agentes de la comunidad	5
Grupos sociales cercanos, saben que existe el GALM, pero realmente no saben cuál es su función	7
Conflictos surgidos con las asociaciones o colectivos	4
Falta de tejido asociativo en la localidad	1

6.5. IMAGEN SOCIAL DE LOS GALM

Descripción de la variable	Nº de casos
Valoraciones	
Valoraciones negativas	19
Valoraciones positivas	2
Valoraciones relacionadas con los GALM	
No se valora, ni se entiende la labor del grupo	2
La sociedad ve los GALM como algo raro o extremista (secta/ locas)	7
Cada vez más mujeres se interesan	1
El GALM ha alcanzado reconocimiento y prestigio social	1
Valoraciones relacionadas con la LM	
Mujeres que amamantan sienten rechazo social	6
Rechazo social ante pautas de crianza asociadas a la LM	2
La sociedad no apoya ni valora la LM	2

CATEGORÍA 7. EXPERIENCIA DE LA MUJER COMO MIEMBRO/ RESPONSABLE DEL GALM

SUBCATEGORÍAS

I) FUNCIÓN DENTRO DEL GALM

Al describir las funciones que desarrollan en el GALM, un grupo importante de mujeres nos habla de tareas relacionadas con la coordinación del grupo y la preparación y moderación de las reuniones (6 casos), así como de otro tipo de tareas relacionadas directamente con las propias funciones del GALM, como son las de transmitir y compartir información sobre LM (5 casos), asesorar, apoyar y ayudar a las madres a partir de la formación adquirida sobre LM y sobre habilidades comunicativas (4 casos) y, también, a partir de la propia experiencia vivida (2 casos).

“Quizá, a lo mejor, poder moderar un poco el diálogo, y comunicar aquello que me va llegando por distintas vías sobre la lactancia.” (Margarita)

“Ahora mismo me encargo de muchas cosas; generalmente soy yo la que preparo los textos, porque mis hijos son los más grandes del grupo. Soy yo la que se encarga de preparar los temas, de hablar con las madres en las reuniones, y de todo eso.” (Alejandra)

“Coordinación y asesoramiento.” (Emma)

“(…) y a veces, también hace falta dar algo de información, de la que tenemos por nuestros años de experiencia y por nuestra experiencia vital. Sobre todo, funciones de información y apoyo, pero también intentamos, las monitoras, tener algo más de habilidades de comunicación, no sé, creo que es eso. Intentamos coordinar las reuniones.” (Eulalia)

“Yo me centro más en el apoyo a la madre. Yo le ayudo a mi compañera a moderar el grupo, atiendo las dudas de las madres, y atiendo las llamadas telefónicas.” (Ester)

“Mi función es sobre todo informativa y de apoyo emocional.” (Matilde)

“Mi función es la de asistir y apoyar.” (Noa)

“Mi función, lo que yo intento, es atender a todas las mamás que van a la reunión y que se vayan con una buena impresión que las invite a volver.” (Amor)

“Pues, simplemente poner en práctica todo lo que he leído, todo lo que he ido formándome durante estos años para poder ayudar a las mamás. Llevo tiempo formándome. Todas las técnicas de comunicación y toda la información que he recibido, pues ayudar a toda madre que pregunte.” (Carlota)

“Mi función, creo, que ha pasado por muchos puntos; empecé formándome y luego, seguí transmitiendo mi experiencia a las madres. A día de hoy, considero, que soy una persona muy formada.” (Rebeca)

“Lo que he aprendido lo cuento allí. Mi función consiste en transmitir lo que yo he aprendido.” (Isabel)

“Pues, aconsejar a mamás. Yo creo que mi función es esa: aconsejar a partir de mis propias vivencias, de lo que yo he aprendido. Enseñarles que hay muchos mitos falsos y que no se crean esas cosas.” (Julia)

Otro grupo de madres (8 casos), prefieren considerarse a sí mismas, no como coordinadoras o monitoras, sino como mediadoras, siendo su función principal el poner en contacto a las madres entre sí y favorecer el apoyo mutuo entre ellas. Incluso algunas mujeres afirman no tener una función especial dentro del grupo sino que se posicionan como una madre más, partiendo de la idea de que cada mujer aporta algo al grupo (4 casos). Tres mujeres destacan que su función la ejercen como madres, no como profesionales sanitarios, independientemente de si tienen o no tienen una titulación sanitaria.

“No sé, porque yo no me veo en la función de coordinadora, yo me veo como madre que necesita venir al grupo para recibir calor, para dar (...), más que como coordinadora yo me veo como madre que necesita del GALM.” (Margarita)

“¿Coordinadora?, bueno, yo solamente doy la bienvenida a las madres y comienzo las presentaciones. Eso es lo que coordino. Bueno, y si preguntan, pues también contesto.” (Evelyn)

“A mí me gustaría decir que soy mediadora entre madres y comunicadora. Me gustaría ser mediadora, no instructora, ni coordinadora, ni monitora.” (Consuelo)

“Yo lo que hago es aglutinar a las mamás, conseguir que vengan y que cuenten su experiencia y que se apoyen unas a otras y yo de paso cuento la mía. Eso es lo que yo hago: ponerlas en contacto.” (Pepa)

“Mi función es la responsabilidad de que cada mes se lleve a cabo el encuentro, de que asista la mayor cantidad de gente que pueda, elegir un día en que la afluencia sea mayor e invitar a las que vienen a que traigan a sus amigas. Mi responsabilidad es que asistan y tratar de que entre ellas encuentren un apoyo.” (Teresa)

“Pues, no sé, a mí me gusta implicarme y me encargo de hacer las actas, e intento ir a las reuniones puntualmente, pero pienso que todas somos bastante activas. No tenemos una labor especial.” (Mar)

“Mi función es como cualquier madre de las que asistimos, ahora mismo somos un grupo y cualquiera puede exponer un tema.” (Paula)

“Mi labor, yo intento que sea la de una madre más que intenta dar ese apoyo que hace falta (...).” (Eulalia)

“Nosotras somos madres, no somos profesionales.” (Rebeca)

“Yo digo que no somos enfermeras; somos madres que hemos dado el pecho; tengo mi experiencia y tengo la experiencia de mis compañeras. Si quieren algo más técnico les

recomiendo que vayan a la matrona o que vayan al pediatra. Yo creo que la gente va buscando una charla de lactancia y no es una charla. Cada una llega y cuenta lo que le pasa; en el grupo cada una aporta algo.” (Daniela)

“Desde mi posición de madre lactante, no como profesional, sino como madre, mi función es ayudarlas y orientarlas. (...) me fui dando cuenta que algo que no pretendía ser, era una charla, porque las reuniones pretenden ser abiertas, donde la gente habla, comparte, y yo terminaba acaparando con mi información, y todo porque yo era matrona y la gente me preguntaba. Las reuniones se estaban convirtiendo en un taller de lactancia y eso no es un grupo de apoyo, para mí. Esa es la función que yo he rechazado, y por eso di un paso atrás; sigo allí, y cuando voy yo no intervengo, no digo que soy matrona, a no ser que haya algún problema.” (Macarena)

Desde otra visión, algunas mujeres describen su tarea en el grupo como importante o destacada dentro de los mismos, considerándose a sí mismas como referente para el resto de mujeres, como un motor del grupo o como posibilitadora de procesos (4 casos)

“Pues diría que mi función es importante; es ayudar a las madres, darles información, apoyarlas por teléfono o personalmente. Pienso que es importante que las madres cuenten con alguien que esté ahí cuando tengan dudas y les pueda dar información fiable que les pueda ayudar realmente.” (Dorotea)

“Yo como presidenta, tengo la misión de favorecer que todo el mundo que quiera hacer una cosa, lo pueda hacer en beneficio del grupo, lo que pueda ser interesante para todas. Puede ser que sea referencia, porque soy la que lleva más tiempo, y tengo más experiencia. Cuando hay algún caso que se les va de las manos a mis compañeras, que no saben cómo solucionarlo, pues me preguntan. Soy la echada para adelante. Yo intento fomentar los talentos y permitir a la gente que ese trabajo que quiera hacer lo haga.” (Rosalía)

“Yo creo que soy un motor; yo creo que soy junto con mi compañera, las que intentamos hacer cosas.” (Amelia)

“Yo soy la presidenta, bueno ellas me dejan que sea la presidenta, ellas me dicen lo que tú digas; si tu lo ves bien así, pues ya está, aunque haya habido debate antes.” (Úrsula)

Al describir la función que, como responsables, las mujeres ejercen en los grupos, vemos como ésta es descrita desde términos como coordinadora, moderadora o mediadora; huyendo en muchos casos de terminología que indique un papel de superioridad respecto al resto del grupo y destacando su posición en igualdad con el resto de madres. Incluso en las personas que se definen a sí mismas desde el cargo que ocupan, o manifiestan tener un papel destacado, vemos que éste es referido a lo que pueden aportar por su

experiencia, formación, o características personales, y no tanto a un mayor poder de decisión o protagonismo dentro del grupo.⁸⁸

II) MOTIVACIONES

Las mujeres entrevistadas afirman que lo que les motiva a participar activamente en el GALM, asumiendo responsabilidades, son las madres y lo que el grupo les aporta; no sólo la satisfacción por la ayuda prestada, sino también porque, como madres lactantes, el grupo y el contacto con otras madres les refuerza sus lactancias y mejora el vínculo con sus hijos (9 casos).

“Pues eso, las madres. (Rosalía)

“Las madres sobre todo; con que venga una madre me conformo.” (Rebeca)

“Lo que siempre me ha motivado, es lo que yo he recibido del grupo; que siempre me han apoyado y he tenido a una persona cuando lo he necesitado, cuando yo me he sentido flaquear. Eso ha sido para mí tan grande y me ha aportado tanto en la lactancia de mis hijas que creo que se lo debo a otras mujeres.” (Macarena)

“Cuando alguien me da las gracias, sólo haber ayudado a alguien es suficiente.” (Alejandra)

“Y también el rodearte de gente con una misma manera de ver la crianza, eso a mí me aporta mucho, a mí me ayuda.” (Carlota)

“Yo creo que lo que me aporta es la relación con mi hijo, yo creo que es eso.” (Julia)

“Mi motivación principal es que yo le doy el pecho a mi hijo. A mí me refuerza en mi lactancia estar con otras madres.” (Consuelo)

“Yo como mamá lactante que todavía soy estoy muy motivada.” (Amor)

“Me motiva el tener contacto con otras madres; más allá de tu día a día.” (Paula)

La necesidad de formación y apoyo de las madres y el bienestar de los bebés, es otro de los motivos que un grupo importante de mujeres aluden para estar en los GALM. Nos hablan de la falta de apoyos a la LM de la sociedad de hoy en día y de la necesidad de que haya personas implicadas en su promoción.

“Es que yo creo que una vez que conoces el grupo es muy difícil mantenerte al margen. Entonces, yo creo que lo que te motiva es la necesidad; primero que hay una

⁸⁸ Este aspecto pudo ser contrastado, mediante observación participante, en las reuniones de los GALM estudiados, observándose en las responsables de los grupos un estilo de liderazgo democrático (disposición en círculo, ronda de intervenciones, respeto a todas las opiniones, reparto de responsabilidades, etc.)

necesidad que no está cubierta, que las madres están solas, segundo que una vez que lo conoces hay un antes y un después.” (Margarita)

“Porque veo que las madres realmente lo necesitan y me alegro, veo la necesidad.” (Carlota)

“Porque mi lactancia fue muy satisfactoria y me da mucha pena que una madre se pueda perder el tema de la lactancia por ignorancia o por estereotipos. Hay quien puede, quiere, pero no sabe.” (Amelia)

“La rabia de ver que no se dan las opciones para que puedan elegir. Te dan la opción hecha, es así día tras día, y nos hemos acostumbrado muy bien que cuando tienes a tu hijo enganchado y supuestamente no está tomando alimento, tienes que oír comentarios como que lo usa de chupete o que está jugando.” (Evelyn)

“(…) y luego también el poder ayudar a otras madres, y el volver a algo que, por la sociedad, por la industria, por el siglo XX, por lo que sea, se ha perdido, y es una cosa fundamental. Eso a mí me da mucha rabia.” (Consuelo)

“Las madres, y el ver que desde el punto de vista físico, sí hay cada vez más apoyos, pero no hay mucho tiempo para escuchar. Ver que todavía es necesario detener el reloj, dejarlo todo y escuchar a la voz que llora al otro lado del teléfono.” (Ester)

“Me motiva ver que hay mucha necesidad de cubrir estos huecos que hay formativos y de muchas mamás que siguen llegando con muchos problemas y con muchas ideas equivocadas o preconcebidas que les han contado los propios profesionales y en la medida que ves esas necesidades piensas que tienes que seguir ahí. Esto no se soluciona de un día para otro y queda mucho por hacer, si hay estas necesidades y hay gente dispuesta a hacerlo creo que hay que estar ahí.” (Amor)

“Pues que estos temas de apoyo a la lactancia pueden servirle a muchos bebés: eso es lo que me motiva.” (Isabel)

“El poder llegar a las madres, todos los días nacen niños y hay madres que lo pueden necesitar.” (Noa)

“Que todos los niños puedan tener este derecho (recibir LM) y que las madres lo hagan plácidamente y lo hagan bien en cuanto a que lo disfruten y no lo sientan como algunas, como una pesadilla.” (Úrsula)

Cuatro mujeres afirman que su principal motivo para seguir implicadas en un GALM es que todavía son necesarias y que su participación en el grupo es clave para que éste no desaparezca.

“Pues si estoy aquí después de más de trece años, es porque veo que todavía hago falta. Creo que ese apoyo les viene muy bien a las madres y si no muchas de ellas habrían tirado la toalla y habrían acabado dando biberón, porque los primeros días son complicados.” (Dorotea)

“Lo que me motiva a seguir implicándome, es que el grupo no desaparezca. Yo también me siento bien, porque te sientes bien cuando ayudas a alguien, eso le pasa a todo el mundo, es un subidón. Te recompensa.” (Pepa)

“Pues yo me quedé con mucha pena de que el grupo se deshiciera, pero la matrona ya estaba muy cansada, no había nadie. Me sabía muy mal, porque yo me había sentido tan bien en el grupo. Eso, que el grupo no desaparezca.” (Daniela)

“Si yo supiera que había campañas para promocionar la lactancia, para mí sería un descanso; yo dejaría el grupo sabiendo que se continuaba la labor. Si yo supiera que mi labor continuaba de otra manera lo dejaba ya, porque tengo muchísimas cosas que hacer, también interesantes.” (Teresa)

Otras cinco mujeres aluden al éxito y utilidad de los GALM, a que, gracias a ellos, se solucionan problemas de lactancia, se consiguen LM más prolongadas y se evidencia un aumento en las tasas de LM en el entorno cercano.

“Pues, muchas veces, ver que la gente está a gusto también. Que conseguimos ayudar a madres que están muy agobiadas, muy angustiadas, porque no se le engancha y cuando las llamas días después te dicen que sí, que se ha pasado el problema. Todo eso para mí..., el poder ver que ese bache se ha pasado y que lo hemos conseguido, a mi me da mucho gusto.” (Mar)

“Eso, el ver que al final aunque muy despacito, ayudas a muchas madres y te conoce mucha gente, y porque si que creo que las tasas de lactancia están aumentando y aunque es una labor de todos, el trabajo a pie de calle es muy importante. Lo que se hace en el hospital es relevante, pero allí están muy poquitos días y al final lo importante es lo que está al lado de casa.” (Eulalia)

“Lo que me motiva es ver que la mayoría de las veces tenemos éxito, porque la mayoría de las madres siguen dando pecho a pesar de los problemas, a veces con lactancia mixta, pero bueno, mejor eso que dar solo leche artificial. Que me llena de satisfacción pensar que a lo mejor he podido aportar algo, que quizá si no hubiese estado aquí, pues no hubieran seguido.” (Matilde)

“El ver la satisfacción de las mamás y de los bebés, y ver que eso es una semilla que vamos plantando y va para adelante.” (Emma)

“Si yo dejara el grupo o no hubiera esos grupos de lactancia, bajaría mucho la durabilidad de la lactancia, por lo que creo que hacemos una labor importante, aunque no sea reconocida.” (Teresa)

Como observamos, nos encontramos con dos tipos de motivaciones en la implicación de estas mujeres en los GALM; por un lado aquellas referidas a lo que el grupo les aporta a ellas mismas y a sus hijos y otras referidas a la necesidad e importancia tanto de la labor del GALM como promotor de la LM, como de su papel en el mismo, que en algunos casos se describe como clave para la continuidad del grupo.

III) VIVENCIA PERSONAL DE SU PARTICIPACIÓN EN EL GALM

Al preguntar a las madres sobre cómo viven su participación e implicación en el GALM, quince mujeres hacen valoraciones muy positivas al respecto; dicen sentirse satisfechas, orgullosas y a gusto con su labor. Ayudar

a otras madres es para ellas una labor que compensa y gratifica, llegan incluso a hablar de su participación en el grupo y la relación con otras madres, como algo importante en sus vidas, que les llena y les aporta felicidad.

“Completamente satisfecha. De hecho yo creo que es la primera vez en mi vida que me siento feliz en una labor que, si bien no se compensa con medios económicos, sí con momentos emocionales que no tienen precio. Me llena, me hace feliz.” (Margarita)

“Me siento orgullosa, me siento feliz, creo que estoy haciendo un papel importante ayudando a las madres. Yo me siento feliz de ver que les estoy ayudando y ellas están contentas. A pesar de que muchas veces le das el apoyo, y luego resulta que abandonan la lactancia. Las madres son las que deciden y me siento muy a gusto con el papel que estoy haciendo.” (Dorothea)

“Me siento muy satisfecha, es algo que a mí me hace sentir bien. Ver que llega una mujer desconcertada, deprimida, que no sabe qué hacer, no sabe si continuar con la lactancia, y que sale de allí con una sonrisa, con esperanza y que sabe que te puede llamar cuando lo necesite, o sea que eres accesible, porque no hay gente accesible. Bueno eso me hace sentir satisfecha.” (Macarena)

“Simplemente reunirte con otras madres es esencial para mí.” (Paula)

“Yo me siento muy bien, me siento muy a gusto, porque es una forma de ayudar a la gente, que es lo que siempre he intentado, yo lo intento explicar. Como para mí la lactancia solo son cosas positivas, intento darlo a conocer. La verdad es que me siento bastante a gusto. Para mí ha sido muy importante conocer al grupo y poder participar.” (Mar)

“En general muy bien, cuando sigues una actividad durante tantos meses, es porque es una actividad muy gratificante. Cuando dedicas tanto esfuerzo, durante tanto tiempo, a una actividad, es porque es muy gratificante. Es muy gratificante poder ayudar a otras personas y ver como esos niños crecen y han tomado muchos meses de teta, aunque al principio parecía imposible; es muy gratificante ver como ayudas a la gente y sigues porque ves que puedes servir de ayuda.” (Eulalia)

“Da mucha alegría, cuando consigues que, madres que han tenido problemas, los superen, y tengan lactancias prolongadas, cuando te dan las gracias porque les has aconsejado y han podido seguir con su lactancia, pues eso es felicidad para mí. Me gusta ayudar a otras madres. Me siento bien cuando consigo ayudarles, y me siento mal cuando no consigo ayudarles. Me da una alegría inmensa cuando alguien me agradece lo que he hecho, no por vanidad, sino porque pienso que he hecho algo que le ha servido a alguien.” (Alejandra)

“Bien, porque es como dar las gracias por el apoyo que yo recibí en su momento, pues ahora darlo yo.” (Matilde)

“Me siento muy bien, en la medida que estás ayudando a otra persona.” (Amor)

“Yo estoy muy contenta, porque cuando veo que alguien, realmente ha mostrado interés, y se va contenta, yo me voy muy satisfecha.” (Julia)

“Yo, estoy súper feliz, muy agradecida. Me encanta porque es el lugar donde puedo expresarme libremente. Yo me siento muy agradecida porque notas que las madres depositan en ti su confianza, en un momento de vulnerabilidad, y te permiten entrar en su intimidad. La verdad que a mí me llena mucho, que la gente confié tanto en mí en un momento tan vulnerable, e incluso por encima de lo que le han dicho el pediatra u otros profesionales.” (Rosalía)

“Muy bien, yo estoy encantada. Muchas madres me dicen que soy muy generosa. Yo no me lo planteo como cosa generosa, simplemente a mí me da un montón de cosas poder ayudar a otras madres.” (Consuelo)

“Sí, el grupo ha sido un todo para mí, las reuniones, las relaciones con mi compañera, ha sido mi mundo, ha sido mi droga, porque lo necesitaba para reafirmarme, y aunque ahora estoy más cansada, estoy muy satisfecha. Me vengo muy llena simplemente con esa mamá que te lo agradece y la ves que de verdad le has solucionado un problema o que le has cambiado un poco la perspectiva y se va feliz y vuela a la reunión siguiente.” (Rebeca)

“Siento que somos increíbles, que llevamos una casa, nos llevamos bien con el marido, organizamos una compra y encima queremos llevar un grupo de lactancia, es que somos la leche.” (Amelia)

“También me siento bien; vienen las mamás y yo me voy relajada, porque te sientes bien cuando ayudas a alguien, eso le pasa a todo el mundo, es un subidón. A lo mejor en ese momento no, pero luego cuando las ves por la calle y te dicen ¡oye!, entonces dices: ¡ay qué alegría! Te recompensa.” (Pepa)

El resto de madres (11 casos), hacen valoraciones positivas, pero acompañadas de la duda o el sentimiento negativo que se desprende de las dificultades vividas. Por un lado, encontramos mujeres, que manifiestan sentir dudas respecto a la labor realizada por falta de experiencia o cuando no consiguen los resultados que ellas desearían (6 casos). Por otro lado, encontramos mujeres que manifiestan sentirse cansadas y agobiadas por el tiempo dedicado al grupo, sobre todo, cuando los hijos son ya mayores y reclaman otras necesidades (6 casos)

“A veces también tienes momentos malos, cuando los casos no van como tú quisieras, y no has podido ayudar a la madre. Pero al final te quedas con que has hecho lo que has podido, o incluso con que la madre, independientemente del resultado si se ha sentido ayudada.” (Eulalia)

“Yo estoy encantada; estoy deseando que llegue el día, luego a veces me quedo con sensaciones un poco raras, porque pienso que no sé si he dicho todo lo que yo quería decir o de la forma que yo quería decirlo, pero me dura poco tiempo porque me quedo más con lo bueno; pero a veces sí que tengo algo de inseguridad, pero eso es parte de mi personalidad.” (Isabel)

“Muy bien, aunque a veces me asaltan algunas dudas, porque mi participación es bastante reciente, pero generalmente se solucionan con la colaboración de las otras compañeras.” (Emma)

“Bien, pero tampoco te creas que lo vivo mucho. Yo lo hago un poco por la responsabilidad de que llevo muchos años formándome, pero algunas veces lo veo como un peso.” (Carlota)

“Pues una veces muy bien y otras pienso que he metido la pata aquí y aquí. Además yo ahora mismo tengo las tardes ocupadas con deberes y actividades extraescolares, porque mis niñas ya son grandes y estoy un poco agobiada.” (Pepa)

“Pues, yo llegué muy necesitada de grupo y ahora yo creo que ya he pasado esa etapa; ya me he metido en el colegio y estoy más volcada en la asociación de padres, pero mi apoyo a la gente está; yo veo a alguna madre y le suelto alguna pincelada.” (Daniela)

“Ahora me siento agobiada, pero a la vez muy comprometida; porque ahora vivimos en una sociedad con cada vez más presión y cada vez con más obligaciones, por lo que hoy día el compromiso es grande, pero esta es mi forma de alimentar, de dar de comer a mi alma y me siento bien emocionalmente.” (Teresa)

“La verdad es que en este año ha habido momentos en que he pensado ya está bien, porque para eso nos reunimos a tomar café y ya está, pero ahora que parece que hay madres que sí les interesa, pues sí que estoy contenta.” (Noa)

“Me siento bien, aunque me gustaría implicarme más, pero tengo que sopesar que lo que me implico de más, lo estoy dedicando de menos en otro sitio.” (Evelyn)

“Pues unas veces muy bien y otras veces muy mal, de todo hay. Cuando veo que las madres se apoyan entre sí, me siento muy bien, porque veo que no solo he ayudado a una madre, sino que esa persona se ha quedado tan bien y tan agradecida como para intentar al menos, ayudar a otra persona, que no conoce de nada, pero que está pasando por lo mismo que ella. En ese momento me siento muy bien, porque estoy ayudando a que las madres se ayuden entre ellas. Otras veces tiras la toalla, en determinados momentos, cuando no te entiendes con determinados grupos dentro del grupo, o cuando alguna mamá no encuentra en tu ayuda las respuestas que necesita; y no puedes caer en el paternalismo. Tú das las opciones y ellas son las que deciden y eso no siempre se lleva bien.” (Ester)

“El otro día me sentía ya como la abuela, porque mis hijos son ya mayores y me he quedado atrapada con la lactancia materna y me gustaría que alguna tomara las riendas. En el grupo me siento muy valorada, porque siempre lo que yo diga parece que es lo que vale y en eso me siento muy apoyada por parte del grupo.” (Úrsula)

Todas las mujeres entrevistadas viven positivamente su implicación en el GALM, ya que, para un grupo importante, ésta es considerada como fuente de satisfacción personal e incluso de felicidad. Las mujeres se sienten a gusto dedicando su tiempo a apoyar a otras mujeres con sus lactancias, pero ésta no es tarea fácil, y en algunos casos las mujeres manifiestan cansancio o dudas en relación a su implicación.

IV) VIVENCIA DE LA PAREJA

La implicación de las mujeres en el GALM, es vivida por la mayoría de las parejas/ maridos como algo positivo. Seis mujeres dicen que sus parejas se sienten contentas, orgullosas y satisfechas de que ellas den o hayan dado LM, y de que ayuden a otras madres participando activamente en un GALM.

“Pues, yo le agradezco que esté muy satisfecho, que me apoye y que no le importe que estemos siempre hablando del mismo tema.” (Margarita)

“Bien, no me puedo quejar. La verdad, es que tiene la mente abierta a todas estas cosas, y lo comparte conmigo. Está contento de que le dé el pecho y de que ayude a otras madres.” (Mar)

“Muy bien, es más, fue él, quien al principio tuvo más interés con la lactancia. Yo le decía que parecía que el niño se quedaba con hambre, y él me decía que me lo pusiera más veces. Él fue quien me animó, con lo cual él lo lleva bien.” (Alejandra)

“Muy orgulloso; él siempre dice que su hijo toma jamón de jabugo. Está muy contento de que yo esté en un grupo, porque me ve salir muy contenta de aquí. Él tiene ganas de venir a una reunión, para contar su propia experiencia, pero por motivos de trabajo, nunca ha podido venir.” (Julia)

“Muy bien, porque él ha vivido como yo lo que es la lactancia y lo valora como muy importante.” (Paula)

“Pues muy bien; él está encantado porque sabe que a mí me encanta. Me anima a que siga porque me ve contenta y en el fondo es una cosa buena para las mamás y para los bebés.” (Amor)

Esta vivencia positiva se traduce, en once casos, en apoyo e incluso en implicación de las parejas en la tarea de los grupos. Siete mujeres comentan la importancia de éstos, para poder desarrollar su tarea en el grupo, sobre todo, ocupándose de los hijos, mientras ellas dedican tiempo en actividades derivadas de su responsabilidad. Además, en cuatro casos, las parejas se implican en el grupo, acudiendo a reuniones, o a encuentros organizados por el GALM.

“Está al cien por cien en los grupos de apoyo, contesta al teléfono y les deja mi móvil. Se ha implicado porque cuando yo me voy, él es el que se queda con mis hijos. Vamos, un padrazo.” (Dorotea)

“Bien, me ha apoyado siempre con la lactancia y con el grupo.” (Pepa)

“Me ha apoyado, de hecho si no, yo no hubiera podido montar el grupo porque alguien tenía que estar ahí, echándole un ojo a la cría. El venía a las reuniones y estaba con mi hija.” (Macarena)

“Muy bien porque sin el apoyo de la pareja no se puede; muchas de las horas que he podido dedicar a la asociación son gracias a él. Yo no hubiera podido dedicar ni la mitad de los esfuerzos que he dedicado a la asociación sin el apoyo de mi pareja.” (Eulalia)

“Muy bien, es que no se cómo decirlo. Me lleva, me trae. Ahora que mi hijo es más mayor y no se está quieto en la reunión, pues se queda con él, y si hace falta sale antes del trabajo los días que yo tengo reunión. Lo apoya bastante y creo que eso es por las dificultades que hubo al principio.” (Consuelo)

“Bien, acepta que a mí me gusta y se queda con la niña.” (Noa)

“Con mucho respeto de verdad, y por supuesto lo que tenga que ver con el grupo, o lo que yo tenga que hacer, él está ahí para quedarse con mis hijas o si tiene que venir a un encuentro; disposición total; mucho apoyo y mucho respeto.” (Rebeca)

“Muy bien, de hecho él también forma parte de la asociación, y me consta que en los foros en los que él participa (deportivos), ha impartido algún que otro consejo porque ya está harto de escucharlos siempre.” (Matilde)

“Él casi es socio, no es socio, pero es presidente consorte. Hablando con él el otro día, comentábamos que tendríamos que hacer un grupo sólo de padres. Cuando hay una mamá que sabemos que tiene dificultades con la pareja, quedamos todos juntos, y entonces él va diciendo algo. Él me apoya mucho y participa. En el grupo, prácticamente todo lo que hacemos es con niños, entonces como todas las actividades son con niños, pues él las disfruta, él puede participar. Los padres son amigos, y podemos hacer una actividad en familia, súper enriquecedora porque es crianza saludable. Mi familia se beneficia del grupo.” (Rosalía)

“Está encantado y además él participa porque tenemos reuniones de familias. De las reuniones de grupo han salido reuniones de familias y en ellas crecemos todos.” (Margarita)

“Él participa, y cuando puede baja a la reunión conmigo. Es de los pocos padres que se acerca a la reunión. Por temas de trabajo, no van más, yo lo entiendo.” (Mar)

En otros seis casos, aunque las parejas aceptan y viven bien la implicación de las mujeres en el grupo, a veces manifiestan estar cansados de la situación. Los motivos principales tienen que ver con la falta de tiempo dedicado a la familia y con la excesiva implicación de las mujeres. En un caso, se explica como la pareja le ha ayudado a ver su tarea en el grupo con más calma, dosificando esfuerzos y tiempos, para evitar abandonos.

“Pues bien, aunque veces se cansa y se queja porque quita tiempo de la familia. Aunque ellos son lo primero, te vas a sitios, gastas tiempo, gasolina. Está al cien por cien, pero a veces se queja.” (Dorotea)

“A veces, dice: anda ya estás liada con la teta. A veces se cansa un poco, pero él está motivado.” (Isabel)

“Bien, aunque está un poco cansado, porque son muchos años.” (Teresa)

“Yo atendía consultas de lactancia por teléfono y llegó a ser algo muy presente en nuestras vidas. A él le llegó a angustiar, era mi trabajo y las consultas de lactancia, ir a los domicilios, hablar una hora por teléfono, llegó a ser algo angustioso y creo que eso fue también uno de los factores que me hizo echar un paso atrás.” (Macarena)

“Bien, se quema porque ve que nos rompemos los cuernos contra las paredes y las cosas no mejoran, pero bien.” (Amelia)

“Como él tiene muchas aficiones también extras, pues en esto nos compensamos los dos, pero dice que me vuelco mucho en esto, que le dedico mucho tiempo, y que les quito tiempo a ellos y se queja un poco.” (Úrsula)

“(…) Incluso me ha ayudado a dosificar. En momentos en los que he estado muy ilusionada, y hubiera dedicado más tiempo, me ha ayudado a dosificar esfuerzos, porque si no, no hubiera aguantado tanto tiempo. Me ha ayudado para tener tiempo disponible, quedándose con mis hijas, y también a dosificar energía, porque necesitas alguien desde fuera que te lo diga, y no te quemes. No hay que hacerlo todo, ni solucionarlo todo en un día.” (Eulalia)

Aunque pocos, también hay tres casos en que la mujeres expresan una vivencia negativa por parte de sus parejas, siendo fuente de conflicto o desacuerdo. En otros dos casos, las parejas se mantienen indiferentes ante éste aspecto.

“Deseando que acabe, está aburrido.” (Carlota)

“Está desesperado el pobre ya, lleva muchos años oyendo hablar de lactancia y de historias. Yo creo que es muy respetuoso, pero ya hay momentos de aburrimiento y tensión.” (Ester)

“Regular, regular porque aunque lo acepta y ve que tengo una lactancia prolongada, y que todo va bien, le parece un poco sectario.” (Emma)

“Pues bien, porque no le queda más remedio. Como cuando él llega, yo ya estoy recogida del grupo, pues le da igual. A él le enfada, igual que me enfada a mí, cuando necesito estar con mis hijos y no puedo por una llamada.” (Evelyn)

“Él no me dice nada; Le dije mañana tengo una entrevista con esa muchacha de Murcia que están haciendo un estudio, y me dice; ¿Y eso por qué?. No se acuerda que soy la presidenta.” (Daniela)

Como ya se mencionaba, al hablar de los apoyos sentidos en la LM y crianza (categoría 2.3), una vez más, la pareja/ marido es, en la mayoría de los casos analizados, un elemento clave de apoyo para poder desarrollar y vivir de manera positiva su implicación y responsabilidad con el fomento de la LM. Aunque nos encontramos con mayoría de valoraciones positivas, en las que se pone de manifiesto el apoyo y sentimiento de satisfacción, también es cierto, que un grupo importante de mujeres conviven con el cansancio o desacuerdo de sus parejas, debido sobre todo, al tiempo dedicado. Además, sólo en cuatro casos, se afirma que la pareja participa de las reuniones o de actividades desarrolladas por el grupo, dejando de manifiesto que los GALM, son entendidos y vividos, como grupos de apoyo sólo para las madres, a pesar del esfuerzo de algunos grupos por hacer actividades en familia que incluyan a los padres.

V) VIVENCIA DEL ENTORNO FAMILIAR

El número de valoraciones positivas respecto a la vivencia del entorno familiar es algo menor que en la categoría anterior. Catorce mujeres afirman que sus familiares están contentos y viven bien su implicación en el grupo, ven

el fomento de la LM como algo importante y necesario (4 casos), y apoyan la tarea (3 casos). Al hablar de los abuelos, un factor importante para una valoración positiva es ver a sus hijas y a sus nietos felices, normalizándose así la práctica de la LM y la participación en el GALM.

“Muy bien porque me ven feliz a mí.” (Margarita)

“También muy bien.” (Paula)

“Lo aceptan bien.” (Ester)

“Mi familia, también bien.” (Mar)

“A mi familia bien, a mi madre le encanta.” (Amelia)

“Si, pues bien, la verdad es que están orgullosos y contentos.” (Macarena)

“En general muy bien, porque como ven que es muy importante y hemos sabido transmitir nuestra pasión, al final ellos lo ven como algo importante y están disponibles para quedarse con mis hijas. Todo el mundo de la familia lo ve como algo necesario e incluso, se han implicado en momentos concretos, hinchando globos en la semana mundial, yendo a charlas.” (Eulalia)

“Mi familia, nos apoya también.” (Matilde)

“Mi padre sí me apoya; le digo: oye mira e ver si está la sala libre y se va. Mi padre colabora mucho. (...)” (Rosalía)

“Mi madre a mí me dio teta en un momento en que no se daba teta; con mi hija primera empezó en el hospital con biberones y ella se empeñó en que le diera teta, por eso tomó teta cuatro meses y ella siempre ha estado a favor de la lactancia. A lo mejor tuvimos algún momento de desacuerdo, cuando seguía lactando al año y medio, pero en seguida cualquier persona cercana a ti se da cuenta de la labor del grupo y de lo importante que es.” (Rebeca)

“Por parte de mi marido son de otra manera; mi suegro fue el primero que me dijo “los niños no se resfrían durmiendo con los papás”; son de otra manera, le dan más importancia a estas cosas.” (Isabel)

“Los niños como han nacido con esto, dentro del ambiente del grupo, lo ven con naturalidad. Mi madre, sabe como soy, siempre comprometida con la sociedad. Esta es mi forma de ser.” (Teresa)

“Mi familia lo ve bastante normal, porque como siempre he estado metida en algún ajo, pues una cosa más.” (Noa)

“Mi madre, cuando ve a alguien que da un biberón dice “¡como te vea mi hija...! Ella también ha sido muy pro lactancia.” (Úrsula)

En relación a las valoraciones negativas, nos encontramos nueve comentarios sobre el desacuerdo o falta de entendimiento con familiares respecto a la implicación en el GALM o con su decisión de amamantar de forma prolongada. Se recogen comentarios despectivos hacia la implicación y

tiempo dedicado por parte de las mujeres al grupo, y hacia lo que, en algún caso, llaman “obsesión por la lactancia”.

“Bueno, mi madre no; ella piensa que yo exagero con el tema.” (Pepa)

“Mi madre lo que me dice; ¿no cobras nada de nada por eso? Yo le dije, mira mamá no me pagan en dinero, me pagan de otra forma. Ellos saben que cuando me dedico a algo yo me vuelco.” (Amor)

“Por parte de mi madre no le da tanta importancia. Ella es maestra y para ella los niños tienen que ir como la escuela antigua.” (Isabel)

“¿Mi madre? Mi madre, lo ve horroroso, siempre me dice que me deje la teta. Yo no la entiendo de verdad; la que quiera dar la teta que le dé y la que no quiera, que no le dé. Mi madre muy mal.” (Daniela)

“Pues mi madre lo vive mal, porque piensa que es una tontería. Piensa que necesito tiempo para mí, que voy muy pillada. Le dio un biberón a mi hija sin permiso un día que se quedó con ella, entonces no me apoya. (...) Pero mi madre lo ve una pérdida de tiempo, me dice que me dedique más tiempo a mí misma. ¡Pero no ve que salgo ganando!” (Rosalía)

“Pues, mi madre me dice que vale, que sí, que está bien ayudar a la gente, pero luego va la comidilla detrás de que mi hijo me está absorbiendo, que estoy muy delgada, que no duermo, todas esas cosas que me dicen.” (Julia)

“Mi madre me decía que estaba obsesionada con la teta. Mi madre lo ve mal, ya a estas alturas lo ve fatal. Piensa que abandono a mi familia por otras cosas.” (Evelyn)

“Igual, me dicen que soy la loca de la secta.” (Emma)

“Con el resto de mi familia, pues con mi hermano me he sentido decepcionada, porque alguna vez me ha dicho si es que voy a saber yo más que el médico, y eso desilusiona mucho. Yo esto no me lo he inventado, sino que lo dice gente experta, entre ellos la OMS.” (Alejandra)

Un aspecto interesante mencionado por cuatro mujeres, es el proceso de cambio experimentado por miembros de la familia respecto a su visión de la LM. La implicación de las mujeres en los GALM y su activismo en pro de la lactancia, ha llevado a los familiares cercanos a cambiar su concepción de la LM y a convertirse en promotores de la misma.

“Ya se han acostumbrado, pero al principio pensaban que estaba un poco loca. Me decían: ¿qué necesidad tienes tú de todo esto? Mi cuñada decía: pero si eso es sencillo, te lo pones a la teta y ya está, ¿para qué tienes que estar tú ahí? Pero ahora sí, eso fueron los primeros años, ahora hasta lo recomiendan, ya lo viven bien.” (Dorotea)

“Mi madre ha aprendido muchas cosas; su mundo fue el de las tres horas, el del biberón y yo ahora cuando la oigo hablar sobre la lactancia, la oigo decir; tu póntelo, cuantas más veces mejor, más haces. La oigo hablar de lactancia y me satisface. A mi suegra, no la he oído hablar, pero me lo han dicho. Además cuando mi hija ha estado mala, por ejemplo con una gastroenteritis, y no ha comido nada, dice; gracias a la teta, a que su

madre todavía le da pecho, que es lo único que come. La veo con menos dudas.” (Alejandra)

“Ellos han tenido que cambiar también muchas concepciones. Pero bueno como yo se lo he hecho llegar como algo natural, como lo más normal del mundo, pues lo han visto así.” (Macarena)

“Sí, es verdad que les choca; porque cuando empecé con mi hijo con una lactancia prolongada y se dormía la siesta pegado a la teta, no te digo que se burlasen pero les hacía mucha gracia. Pero yo como siempre lo he tenido claro pues voy contra viento y marea; sin embargo mi hermana ahora está lactando con dos años y ahora yo me río de ella.” (Amor)

En este apartado destacamos las nueve valoraciones negativas que las mujeres hacen respecto a la vivencia de los familiares cercanos de su implicación en el GALM, aspecto muy relacionado con la falta de apoyos socio familiares y la presión familiar para el abandono de la LM, descritos por las mujeres y recogidos en la categoría 2. A pesar de ello, también se describe, como estas mujeres han sido capaces, con su firmeza y convicción, de provocar cambios en las creencias y actitudes de sus familiares y de su entorno cercano respecto a la LM y la importancia de los GALM.

VI) INFLUENCIA DEL GRUPO EN SU CALIDAD DE VIDA

Todas las mujeres entrevistadas contestan positivamente cuando se les pregunta sobre la influencia del grupo en su calidad de vida, si bien es cierto que en esta afirmación existen matices, ya que seis de las mujeres plantean que, aunque el GALM les ha aportado cosas positivas, también les ha restado tiempo de dedicación a su familia o a otros asuntos.

“En general sí, pero hay veces, en los momentos de más actividad del grupo, que como mujer y como madre te sientes un poco culpable de si estoy dejando algo personal para ayudar a los demás. Yo creo que no, porque al final sabes compaginar ambas cosas. En general es muy positivo y no ha influido negativamente.” (Eulalia)

“Pues, no sé, a mi familia, pues a veces me quita tiempo para estar con mi familia, eso es verdad.” (Matilde)

“Pues voy a decir que no; ¡fíjate qué raro! La calidad de vida de no tener que ir al médico, pues sí; la calidad de vida en relación a la salud, sí; pero a veces la calidad emocional no. En unas cosas sí, en otras no. Por esa cosa que te implica, que, a veces, con tu pareja estás hablando siempre de lo mismo, de la “teta” y de la “teta”, y el otro está cansado. Luego te das cuenta de lo beneficioso que es.” (Evelyn)

“¿La calidad de vida?, yo estaba bien antes y sigo estando bien ahora; a veces pienso que le puedo quitar un poco de tiempo a los niños, pero tampoco es tanto, porque le dedicamos una vez al mes y están siempre aquí conmigo y tampoco es tanto.” (Isabel)

“(...) pero a nivel familiar a veces lo que ha hecho ha sido quitarnos tiempo, sinceramente.” (Teresa)

“Me ha quitado mucho tiempo, no sé si eso es calidad de vida, el sentirme bien con lo que hago sí que es calidad de vida, pero el quitarme tanto tiempo..., pero si me lo ha quitado ha sido porque yo he querido, porque estaba a gusto haciendo eso.” (Úrsula)

Más allá de éste matiz, el resto de mujeres afirman con claridad y rotundidad que el grupo ha influido de manera positiva en su calidad de vida e incluso en la de su familia.

“Sí, ha mejorada mi calidad de vida totalmente. Creo que soy más feliz desde que estoy en el grupo.” (Dorotea)

“Sí, ha influido en mi calidad de vida muchísimo, y en la de mis hijos.” (Carlota)

“Mi calidad de vida ha mejorado. Si total, sobre todo la de mis hijos.” (Paula)

“No es que haya influido positivamente en mi calidad de vida, es que ha sido decisivo; no sabría ponerte palabras, pero ha sido un cambio radical.” (Rebeca)

“Por supuesto, destacaría tantas cosas...” (Daniela)

“Sí, claro que ha influido en mi calidad de vida.” (Amelia)

Al profundizar en los aspectos concretos de lo que el grupo les ha aportado en relación a su bienestar y su salud encontramos una gran variedad de respuestas. Un grupo importante de mujeres (12 casos) destacan lo gratificante que resulta poder dedicar su tiempo y esfuerzo a una actividad que les gusta, que les satisface y que viven como un “hobby”, poder dedicar tiempo a conocer y relacionarse con otras mujeres (8 casos) e incluso cuatro de ellas identifican su implicación en el GALM como una fuente de felicidad y una oportunidad para sentirse respetadas, escuchadas y valoradas (3 casos)

“Yo en el grupo me siento querida, me siento apreciada, me siento respetada, no me siento un bicho raro por hacer lo que el instinto me pide.” (Margarita)

“He conocido muchas mamás, el grupo me ha hecho sentirme muy bien.” (Pepa)

“Esto es para mí también como una especie de “hobby”, es lo que más hago fuera de mi trabajo y fuera de mi familia. Otros igual se van a hacer deporte y yo estoy contestando en el foro; me gusta y me alegro cuando tenemos algún éxito, me alegra haber podido ayudar a alguna madre, pues eso me gusta, me anima.” (Matilde)

“Es mi hobby, y puedo organizar cosas muy interesantes con el apoyo de mis compañeras.” (Rosalía)

“Lo primero, es que mi hijo viene aquí, ve a sus amigos, se lo pasa bien, y yo me voy contenta de aquí y eso yo lo transmito en mi casa. Solamente eso. No sé si ha influido en mi calidad de vida, pero a mí me da satisfacción y yo creo que para mí eso es suficiente.” (Julia)

“Yo creo que sí, que ha mejorado mi calidad de vida, porque en los meses que me ha costado más salir de casa por el cansancio, por la cría, el invierno, pues el tener que ir a las reuniones me ha obligado un poco a no encerrarme y a relacionarme con otras madres. Sobre todo el poder conocer a tantas madres y el gusto de ver a los niños como juegan juntos.” (Mar)

“He encontrado muy buenas amigas que van a seguir ahí siga o no siga en la lactancia, más allá de estos temas, y la sensación de ser útil para otras personas. Yo creo que sí ha influido positivamente.” (Ester)

“Como mujer me ha aportado la satisfacción de estar con otras mujeres para ayudarles.” (Paula)

“Sí, porque anímicamente me encuentro satisfecha y estoy más contenta.” (Amor)

“Para mí es una alegría; nada más ver una madre que lleva un mes dando el pecho, para mí es una alegría.” (Isabel)

“Lo primero es que es una satisfacción muy grande, porque yo había estado tan sola que nada más el apoyo y el respeto... A parte he conocido a mucha gente y luego vas a la preparación al parto en la que estás hablando y dices ¡mira que me están escuchando!; es muy bonito.” (Daniela)

“Me ha aportado mucho, muchos valores que la sociedad no los tiene en cuenta; son cosas que las vives en el grupo y quedan intrínsecas en ti, la amistad, la gratitud de la gente, y eso no sé cual es el valor de esto.” (Teresa)

“Como mujer, esto que te digo de la implicación, yo siempre había estado implicada a nivel social, y al venir a vivir aquí, no había encontrado algo que me interesara. Esto, es una parte de mi vida que intento recuperar y como madre el poder compartir mi experiencia.” (Noa)

Otro grupo significativo de mujeres identifican al GALM como un lugar de aprendizaje (11 casos), especificando que el GALM y la relación con otras mujeres/ madres, les ha enseñado a respetar a otras personas, a mejorar su comunicación y a relacionarse mejor con otras personas; incluso gracias a él han adquirido conocimientos y competencias que van más allá de aspectos de LM y crianza, como son conocimientos en informática, economía, alimentación, organización familiar, etc. Todos estos aprendizajes conllevan necesariamente una mejora en la calidad de vida personal y familiar. Algunas mujeres afirman que llevan, ellas y su familia, un estilo de vida más saludable (6 casos) y consideran que gracias al GALM han mejorado sus relaciones y su bienestar

familiar, siendo el GALM una fuente de enriquecimiento para toda la familia (7 casos).

“Ha influido en muchas cosas, en la forma de alimentar y educar a mis hijos; educar con amor, con normas pero con mucho cariño. La economía de la casa, tener que llevar la economía del grupo te enseña mucho; el ordenador; yo no lo había tocado antes, aprendes a comunicarte porque haces cursos de comunicación. Bueno, aprendes muchas cosas, muchísimas cosas que aprendes en los grupos a lo largo de los años; a respetar, la comunicación, no sé muchísimas cosas. Te planteas una vida más sana cuando tienes hijos, una alimentación más sana, la forma de educar a tus hijos, la filosofía del grupo Me ha aportado mucho, sobre todo lo felices que son ellos (hijos) y bueno no tengo palabras.” (Dorotea)

“Claro, yo he aprendido muchas cosas, he aprendido a estar con más gente, que eso no lo sabía hacer. Sobre todo he aprendido a relacionarme con la gente y que me escuche. Es que a mi XXX (antigua responsable grupo), me ha enseñado mucho, nos hemos apoyado mucho, me ha enseñado de lactancia y de alimentación y eso ha mejorado mucho mi vida y la de mis nenas.” (Pepa)

“Yo he cambiado mi modo de alimentación, he cambiado mi estilo de vida, estoy buscando una casa para irme a vivir a la huerta. Además soy mucho más respetuosa con las personas. Gracias a la formación que tengo en consejería pues, respeto mucho más otros puntos de vista. Me ha servido para muchas cosas.” (Macarena)

“Todo lo que te permite conocer a gente y enriquecerte, enriquece también tu vida personal. Yo he aprendido cada día de cada madre, otras formas de organización familiar; el estar con otra gente, todo eso enriquece mucho tu vida personal y familiar.” (Eulalia)

“Mucho, porque relacionándote con esta gente, vas enriqueciéndote puntualmente, porque a lo mejor un día me equivoco yo y otro día te equivocas tú, pero yo veo otros modelos saludables de crianza y aprendo de otras madres.” (Rosalía)

“Me ha hecho buscar apoyo en otras mujeres y comunicarme con ellas de una manera distinta a la que habitualmente me comunico Me ha aportado mucha tranquilidad. También me ha aportado el no entrometerme en las decisiones que toman otras personas, porque no quiero que se entrometan en las mías; soy más respetuosa, con mi hijo sobre todo, y con otras personas también.” (Consuelo)

“(…) y en cuanto a mi familia, el estar en un grupo que pueda promover algo importante para mí como es la lactancia materna. Para mi familia ha sido estupendo. Hoy en día se pierden valores como es el criar a tus hijos y el grupo de madres te ayuda a tener unos valores. Hay muchas cosas materiales y perdemos lo esencial que es la familia y el criar al hijo.” (Paula)

“Yo con la lactancia he aprendido a respetar, porque yo pedí tanto respeto para mí y respeto para los demás, que no me voy a meter: tu quieres darle el biberón, pues déjame a mí con mi historia y mi vida que yo quiero dar la teta.” (Daniela)

Desde una perspectiva más personal, las mujeres nos hablan de que su participación en el GALM les ha aportado seguridad y confianza en sí mismas (4 casos), aspecto que no sólo les ha ayudado en su maternidad, a vivir mejor su papel de madres (7 casos), sino también a plantearse la crianza y educación

de sus hijos de manera diferente a lo socialmente establecido, a partir del respeto y el apego a sus hijos (7 casos), y sin miedo a tomar sus propias elecciones vitales (2 casos).

“Como madre, me han ayudado muchísimo, sobre todo en los inicios. Como mujer también, a todo. Sí, ha mejorado mi calidad de vida, y no es que lo piense, es que lo sé. Lo evidencio en que yo necesité esos pilares para hacer lo que el instinto me demandaba y en que este tipo de crianza que comienza con la lactancia no lo hubiera podido realizar. Siento que estoy en el camino correcto. Además me ha dado la oportunidad de poder hacer las cosas de manera completamente distinta de como las hicieron conmigo, que con todo respeto hoy en día no se toleran.” (Margarita)

“Gracias al grupo empecé a interesarme por temas de crianza respetuosa y por otra forma de trato a los niños, o sea que, ha influido mucho.” (Macarena)

“Pues, me ha aportado muchas cosas. Entre otras, a nivel personal, el implicarme un poco más, ayudarme a investigar más sobre LM y crianza, a leer libros de todo tipo. A nivel familiar, sobre todo con mi madre, porque aunque teníamos una relación muy buena, a raíz de tener la cría y de ver cómo la estoy criando y todo eso, se está abriendo más.” (Mar)

“Me ha aportado mucho, en haber podido disfrutar mucho de la crianza de mi hija, mucho, muchísimo. Tanto como para plantearme tener otro hijo. Lo que pasa es que luego el ritmo de vida que llevamos hace que se me quite de la cabeza. Pero sí que me da mucha seguridad pensar que un recién nacido no supone una carga, hay que dedicarle tiempo, pero no es un problema de decir; va a llorar y no sé qué le pasa, o no voy a tener pecho que darle, o me va a dar malas noches. Yo con mi hija, la experiencia del grupo, y el haber leído muchas cosas sobre lactancia y crianza, me ha dado una experiencia y unas nuevas ideas para utilizarlas, que no he tenido malas noches o dudas sobre el pecho.” (Alejandra)

“Sí, ha influido. Bueno, pues en la forma de pensar, mucho. Realmente, si no hubiera conocido al grupo, hubiera sido distinta la forma de tener a mis hijos y no le hubiera dado el pecho, ni como se lo he dado, ni el tiempo que se lo he dado; no sé y mil cosas más. Y en cuanto a la educación, muchísimo, haces cosas que tienes como aprendidas, y cuando ves que hay otras formas de responder, se te abren los ojos, y ya te digo, sigo aprendiendo; ahora voy a una escuela de padres. Yo creo que mis hijos se han beneficiado muchísimo.” (Carlota)

“Pero además el grupo te da seguridad, te da paciencia para hablar con alguien, para no enfadarme con algunas situaciones, con algunos comentarios, eso me lo da el grupo.” (Evelyn)

“Me ha quitado miedo, el miedo a poder elegir cosas que no están bien vistas. Me ha dado seguridad en mi misma.” (Ester)

“A mí me ha venido bien porque me ha dado una confianza y una seguridad el ver que no soy una persona rara porque en el entorno no se ve mucho, pero a veces pienso que a lo mejor si no hubiera ido al grupo tampoco hubiera pasado nada.” (Emma)

“Yo tenía a todo el mundo alrededor machacándome, a las vecinas y, el grupo era un sitio donde te sientes bien y coges fuerza.” (Daniela)

“Sí, porque estoy mucho más segura de lo que hago.” (Noa)

“A mí el grupo me ha proporcionado sobre todo tranquilidad, el saber que no estoy sola; nuestras experiencias nos las contamos y me ha relajado mucho el ver que lo que hace

mi hijo no es tan raro, el que no tengo que fijarme en los baremos que marca un libro, y sobre todo me ha aportado el darme cuenta de que ser madre se es y punto, que no eres ni mejor ni peor, eres y ya está. En muchas situaciones que yo pensaba que iba a ser muy complicado, he aprendido a quitarle hierro, porque veo que tengo compañeras que han pasado situaciones mucho más complicadas que las mías y han salido adelante, el saber que hay otras experiencias que no son ni mejores ni peores, sino que son otras, creo que te quita el estereotipo de supermujer.” (Amelia)

Especialmente importantes son las descripciones que las mujeres realizan en relación a procesos de cambio personal experimentados a raíz de su maternidad y participación en el GALM. Para nueve de las mujeres, los grupos han sido fuente de enriquecimiento personal. Gracias a lo que el grupo les ha aportado y a la gente que han conocido en ellos, las mujeres dicen que han crecido y madurado a nivel personal como mujeres y como madres. Este proceso personal ha tenido también, para cuatro de las mujeres, un impacto en su vida profesional produciéndose, a raíz de su participación en el grupo, cambios o mejoras laborales.

“(…) también me ha ayudado a crecer mucho como persona; me hizo ver la maternidad como un proceso de crecimiento y madurar mucho a nivel personal.” (Macarena)

“A mí me ha aportado mucho porque como persona creces.” (Pepa)

“Pues mira, yo creo que el empezar a participar en los grupos de lactancia me abrió la luz, para hacerme matrona, o sea, que a nivel personal y profesional me ha influido muchísimo porque gracias a mi participación, estaba en contacto con mujeres lactantes y mujeres embarazadas, estaba muy formada y aprobé el examen.” (Macarena)

“Yo he cambiado mucho como madre y he evolucionado con ellas. Yo he conseguido amamantar a mis hijas y he cambiado mucho. Yo iba para yupi, me he pasado la vida estudiando y haciendo lo que había que hacer, y a lo mejor si yo no hubiera conocido el grupo pues esta niña (hija pequeña) estaría en una guardería y, a lo mejor, no estaría mamando.” (Rosalía)

“Mucho, me ha aportado mucho a nivel personal, primero porque es muy gratificante y eso te aporta mucho, y sobre todo, porque a través de todas las actividades desarrolladas en el grupo a lo largo de estos años, me ha dado la oportunidad de conocer a mucha gente, de enriquecerme, de aprender mucho más de muchas más cosas. Me ha enriquecido mucho personal y profesionalmente, sobre todo porque he conocido a mucha gente de muchos ámbitos diferentes. Es muy gratificante y te permite formarte y conocer a referentes importantes de tu profesión.” (Eulalia)

“Como mujer me ha hecho cambiar totalmente mi perspectiva, primero de mi trabajo; me ha hecho priorizar otras cosas, aunque creo que toda maternidad da eso. Trabajar menos, es decir renunciar a irme de gira a Burgos, sin ningún problema aunque supongan tres mil euros menos. No cuantificar ciertas cosas comparadas con la maternidad. A mí me encantaba mi trabajo, pero ahora quiero estar con mi hijo. Me ha aportado mucha tranquilidad y serenidad; yo antes era una histérica. También me ha aportado conocer a gente como Carlos González, o Rosa Jové. Me ha dado a conocer algo que yo no sabía ni que existía, porque yo estaba embarazada de cinco meses y yo

quería epidural, y pensaba que era mi hijo el que se tenía que acostumbrar a mí, y seguir mi ritmo, lo tenía clarísimo, y ha sido un cambio radical.” (Consuelo)

“Me ha abierto los ojos, me ha hecho valorar mucho lo que tengo, porque siempre te quejas de lo que careces, y nunca llegas a valorar todo lo que tienes. Me ha hecho valorar lo que realmente es importante para mí y lo que no lo es. Me di cuenta que el trabajo fuera de casa no es lo más importante, no es siempre lo primero. Yo ya lo intuía, intuía que pasar tiempo con mis hijas y priorizar una actividad con mi pareja, no era malo.” (Ester)

“Es que si te hablo del grupo, te hablo de la lactancia; no puedo separarlo, porque la lactancia empezó por el grupo y estoy por la lactancia; la verdad es que he sufrido un cambio radical; para mí conocer al grupo y colaborar en él, decidir implicarme ha sido todo. La verdad, es que lo hacía y lo sigo haciendo con mucho gusto y con mucho convencimiento; en ningún momento he dudado de si esto está bien o no está bien.” (Rebeca)

“Esta pregunta es difícil porque para mí ha sido un crecimiento personal, para mí el nacimiento de mi tercer hijo fue como un vuelco de todo, de cambio. Al poco tiempo de nacer mi hijo empecé a estudiar y empecé con este tema de la lactancia materna y parece que yo quería salir por algún sitio. (...) sentir que me gusta un tema y lo controlo para poder contarlo, pues me ha aportado mucho crecimiento.” (Úrsula)

Otros aspectos mencionados, que aportan calidad de vida a las mujeres entrevistadas, son los relacionados con la LM, aspecto favorecido por el GALM. Haber amamantado a sus hijos les ha aportado comodidad, tranquilidad, despreocupación; han disminuido las enfermedades sufridas por los hijos y ha supuesto un importante ahorro económico.

“Sí, sí. En la tranquilidad de no tener que estar preparando cosas, el poder coger al bebé y salir a la calle. A mí me gusta la calle, me agobia estar en casa mucho tiempo, y en ese sentido el pecho me ha resultado muy cómodo, coger a mis hijos e irme. En la calidad de vida, en el sueño, el poder dormir con mi hijo al lado y poder darle pecho sin tener que levantarme y sin interrumpir el sueño en exceso. En eso ha mejorado también mi vida mucho desde que estoy en el grupo, porque mis otros hijos dejaron de tomar el pecho bastante antes, y mi hija no ha estado enferma. También económicamente, yo por suerte no tengo problemas económicos, pero la verdad es que es un ahorro no tener que estar comprando leche, esterilizadores, historias. Si lo piensas también es un ahorro.” (Alejandra)

“Que mi hija en invierno coge algo de mocos, pero no llega a resfriarse, y, si mi hija se pone mala y deja de comer pues estoy tranquila porque toma teta. La despreocupación esa, pues bueno, ¡parece que algo bueno tiene la teta!” (Evelyn)

Como vemos, la participación activa en un GALM, aporta a las mujeres seguridad y confianza, así como conocimientos y competencias que facilitan su rol de madres, que mejoran las relaciones familiares e interpersonales y fomentan estilos de vida y de crianza más saludables. Son, por tanto, una

fuentes de satisfacción, felicidad, y enriquecimiento personal, con una clara incidencia en el bienestar y la calidad de vida de las mujeres y sus familias.

VII) DIFICULTADES

Al preguntar a las mujeres sobre las dificultades encontradas para desarrollar su tarea en el grupo, nueve mujeres afirman no tener ningún problema en el momento actual, o si tienen alguna dificultad, la describen como un obstáculo menor, salvable fácilmente con alguna ayuda de compañeras del grupo o de familiares.

“No las dificultades, son obstáculos que se superan”. (Margarita)

“Dificultad, no.” (Matilde)

“Pues, hasta ahora no.” (Isabel)

“No, porque por muy poco tiempo que tenga, siempre he intentado sacar un hueco para venir un viernes; no creo que me esté suponiendo mucho esfuerzo.” (Julia)

“Yo no tengo ningún problema, hoy por hoy no tengo ningún problema; más adelante no lo sé pero hoy no.” (Amelia)

“No porque nos amoldamos a lo que hay; la dificultad estaría en el trabajo, pero como es muy flexible...” (Noa)

“Dificultad para seguir no, a lo mejor que si una mamá te llama para ir a su casa en ese momento y yo no puedo, pero se lo digo a otra mamá y a lo mejor ella si puede. La única dificultad a lo mejor es esa, pero para no seguir en el grupo, no.” (Alejandra)

“No, yo no; el coste que me supone es que yo ahora dejo los niños con mi madre ese rato; sé que tengo que buscarme la vida para que me los cuiden, pero en este momento lo tengo fácil.” (Amor)

“No, a veces la falta de tiempo, pero son dificultades pasajeras, que se pueden llevar adelante.” (Mar)

En relación a las mujeres que sí describen obstáculos importantes, seis de ellas mencionan la falta de tiempo como la mayor dificultad para poder desarrollar adecuadamente su tarea. Esta dificultad es vivida, de forma más negativa, conforme los hijos crecen y/ o las mujeres se incorporan a sus responsabilidades laborales. También cuando las mujeres ven que el tiempo invertido no ha dado todos los frutos que ellas esperaban (1 caso).

“Me costó bastante tiempo terminar la formación porque con los niños, no tenía mucho tiempo. El trabajo y la vida. Lo primero es la familia. Este año lo he llevado como he podido”. (Dorotea).

“Tiempo, la falta de tiempo es lo peor”. (Úrsula)

“Yo ahora mismo, mis niñas están ya grandes y yo tengo las tardes ocupadas con deberes, actividades extraescolares y cosas de esas, y estoy un poco agobiada. Es verdad que es una vez al mes, no es tanto esfuerzo, pero a mi si me supone un esfuerzo.” (Pepa)

“Yo, sí he encontrado dificultades de tiempo y de horarios, sobre todo en los primeros años, cuando tienes bebés pequeños y también trabajas. A veces, te da la sensación de haber dejado un poco a mi familia, para haber ayudado a otras.” (Eulalia)

“Dificultad; la falta de tiempo: todas somos mamás de uno, dos o tres hijos, con lo cual es una cosa que tienes que hacer un sobre esfuerzo; no creo que tampoco el ponerle un valor económico fuera la solución, porque a todas con el simple convencimiento moral nos vale para hacerlo. Son las dificultades del día a día, compaginar con el trabajo, con la casa, con los hijos, y organizarlo todo. Creo que hay veces que nos hemos visto un tanto desbordadas.” (Rebeca)

“La falta de tiempo, y que en la sociedad no he visto cambios en los ocho años que llevo; te dicen que sí, que en el hospital se han cambiado cosas, pero luego vienen y te cuentan como ha sido el parto y no entiendes nada.” (Teresa)

Muy relacionada con la falta de tiempo es la dificultad, mencionada por seis madres, que supone el que los hijos vayan creciendo y haya que dar respuesta a otro tipo de prioridades; además llega un momento en que las madres no pueden ir a las reuniones porque los niños más mayores ya no quieren estar allí (6 casos).

“Vas notando la ausencia de madres en las reuniones, a medida que los niños van creciendo, aunque siguen tomando teta. Por exigencias de los propios niños, no es fácil estar en la reunión con ellos, pero siguen estando ahí.” (Margarita)

“No sé, tal vez que mis hijas crecen, pero como todavía van y se lo pasan bien.” (Rosalía)

“Sí, y según crezcan mis hijos voy a encontrar más. No es que no quieran ir al grupo, sino que se cansan de que mamá esté haciendo otras cosas; ellos quieren que yo esté jugando con ellos y les haga caso al momento.” (Evelyn)

“Llegará un momento en que no pueda ir, porque tampoco me parece justo imponerles nada (a mis hijas)”. (Ester)

“Al tener los dos niños me resulta muy difícil ir a las reuniones mensuales, porque si no se queda uno dormido se queda el otro y el apoyo de mi madre para quedarse con los niños mientras la reunión no lo tengo; estoy haciendo un poco de presencia para que no desaparezca el grupo, pero entiendo que hay que implicarse un poco más”. (Daniela)

“Que se me destete mi hijo, que entonces yo creo que mi vinculación con los grupos será menor. Por eso yo creo que es tan importante renovar e integrar a nuevas madres”. (Consuelo)

Otra dificultad comentada es la falta de apoyo e ilusión de otras mujeres para compartir responsabilidades en el grupo, lo que lleva a asumir la responsabilidad en solitario y vivirla como una carga (3 casos).

“El tiempo y la falta de entusiasmo de la gente. Porque si tienes alguien que se involucra si no estás tu bien de moral, pues está la otra. Yo es que estoy sola.” (Pepa)

“No sé. Algunas veces lo veo como un peso.” (Carlota)

“Dificultad es que la gente tome la iniciativa de entrar, que piensen que no pierden nada con reunirse con un grupo de madres, si no estás con unas madres que han estado, están o van a estar en las mismas circunstancias que tú, te pierdes mucho.” (Paula)

Por último se mencionan otros obstáculos como el hecho de ser profesional sanitario y generar confusión en las madres sobre el papel desarrollado en el grupo, la falta de recursos o la disponibilidad de espacios de reunión y los horarios de las reuniones.

“Ahora mismo sí, que soy matrona. La dificultad para mí es que soy matrona y para estar en relación bis a bis con las madres interfiere.” (Macarena)

“El estar en crisis y que no haya dinero, es importante. Como grupo de apoyo no necesitas muchos recursos, pero solo el poder tener un local disponible dificulta mucho”. (Ester)

“Sí; el horario de las reuniones, porque coincide con la siesta de mi hija y no la puedo dejar y tengo que andar despertándola para llevármela a las reuniones.” (Emma)

Como vemos, una vez más se describe la falta de tiempo y el hecho de que los hijos vayan creciendo, como las principales dificultades para las mujeres respecto a su participación activa en el GALM.

VIII) INFLUENCIA EN LA SALUD DE LA COMUNIDAD

Más de la mitad de las mujeres entrevistadas (14 casos) afirman categóricamente, que influyen positivamente en la salud de la comunidad, en tanto que contribuyen a la salud de la madre, del bebé, y del entorno cercano. A partir de la tarea desarrollada dentro y fuera de los grupos, y de la información transmitida a las madres, se resuelven problemas con la LM, se consiguen lactancias más prolongadas y se favorece una vivencia de la maternidad y de la crianza más positiva y placentera. Se describen varios casos en los que las mujeres dicen haber constatado esta influencia con madres del grupo o con personas de su entorno; incluso en un caso, se

reflexiona sobre el hecho de que la salud es responsabilidad de todos, y no sólo de los profesionales sanitarios

“Sí, positivamente, porque todo lo que contribuya a que una madre esté más serena y se entienda, eso es una influencia y lo necesita.” (Margarita)

“Sí claro; creo que influyo en que esos niños estén más sanos; al apoyar la lactancia estás haciendo que esos niños crezcan más sanos, y se evitan muchas infecciones. Por lo que estamos influyendo en la salud de los murcianos o de la gente que viene a los grupos.” (Dorotea)

“Yo creo que sí, claro que sí.” (Macarena)

“Yo creo que sí, pero no solo en la lactancia, sino en todo.” (Daniela)

“Yo pienso que sí, al ayudarles a superar ciertos problemas de lactancia, pues lógicamente, cuanto más tiempo estén dando el pecho, mejor para la salud de ellas y la de sus bebés.” (Matilde)

“A nivel de que cuando tienen un problema vienen y tu se lo solucionas, claro; para ellas es lo más.” (Teresa)

“Creo que sí; tanto en el grupo de apoyo, como por mi profesión porque, aunque ahora no esté trabajando, transmito información y soy receptora de información.” (Emma)

“Yo creo que sí, porque en la medida que das información a las mamás para que vivan su experiencia con la lactancia y la maternidad de manera más tranquila y con más información estás beneficiando a la mamá y al bebé.” (Amor)

“Sí que he visto mamás en las que hemos influido. Espero haber influido positivamente en alguna mamá.” (Julia)

“Por lo menos, lo estoy intentando. Con mi familia lo he visto, pero también con las demás mamás.” (Evelyn)

“Considero que en alguna ocasión sí que he podido ayudar, sobre todo a amigas que tienen algún problema y dentro de mis posibilidades las he ayudado. Tengo buenas experiencias en ese sentido.” (Paula)

“Una de las razones de hacerme monitora, fue porque yo creía que no influía nada en la gente. Cuando mi cuñada se quedó embarazada yo pensaba que no iba a dar el pecho; de hecho el primer día dijo que no iba a tener leche y gracias a mi apoyo le dio pecho un año, ¡no me lo podía creer! También me ha pasado con otras personas de mi alrededor, que me han preguntado, y han dado pecho tiempo. Me ha sorprendido muchísimo, por eso veo que sí les he influido.” (Carlota)

“Yo creo que sí. Me gustaría pensar que sí, bueno se que dando lactancia materna, una madre mejora la salud de su niño. A veces la salud mental de la madre está en peligro, porque al igual que una buena lactancia es buena para la salud mental de la madre, por lo mismo, una lactancia forzada o en un entorno demasiado hostil, puede no ser buena para la salud de la madre.” (Consuelo)

“Sí, creo que sí, porque en general todos los temas del grupo están muy vinculados con la salud de los niños, las madres y la familia. Aunque en el grupo no estemos como personal sanitario. La salud parece que sólo está vinculada a personal sanitario, pero no es así.” (Eulalia)

En seis casos, las mujeres, clarifican que su objetivo no es condicionar a las madres, sino que es que éstas puedan tomar una decisión libre e informada, y que las que decidan amamantar puedan hacerlo.

“Yo esto lo estoy haciendo para que la mamá que quiera dar el pecho lo pueda hacer y se sienta bien tanto física como emocionalmente, entonces, se supone que estoy influyendo. Pero no creo que lo mío sea determinante.” (Pepa)

“Yo lo que intento, es darles más criterios y que puedan elegir. No quiero condicionar a nadie, porque el pecho es muy bueno, pero tampoco hay que obligar a una madre a dar el pecho. Eso lo tengo claro. Porque, a veces se han dado casos de mucha presión, y tampoco es ventajoso eso.” (Mar)

“Yo puedo intentar influir, pero luego cada uno hace lo que quiere.” (Julia)

“Puede ser, no lo sé. Yo sólo quiero que las madres que quieran amamantar puedan hacerlo, pero no quiero que todas las madres amamenten, sólo las que quieran.” (Rosalía)

“No lo sé. Yo lanzo el guante y quien lo quiera coger que lo coja. Unas veces si influyes positivamente y otras no, depende. No me gusta influir en la gente, no voy a cambiar la decisión de la persona que tengo en frente, pero tampoco voy a aceptar que cambien mi forma de ver las cosas.” (Ester)

“Yo procuro no imponer nada sino informar, tranquilizar y apoyar convencida de lo que estoy haciendo; a las mamás le doy información objetiva, la que hay, y después que ellas decidan. (Amor)

Otro grupo de mujeres (5 casos) manifiestan sus dudas respecto a su capacidad para influir en los demás, bien por cuestiones personales, porque lo consideran complicado, o porque el grupo no ha funcionado. En un caso, se clarifica que no es ella, sino el grupo el que tiene capacidad de influir en la salud de comunidad.

“Pues no sé si influyo positivamente en la salud de otros, porque no sé cual es el concepto que los otros tienen de lo que yo les digo.” (Alejandra)

“Yo creo que de aquí para atrás no tanto, pero si el grupo empieza a funcionar como debe sí que puede mejorar.” (Noa)

“Pues no sé si influyo; a lo mejor no soy la persona que más.” (Amelia)

“Sí; pero no sé hasta qué punto ellos se dejan influir.” (Úrsula)

“Lo que nosotros aportamos sí que puede influir, pero ya no tanto como que sea yo, pero el grupo en general sí.” (Isabel)

Por lo general, las mujeres sí se perciben a sí mismas como agentes de salud en el entorno comunitario, en tanto que influyen de manera positiva en la salud y el bienestar de las madres, los bebés, y su entorno. También hay que

destacar, que esta influencia es vivida por un grupo importante de mujeres, manteniendo una posición de respeto, huyendo de posturas que puedan determinar o forzar las decisiones de las propias madres. Se trata, según ellas, de dar información contrastada y apoyar las decisiones de las madres en relación a la alimentación y crianza de sus hijos.

CATEGORÍA 7. EXPERIENCIA DE LA MUJER COMO MIEMBRO/ RESPONSABLE DEL GALM

7.1. FUNCIÓN DENTRO DEL GALM

Descripción de las variables	Nº de casos
Coordinar del grupo y la preparación y moderación de las reuniones	6
Transmitir y compartir información sobre LM	5
Asesorar, apoyar y ayudar a las madres	
- a partir de la formación adquirida sobre LM y sobre habilidades comunicativas	4
- a partir de la propia experiencia vivida	2
Mediar, poner en contacto a las madres entre sí y favorecer el apoyo mutuo entre ellas	8
Ser referente para otras madres, motor del grupo, posibilitar procesos	4
Otras valoraciones	
No se desempeñan ninguna función especial, son una madre más	4
Son madres, no profesionales	3

7.2. MOTIVACIONES

Descripción de las variables	Nº de casos
El contacto con otras madres	3
Lo que recibes del grupo, lo que te aporta (refuerzo)	4
La satisfacción y la recompensa de ayudar	2
La necesidad de formación y apoyo a las madres/ vacío de apoyo social e institucional	8
Por los bebés y su bienestar	2
Todavía son necesarias para que el grupo no desaparezca	4
Éxito y utilidad de los GALM	5

7.3. VIVENCIA PERSONAL

Descripción de la variable	Nº de casos
Vivencias muy positivas	15
Satisfechas, labor que recompensa	7
Felices, a gusto	6
Orgullosas	2
Esencial en sus vidas/ les llena	6
Agradecidas	2
Vivencias positivas acompañadas de sentimientos negativos	
Dudas en cuanto a la labor realizada y su utilidad	6
Cansancio por el tiempo dedicado	6

7.4. VIVENCIA DE LA PAREJA

Descripción de la variable	Nº de casos
Tipo de relación con los profesionales	
Valoraciones positivas	19
Valoraciones negativas	3
Indiferencia	2
Valoraciones positivas	
Se sienten contentos, orgullosos y satisfechos	6
Apoyan la tarea	7
Están implicados en el grupo	4
Lo viven bien, aunque manifiestan cierto cansancio	6
Valoraciones negativas	
Fuente de conflicto o desacuerdo	3
Indiferencia	2

7.5. VIVENCIA DEL ENTORNO FAMILIAR

Descripción de la variable	Nº de casos
Tipo de valoración	
Valoraciones positivas	14
Valoraciones negativas	9
Descripciones de cambios experimentado por miembros de la familia sobre su visión de la LM	4
Valoraciones positivas	
Lo viven bien, con normalidad, se sienten contentos	8
Apoyan la tarea	.3
Ven el fomento de la LM como algo importante	4
Valoraciones negativas	
Fuente de conflicto o desacuerdo	2

7.6. INFLUENCIA DEL GRUPO EN SU CALIDAD DE VIDA

Descripción de la variable	Nº de casos
Tipo de influencia	
Influencia claramente positiva en su calidad de vida	18
Influencia positiva acompañada de valoraciones negativas	6
Aportaciones positivas del GALM en sus vidas	
Satisfacción de dedicar tu tiempo a una tarea que te gusta/ hobby	12
Tiempo para relacionarse y conocer a otras mujeres	8
Oportunidad para sentirse respetadas, escuchadas y valoradas	3
GALM fuente de felicidad	4
GALM como lugar de aprendizaje	11
Ha propiciado estilos de vida más saludables	6
Bienestar y enriquecimiento familiar	7
Seguridad confianza en ellas mismas	4
Favorece y facilita su rol de madre	7
Cambios en su forma de criar y educar	7
Mayor capacidad para tomar sus propias decisiones	2
Crecimiento y maduración personal	9
Cambios o mejoras laborales	4
LM comodidad y tranquilidad, menos enfermedades y ahorro económico	2
Valoraciones negativas	
Les ha restado tiempo para dedicar a su familia	6

7.7. DIFICULTADES

Descripción de la variable	Nº de casos
Tipo de valoración	
No encuentran dificultades	4
Dificultades fácilmente superables	5
Dificultades u obstáculos importantes	15
Tipo de dificultad	
Falta de tiempo	6
No se han conseguido los resultados esperados	1
Los hijos crecen y tienen otras necesidades	6
Asumir la responsabilidad en solitario	3
Falta de recursos y espacios	1
Horario de las reuniones	1
Confusión de roles por ser profesional sanitario	1

7.8. INFLUENCIA EN LA SALUD DE LA COMUNIDAD

Descripción de las variables	Nº de casos
Sí influyen en la salud de la comunidad	14
- Porque se contribuyen a la salud de la madre y del bebe	3
- Porque se resuelven problemas con la LM, favoreciendo LM más prolongadas	2
- Porque se transmite información relevante para la salud	2
Constatan esta influencia con mujeres del grupo o de su entorno	4
Salud no sólo responsabilidad de los profesionales sanitarios	1
Se puede influir, pero sin condicionar las decisiones en salud de las madres	6
Dudan de su capacidad de influencia	5
Ellas no mucho, pero sí el grupo	1

CATEGORÍA 8. RETOS DE FUTURO

I) PERSPECTIVAS PERSONALES DE FUTURO RESPECTO AL GRUPO

Al preguntar a las mujeres sobre su perspectiva de futuro en el GALM, es frecuente que se hable del carácter temporal de la implicación en este tipo de grupos y por tanto de la necesidad de renovar las responsabilidades dentro del mismo. Cinco mujeres afirman que su intención es dejar el grupo o por lo menos dejar la responsabilidad dentro del mismo, quedando en un segundo plano, bien para tener más tiempo para las nuevas necesidades de su familia ahora que sus hijos son mayores, o bien para iniciar otros proyectos de carácter profesional.

*“Me estoy planteando en un año o así, cuando una chica de mi zona esté formada, quizá lo deje. Lo voy a echar mucho de menos, pero es por falta de tiempo. Tengo un hijo con dislexia y necesito estar con él, apoyarlo. Voy a necesitar estar allí. Me siento contenta y feliz de poder estar, pero me tengo que quitar muchas cosas. Mi reto personal es el relevo, llevo casi catorce años y creo que ya he aportado suficiente”.
(Dorotea)*

“Yo ahora quiero montar, como matrona, una consulta de postparto y crianza en mi zona de salud, en la que hablaremos de todo. Pues ahora mismo me planteo echar otra vez el paso atrás, y para mí es difícil porque cuando tu sabes que hace falta gente y que se cuenta contigo, me cuesta trabajo decir no; pero creo que es lo mejor y lo voy a tener que hacer de aquí a poco tiempo.” (Macarena)

“Tengo una ambivalencia; yo esto no quiero dejarlo, porque además es que soy la única, pero ya mis nenas están grandes. A mí me gustaría seguir, pero me gustaría seguir de refuerzo, que hubiera dos o tres mamás que se implicaran, que se formaran, y todo eso. Y yo si hace falta pues estoy ahí. Pero no tener la responsabilidad; aunque sea una tarde al mes, a veces me cuesta. Tengo que estar buscando canguros y eso es que me frustra. Yo estaría encantada de estar de refuerzo, porque me encanta, pero tirar del carro que tire otra.” (Pepa)

*“En dejarlo; pienso que otras mamás deberían seguir nuestros pasos, porque si no lo hacen, cuando los niños tengan ocho o nueve años no se va a continuar y el grupo va a desaparecer, porque vienen los deberes y te demandan otras cosas y tú tienes que dárselas. Pienso que los grupos se tienen que renovar, que tiene que haber mamás dispuestas a ayudar. (...) Yo pienso que me quedaré como ella, que no está en el grupo, pero que si sale una urgencia pues podré atenderla porque eso es la prioridad”.
(Evelyn)*

“Yo, que lo cojan otras y dejarlo porque esto es como todo en la vida; en la lactancia te implicas cuando estás lactando y un poco más porque te llena muchísimo, pero cuando ya pasa la etapa de la vida, entonces yo en un futuro me gustaría que hubiera otras madres y cuando vamos a la preparación al parto se lo digo.” (Daniela)

Otro grupo importante de mujeres (5 casos) no tiene intención de abandonar su tarea en el grupo, pero sí comentan que su implicación en el

mismo tendrá, como es natural, fecha de finalización, porque a pesar de que es algo que les llena mucho, también es cansado, e incluso duro.

“Pues no lo sé, igual que no pongo fecha al final de mis lactancias, tampoco sé si le pondré fecha de finalización a mi implicación en el grupo de apoyo; supongo que eso se producirá de forma natural. Poco a poco me he ido desligando de funciones administrativas, nunca he participado mucho de ellas, pero cada vez participo menos, me quedan menos ganas.” (Ester)

“Y mi futuro en el grupo, yo no creo que sea a largo plazo. Yo tengo ahora un reto personal que es poder, depende de la edad del niño, amamantar al hijo que voy a adoptar.” (Consuelo)

“Yo como mamá lactante que todavía soy, estoy muy motivada; no te digo dentro de 10 años; la vida tiene sus etapas.” (Amor)

“A medio plazo no sé; no sé si ya voy a estar muy cansada porque ya son nueve años y pico, y no sé si me apetecería dejarlo y luego lo voy a echar mucho de menos o voy a tirar por otro lado para hacer actividades de este tipo.” (Úrsula)

Me encuentras en una encrucijada de que si sigo o lo dejo. A mí me gustaría como una compañera de Almoradí, que tiene los hijos mayores y ella sigue en el grupo. A mí me gustaría verme vieja, anciana y estar ahí, porque la experiencia es algo que tú tienes; a mí me gustaría verme de mayor que viene gente joven a pedirte consejo, pero es muy duro.” (Teresa)

Desde otra visión, también encontramos mujeres que piensan seguir involucradas en el grupo por largo tiempo, independientemente de si siguen amamantando o de la edad de los hijos.

“Pues, como esto para mí no es algo pasajero que yo haga porque ahora mismo esté amantando a mi hijo, sino que lo hago porque me llena, me hace feliz, pues entonces yo no le pongo límite.” (Margarita)

“Yo por mí, quiero seguir todo el tiempo que pueda, y sobre todo, dar a conocer el grupo.” (Mar)

Más allá de la dimensión temporal, se mencionan retos personales respecto a la tarea de las mujeres en los GALM (7 casos). Se habla de dedicar más esfuerzos, de implicarse en nuevos proyectos dentro del grupo y sobre todo de mejorar su formación o incluso acreditarse como consultoras de lactancia

“Yo quiero dedicar algo más de tiempo y esfuerzo a esas cosas (a las carencias del grupo) e ir mejorando.” (Eulalia)

“A mí me gustaría seguir estando y que cada vez nos conociera más la gente.” (Isabel)

“Pues, a mí me gustaría, si el año que viene tengo más tiempo, prepararme para el examen de IBC. Eso es un reto que tengo.” (Matilde)

“Pero bueno el reto como grupo sería dedicarme en exclusiva al programa de madrinas con otra mamá, para con el tiempo dejarlo. En estas cosas hay que ceder el testigo.” (Consuelo)

“Seguir y conseguir que las madres se animen.” (Paula)

“Seguir ayudando a las mamás” (Julia)

“A mí me encantaría (hacer actividades de tiempo libre o talleres para niños/ familia), porque aquí donde vivimos no hay opción de ocio para niños.” (Amelia)

En otros casos, se plantean limitaciones para poder implicarse más y su perspectiva es continuar con las tareas que vienen desarrollando hasta el momento (5 casos).

“No veo que podamos dedicarle mucho más al grupo, por lo menos por mi parte. Yo por mi parte, no creo que me implicación pueda aumentar mucho.” (Alejandra)

“Mis retos, pues la verdad no sé si me queda mucho o poco por hacer, quedarnos como estamos.” (Rosalía)

“Simplemente, yo no quiero más, con lo que tengo, tengo bastante. Acreditarme y seguir.” (Carlota)

“Mantenerme en la misma línea; no aspiro a mucho más, porque no quiero que me sobresature y tenerlo como una obligación.” (Emma)

“Para mí, retos de futuro en el grupo, me quedan pocos sinceramente porque me he ido viniendo a menos y lo que me queda es acudir a reuniones y seguir apoyando a madres; no me planteo el llegar a presentarme a ningún cargo superior ni nada de eso”. (Rebeca)

Está claro que la participación e implicación de las mujeres en los GALM está íntimamente relacionada con la propia experiencia vital de LM y crianza, por lo que se entiende como normal y natural que las mujeres con hijos mayores se planteen, en un futuro, una menor implicación en el grupo o incluso un abandono del mismo y consideren el relevo por parte de otras mujeres un aspecto clave para la continuidad del grupo. La asunción de responsabilidades en un GALM les aporta, como ellas mismas dicen, felicidad y satisfacción, pero también quita tiempo y puede llegar a ser cansado. Aunque, de las mujeres entrevistadas, hay quienes se plantean nuevos retos y mayores esfuerzos, otro grupo significativo afirma no plantearse más dedicación que la que hasta ahora desarrollan.

II) RETOS DE FUTURO PARA EL GRUPO

En relación a los retos, que según las mujeres, deberían plantearse para el GALM, las respuestas son variadas. En muchos casos se habla de aspectos ya mencionados en otras categorías como limitaciones o puntos débiles de los grupos que ahora se transforman en retos a conseguir. Alguno de esos aspectos son los relacionados con la difusión y necesidad de que se conozca más la tarea del grupo (5 casos), para llegar a más gente y conseguir que acudan más madres a las reuniones (7 casos). También se habla de potenciar y mejorar las relaciones con los centros de salud y con los profesionales sanitarios (6 casos), establecer relaciones de colaboración con colegios (1 caso) y fomentar el apoyo y colaboración entre los propios grupos (2 casos).

“Algunas de las cosas están relacionadas con las carencias que te he ido comentado a lo largo de la entrevista. Los retos son reforzar los puntos débiles que creo que tiene nuestro grupo local, el que coordino yo. Las carencias a las que les quiero dedicar algo más de tiempo y esfuerzo son esas; intentar volver a retomar los contactos con los centros de salud, que aunque siempre han estado, creo que están debilitados; intentar implicar a algún profesional de salud, que aunque despacito, también se van renovando, o con gente interesada, y continuar con lo que ya estamos haciendo.” (Eulalia)

“Ahora mismo creo que deberíamos hacer algo para darnos a conocer más, pero tampoco creo que a corto plazo pueda ser, por las cargas familiares y laborales. Más comunicación con otros grupos, darnos más a conocer entre los profesionales sanitarios, quizá para que nos deriven más personas, o para que confíen más en nuestro criterio.” (Alejandra)

“En el futuro seguir trabajando y estar implicados en el mayor número de foros posibles; que se nos conozca. Establecer canales de comunicación con los centros de salud si no los hay.” (Amor)

“El otro reto es convencer al otro pediatra de aquí, que es un poco anti lactancia, a ver si se porta un poco.” (Matilde)

“Seguir transmitiendo, seguir creciendo y seguir contagiando a los profesionales”. (Rosalía)

“El reto principal es llegar a más madres y quitarles el estereotipo de que somos las de la teta. Esto es más amplio, yo creo que es muy importante el período de la lactancia de un bebé, pero no sólo eso.” (Noa)

“Por parte de los profesionales, que se comprometan con los grupos de apoyo y que sepan qué función tienen; que no tengamos que ser nosotras después de todo el tiempo que nos quitamos, personal y familiar las que estemos pendientes de que sepan qué estamos haciendo. Que todo el mundo sepa lo que estamos haciendo y qué es un grupo de apoyo.” (Úrsula)

“Conseguir que cada vez vengan más madres” (Margarita)

“En cuanto al grupo creo que el mayor reto sería la difusión, porque el grupo está bien organizado, tiene gente muy válida y creo que el principio que nos mueve es esencial, pero nos falta llegar a más gente, no sé si por medio de subvenciones, no sé de qué

manera o no si es el personal sanitario que no está formado y son una pared con la que chocamos. La difusión creo que sería el mayor reto; llegar a ser más conocidas o extendernos más.” (Rebeca)

“La verdad, siempre a corto plazo, porque tampoco podemos ponernos grandes retos. El reto sería ese, que la gente nos conozca. Dar a conocer el grupo, que las madres sepan lo que tienen.” (Mar)

“Conseguir que vengan mamás y que las ayudemos.” (Julia)

“(…) y también tengo en la cabeza el podernos dirigir a los colegios para que sepan los niños desde pequeños que lo normal es dar de mamar. Creo que de momento tenemos que asentarnos como grupo y después si me encantaría todo esto.” (Isabel)

También se plantean como retos otros aspectos para la mejora de la tarea del grupo; como son la formación (2 casos), crear grupos nuevos para que sean accesibles al mayor número de mujeres (2 casos), aumentar el número de reuniones y mantenerlas todo el año (2 casos), tratar temas de interés para todas las madres, ampliando la temática más allá de la LM (3 casos) y organizar actividades de ocio en familia (1 caso). Incluso se comenta, en un caso, que la evolución natural de todo grupo de lactancia debería ser un grupo de crianza.

“Ampliar y que haya cada vez más grupos y que cada vez haya más gente formada para llegar a más madres. Que las madres se encuentren apoyadas, que no se encuentren solas y que en cada zona haya un grupo.” (Dorotea)

“La tendencia es a hacer grupos en las zonas más próximas a las personas que tienen afinidad para prestar esa ayuda.” (Ester)

“Al final, vamos mejorando día a día, en las reuniones, en los apoyos a madres, en todo. Vamos aprendiendo día a día de las madres, vamos formándonos cada vez más, y vamos mejorando.” (Eulalia)

“Tener reuniones durante todo el año; que hasta ahora no las estamos haciendo.” (Amor)

“(…) y no sé, hacer más reuniones, poder visitar a más gente.” (Matilde)

“Ya se está planteando en algunas reuniones, no sólo hacer hincapié en lactancia, sino tocar otros temas como la mujer y el trabajo porque de todas esas fuentes también se facilita porque son parte de la lactancia también.” (Emma)

“A mí me encantaría, reunir al grupo y decirles nos vamos este fin de semana a hacer una excursión al monte, o nos vamos a la playa a coger distintos tipos de cochinitas y que los niños aprendan de qué tipo es cada una, o ahora hacemos un taller de teatro para críos. A mí me encantaría, porque aquí donde vivimos no hay opción de ocio para niños.” (Amelia)

“Lo de poder hablar también de la crianza de niños más mayores; el que la gente conozca que se pueden criar de otra manera y que no es necesario tanta cosa material.” (Isabel)

“Si, que creo que es la trayectoria consecuente de los grupos de lactancia, son los grupos de crianza. Ahora se ha creado uno, pero lo natural sería que esas mamás con niños ya de tres o cuatro años continuaran en grupos de crianza, que no existen. Se forman de manera natural, se juntan tres o cuatro madres, pero no todas las madres pueden acceder a ellos.” (Consuelo)

Otro aspecto abordado es la necesidad de invertir esfuerzos en contar con más mujeres formadas y con ganas de implicarse activamente en los grupos (5 casos), asegurando la continuidad de los GALM y el relevo de responsabilidades (5 casos).

“Deberíamos tener más monitoras, más gente que nos ayudara, porque falta muchísima gente. Todavía hay muchas madres que no saben nada de la lactancia. Cuanta más gente haya implicada en el proyecto mucho mejor. Necesitamos más gente preparada, que esto se renueve.” (Carlota)

“Encontrar otra persona que quiera implicarse también en esto tanto como yo y colaborar juntas, hacer lo mismo. Formarla, o ayudarle a que se forme.” (Matilde)

“Como las madres no terminan de implicarse mucho, no tenemos mucha gente experta y nosotras además nos pusimos la tabla o el límite en una madre que tuviera al menos un año de experiencia en lactancia y no hay mucha gente; por un lado quieres difundirte, pero por otro te da miedo, por encontrarte desbordada.” (Rebeca)

“Sobre todo captar gente. Yo creo que es una etapa de la vida; que es lo que le pasó al otro grupo que a la hora de la reunión están con otras cosas (catequesis, clases de inglés...) y las necesidades son otras; yo creo que esto tienen que ser madres que estén dando el pecho.” (Daniela)

“A mí me gustaría que del grupo salieran algunas monitoras y de hecho va por ahí el trabajo.” (Teresa)

“La renovación. Haber madres las hay, pero se echan un poco para atrás porque piensan que no están preparadas porque no tienen cursos. Yo las veo preparadas por todo lo que han leído, preparadas para ayudar a otras mamás que vienen. Por lo menos para que no se muera el grupo. Eso es, la continuidad.” (Evelyn)

“Que hubiera alguien más y continuara para adelante.” (Pepa)

“Hubo una época que estuvieron a punto de desaparecer las reuniones, dejando solo el teléfono. Mi reto sería que el grupo no desaparezca, aunque sólo sean dos horicas una vez al mes.” (Mar)

“Que siga el grupo.” (Paula)

“Cada vez hay más grupos y lo importante es que prevalezcan.” (Ester)

Por último, se menciona el deseo de que, en un futuro, se normalice la práctica de la LM (4 casos), llegando incluso al punto de que los GALM desaparecieran porque amamantar a un hijo fuera tan fácil, natural, apoyado y respetado por toda la sociedad, que no hicieran falta grupos de apoyo (2 casos).

“El reto es sacar la lactancia a la calle, que las madres amamanten en la calle, en los parques y que no lo hagan como algo antinatural o con temor a ser miradas. Mi meta sería que fuera tan natural sacar un biberón, como un pecho, para alimentar a un niño. Sólo con eso me conformaría. Con eso me daría por satisfecha, porque dejaríamos de estar perseguidas.” (Ester)

“El reto sería que alguna vez dejáramos de ser importantes. Que fuera algo normalizado, que la lactancia en la región tuviera unas cotas tan altas que no necesitaran las madres venir de manera solitaria buscando a alguien que no conocen, sino que fuera algo tan natural, tan normal, que la generación de nuestros hijos no necesitara un grupo. Que fuera lo normal.” (Margarita)

“Para el futuro, ojala todas las madres vayan a un grupo de apoyo y desaparecieran gracias a eso (sonrisa). Siempre he soñado, he pensado que un grupo de apoyo no debería existir porque no hiciera falta.” (Evelyn)

“Que nos respetaran más toda la sociedad; que nos valoraran más. Sí estamos ahí sería estupendo que lo valoren ellas y el pediatra y el médico de cabecera.” (Úrsula).

Las mujeres se muestran críticas respecto a los puntos débiles de los grupos y conocedoras de donde deben invertir esfuerzos en su afán de fomentar la LM, promover estilos de crianza saludables y mejorar el bienestar de las madres, de sus hijos y de la sociedad en general. Proyectan para el futuro una sociedad que realmente apoye la LM y en la que se recupere una verdadera cultura del amamantamiento y de la crianza saludable, priorizándolas por encima de otros intereses. Reclaman más mujeres con ganas de implicarse y más apoyos de los distintos sectores de la sociedad, para que los GALM no desaparezcan y puedan seguir desarrollando la importante función que desempeñan.

CATEGORÍA 8. RETOS DE FUTURO**8.1. PERSPECTIVA PERSONAL DE FUTURO RESPECTO AL GRUPO**

Descripción de las variables	Nº de casos
Dimensión temporal	
Dejar el grupo o la responsabilidad dentro del mismo y seguir con una implicación menor	5
Seguir, pero saben que de manera temporal	5
Seguir por mucho tiempo	2
Actuaciones	
Dedicar más esfuerzos y mejorar como grupo	4
Formarse/ acreditarse	1
Involucrarse en algún proyecto dentro del grupo	2
Seguir como hasta ahora sin implicarse más	5

8.2. RETOS DE FUTURO PARA EL GRUPO

Descripción de las variables	Nº de casos
Necesidad de mayor difusión y conocimiento de la labor del grupo	5
Conseguir que acudan más madres a las reuniones	7
Potenciar y mejorar las relaciones con los centros de salud y con los profesionales sanitarios	6
Fomentar el apoyo y colaboración entre los propios grupos	2
Establecer relaciones de colaboración con colegios	1
Crear grupos nuevos para llegar a más madres	2
Más reuniones mensuales y mantenerlas todo el año	2
Ampliar los temas tratados en las reuniones (no sólo LM)	3
Invertir más esfuerzos en formación	2
Contar con más mujeres formadas capacitadas para coordinar grupos	5
Asegurar la continuidad del grupo y el relevo	5
Conseguir la normalización de la práctica de la LM	4
Que los GALM dejen de ser necesarios	2

5.2. RESULTADOS: ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS CUESTIONARIOS REALIZADOS A LAS MUJERES PARTICIPANTES EN LOS GALMS

En este apartado, presentamos los resultados del análisis estadístico de los cuestionarios realizados a las mujeres y madres participantes en los GALM.

Se repartieron 130 cuestionarios, uno por cada una de las mujeres madres que acudieron a las reuniones de cada uno de los grupos objeto de estudio en el período de la investigación del estudio de campo. Dichos cuestionarios fueron entregados en mano aprovechando un momento de la reunión de grupo, previa explicación de la finalidad del estudio y de las normas de cumplimentación. En todo momento se hizo hincapié en la confidencialidad de los datos recogidos, y de la voluntariedad en la participación, agradeciendo, en cualquiera de los casos, la atención y el interés prestado. El cuestionario se acompañó de un sobre con el franqueo pagado y la dirección a la que debían enviarlo una vez cumplimentado. De esta manera se recogieron 85 cuestionarios, lo que supone un 65,38% del total.

Para el análisis de la información obtenida de los cuestionarios se ha utilizado el programa SPSS (versión 15.0). Para nuestro estudio, hemos utilizado el módulo básico que permite hacer estadística descriptiva básica.

Los resultados se muestran ordenados según su aparición en el cuestionario y agrupados en cuatro bloques temáticos que facilitan la interpretación de los datos y su comparación con la información obtenida en las entrevistas. También se recogen los datos de las dos cuestiones abiertas incluidas en el cuestionario. Los cuatro bloques temáticos son:

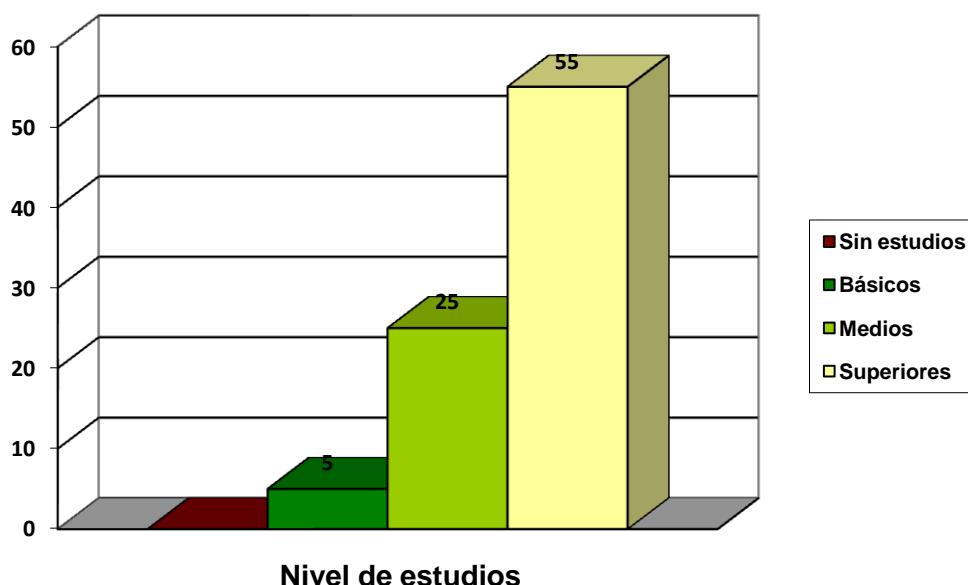
1. Datos personales y socio familiares de las mujeres
2. Información sobre maternidad/ LM de las mujeres
3. Relación de las mujeres con los GALM
4. Valoración de la experiencia

Además los resultados van acompañados de sus correspondientes gráficos para facilitar una mayor comprensión de los mismos. Al final se anexan las tablas de resultados.

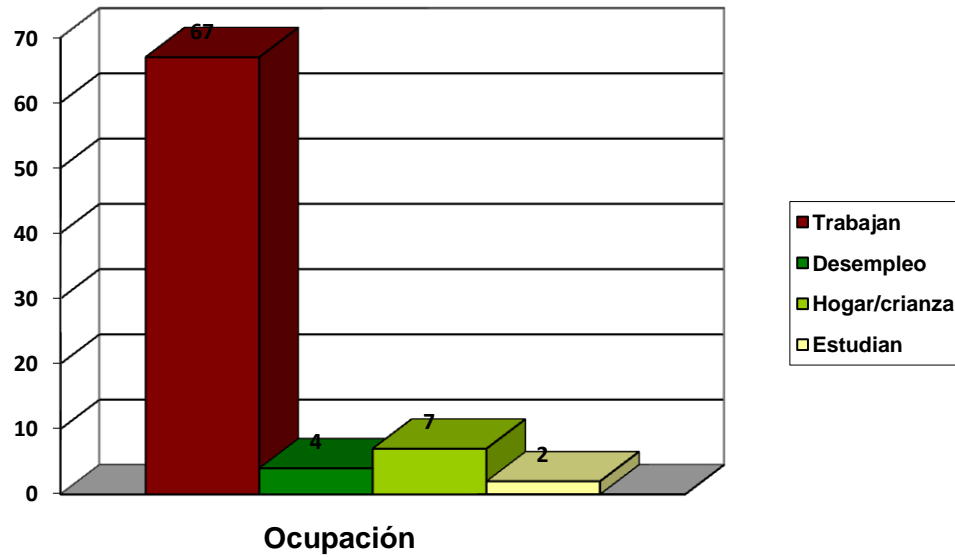
I. DATOS PERSONALES Y SOCIO FAMILIARES DE LAS MUJERES

La edad de las mujeres encuestadas se sitúa entre los 24 y los 44 años, siendo la edad media de 33,68 años, y una desviación típica de 4.

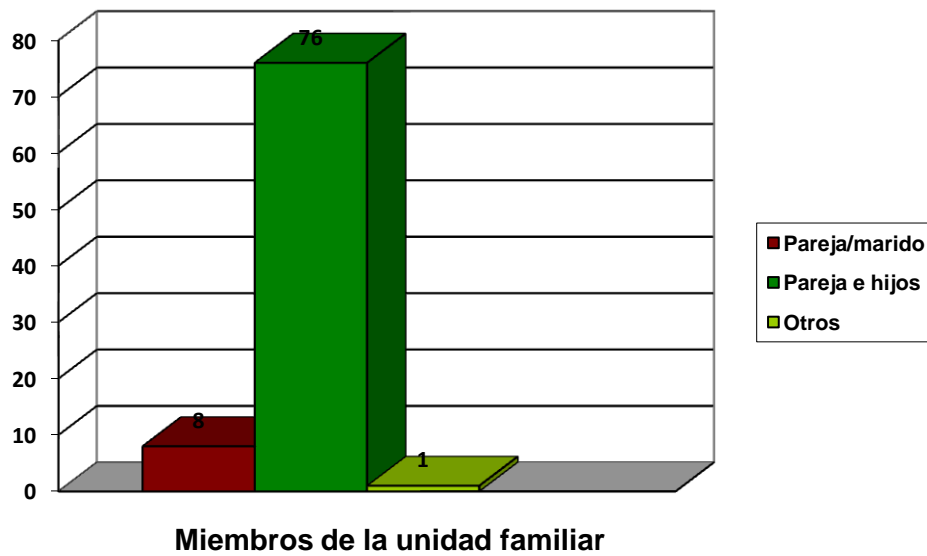
En relación a su nivel de estudios, el 68,75% poseen estudios universitarios (55n). Todas las mujeres de la muestra han realizado algún tipo de estudio, destacándose que sólo un 5,9% tiene estudios básicos (EGB o ESO) y un 29,4% posee estudios medios (bachiller, técnico o técnico superior).



En su mayoría, 78,82%, desarrollan algún trabajo fuera del hogar (67n). Las ocupaciones más frecuentes (24n) son profesiones socioeducativas (11 profesoras, 8 maestras, 2 trabajadoras sociales, 1 logopeda, 1 educadora social, 1 bibliotecaria) y profesiones sanitarias (12n) (3 diplomadas en enfermería, 3 auxiliares de enfermería, 1 higienista dental, 1 médico de familia, 1 optometrista, 2 farmacéuticas, 1 técnico de laboratorio). El resto son ocupaciones del sector servicios y sólo en 5 casos son empleos no cualificados. Cuatro mujeres se declaran en situación de desempleo y dos están actualmente realizando estudios universitarios (Grados de Educación social y Enfermería). El resto, 7 mujeres, se dedican a tiempo completo al cuidado del hogar y la crianza.



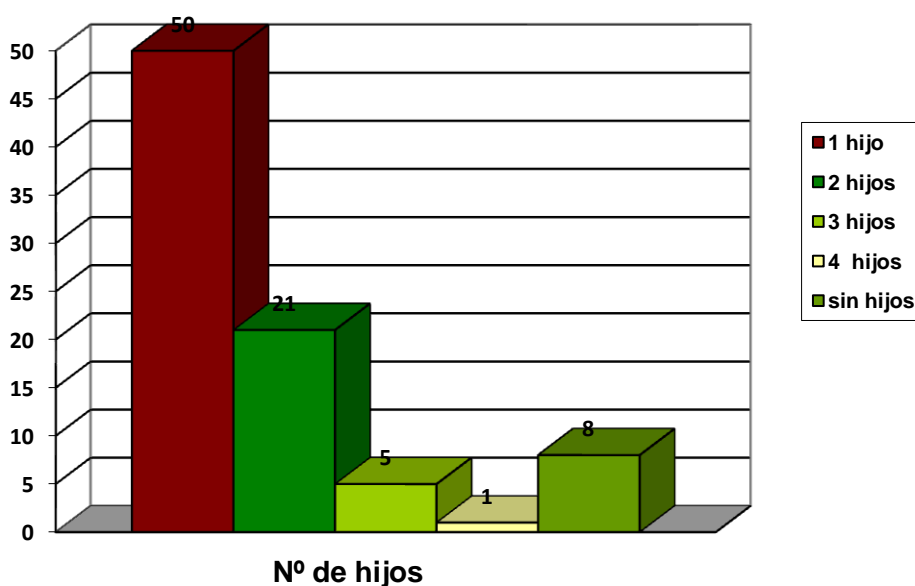
En relación a la unidad familiar, el 89,4% de las mujeres (76n) convive con la pareja/marido y los hijos. Ocho mujeres (9.4%) conviven solamente con la pareja/ marido, ya que en el momento del estudio estaban embarazadas de su primer hijo. Sólo en un caso existe convivencia con algún otro miembro familiar, concretamente con un hermano de la encuestada.



Observamos que la muestra la componen mujeres con edades en torno a la treintena, con estudios medios y superiores, y que en su mayoría desarrollan trabajos fuera del hogar. Estas mujeres conviven con su pareja e hijos/as, y en un solo caso con algún otro miembro familiar. Este perfil es muy similar a la muestra de mujeres entrevistadas.

II. INFORMACIÓN SOBRE MATERNIDAD/ LACTANCIA MATERNA (LM) DE LAS MUJERES/ MADRES

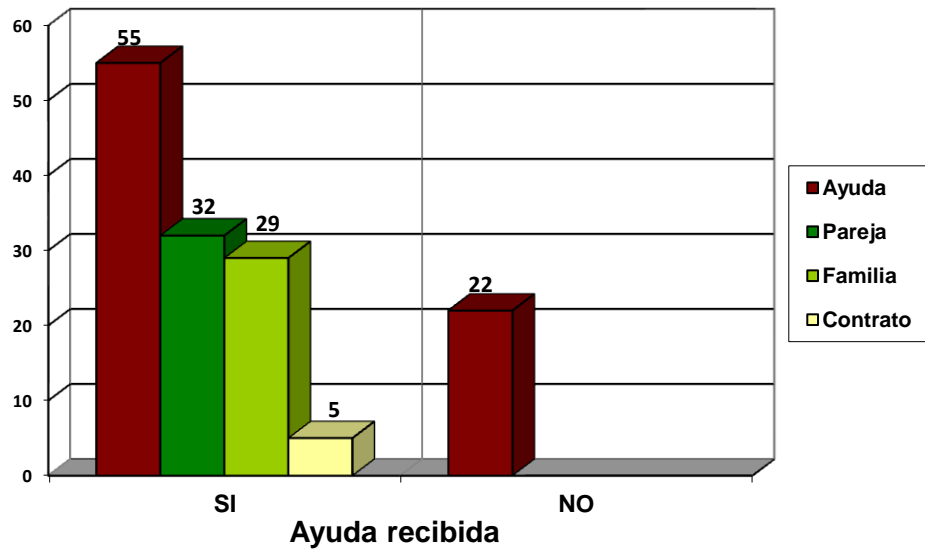
Respecto a su rol de madres, de las 77 mujeres que tienen hijos/ as, algo más de la mitad, 58,8% mujeres (50n) son madres de un sólo hijo/a. Un 24,7% tiene dos hijos/as (21n) y un porcentaje muy pequeño tiene más de dos hijos; tres hijos un 5,9% (5n) y cuatro hijos un 1,2% (1n). Todo esto supone que estamos hablando de 108 experiencias de lactancia y crianza. También hay que señalar que ocho mujeres no tenían hijos/as en el momento de la reunión, ya que acudieron al GALM estando embarazadas de su primer hijo.



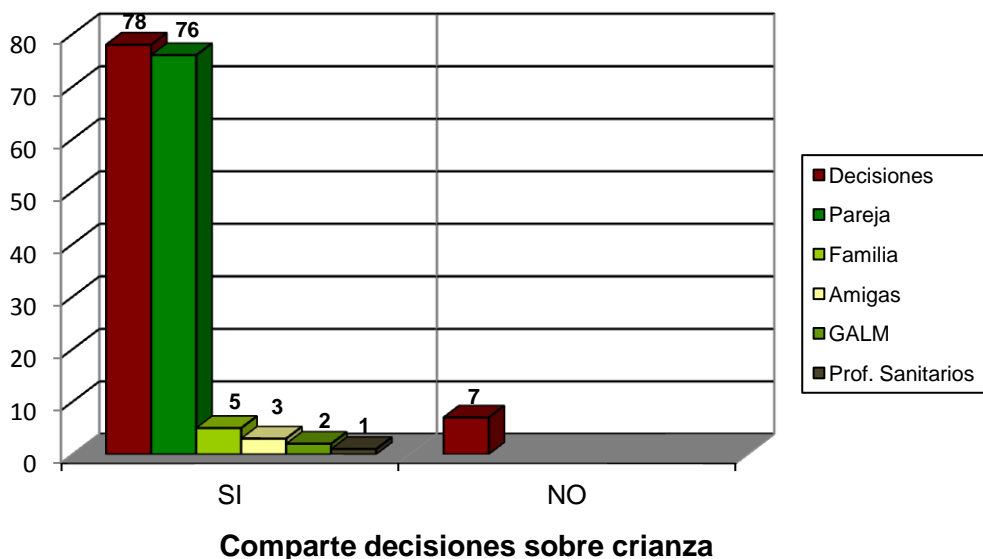
La edad de los hijos varía entre 1 mes y 20 años para el primer hijo; 2 meses y 15 años para el segundo; 4 meses y 14 años para el tercero, y 7 meses para el cuarto.

En relación a las lactancias de los hijos, la media de los meses de lactancia materna exclusiva con el primer hijo se sitúa en 4,66 meses, con el segundo hijo en 5,66 meses, y con el tercer hijo en 5,80 meses. Si hablamos de lactancia materna complementada con otro alimento (sólido o leche artificial), la media de meses para el primer hijo se sitúa en 18,86 meses, para el segundo en 18,44 meses, y para el tercero en 37,66 meses.

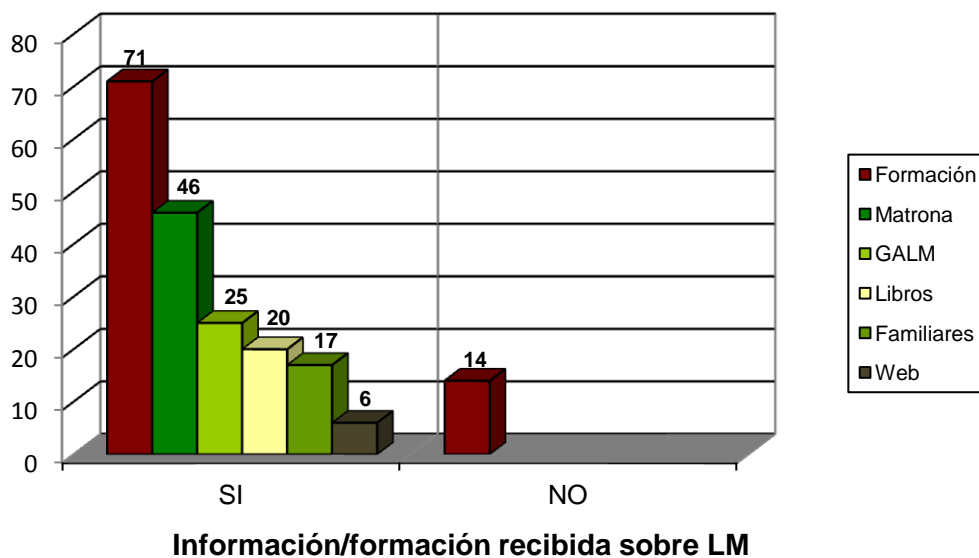
Sobre la pregunta de si reciben ayuda en el cuidado de los hijos/as, el 25,9% (22) de las mujeres manifiestan no recibir ninguna ayuda, y el 64,7% (55) sí la reciben. En relación a la ayuda recibida, esta proviene de una o varias de las siguientes figuras: en 32 casos del marido o pareja, en 29 casos de otro miembro de la familia y en cinco casos de una persona contratada para tal fin.



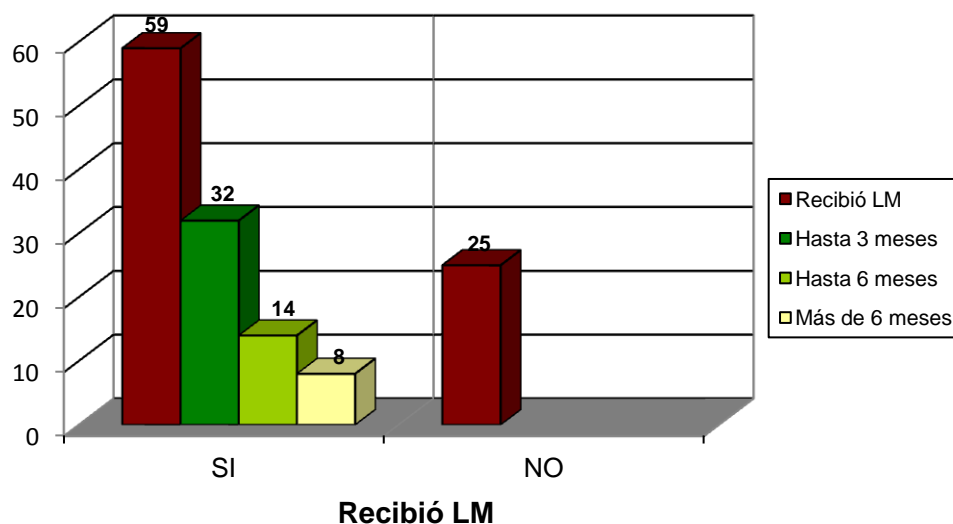
En cuanto a las decisiones que se toman en relación a la crianza de los hijos/as, el 91,8% (78n) de las mujeres dicen compartir este tipo de decisiones; de ellas, casi todas afirman hacerlo con su pareja/marido (76n). También se nombran otras figuras que participan en la toma de decisiones, como son familiares (5n), amigas (3n), miembros de un GALM (2n), y profesionales sanitarios (1n).



El 83,5% (71n) de las mujeres, afirman haber recibido información/ formación en LM antes o durante el embarazo. De ellas 46 mujeres manifiestan haberla recibido de su matrona, 25 de un GALM, 20 a través de libros, 17 de familiares o amigos, y 6 a través de la Web. Ocho mujeres afirman haber obtenido la información a través de otros medios y 14 mujeres (16,5%) manifiestan no haber recibido ningún tipo de información/ formación sobre LM.



En relación a la pregunta de si las mujeres recibieron LM al nacer, el 29,4% (25n) dice que no recibió, frente al 69,4% (59n) de mujeres que afirman haber recibido LM. El tiempo durante el que fueron amamantadas varía entre 1 mes y 36 meses, siendo la media de 4,9 meses de LM. El valor más repetido (18n) es de 3 meses, y solamente 8 mujeres recibieron LM más de 6 meses.



Como vemos, estamos hablando de mujeres que en su mayoría son madres de uno o dos hijos; en total contamos con 108 experiencias de maternidad y crianza. En relación a la media de meses de LM exclusiva, esta se sitúa en los 4,66 meses (para los primeros hijos) y en los 5,80 meses (para los terceros hijos), evidenciándose un aumento en la duración de las lactancias exclusivas en los segundos y posteriores hijos. Esto mismo ocurre también con la LM complementada con otro tipo de alimento, que se sitúa en 18,86 meses para el primer hijo, y en 37,66 meses para el tercero. Todas las medias, tanto de LM exclusiva como complementaria, se sitúan muy por encima de las medias habituales⁸⁹, sobre todo teniendo en cuenta que muchas de estas lactancias (tanto exclusivas como complementarias) se mantienen en el momento de realizar el cuestionario. También se evidencia un aumento de los meses de LM en relación a lo que las mujeres recibieron cuando eran niñas. Por todo ello podemos decir que existe una relación entre la participación de las mujeres en los GALM y la duración de las lactancias, tanto exclusivas como complementarias.

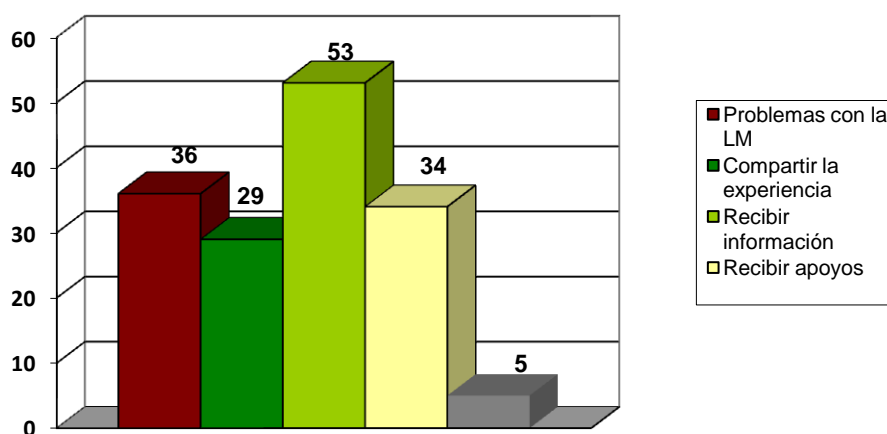
Sólo algo más de la mitad de las mujeres (55n), afirman recibir ayuda en el cuidado de los hijos, y de ellas 29 afirman recibirla de su pareja/ marido, siendo esta figura con la que mayoritariamente comparten las decisiones sobre la crianza.

Respecto a su formación en LM, es de destacar que 14 mujeres no hayan recibido ningún tipo de información/ formación en LM antes o durante el embarazo. De las que sí lo recibieron destacan las que obtuvieron esta información de su matrona (46 n) o a través de un GALM (26 n), evidenciándose el importante papel educativo en salud, no sólo de los profesionales sanitarios, sino también de los grupos de apoyo de madres.

⁸⁹ Según estudios citados en el capítulo 1, en Europa sólo el 14% de los niños recibe LM exclusiva a los seis meses, el 41% LM y alimentación complementaria entre los 6 y 9 meses, y sólo 23% continúan con LM a los 23-26 meses. (UNICEF, 2004)

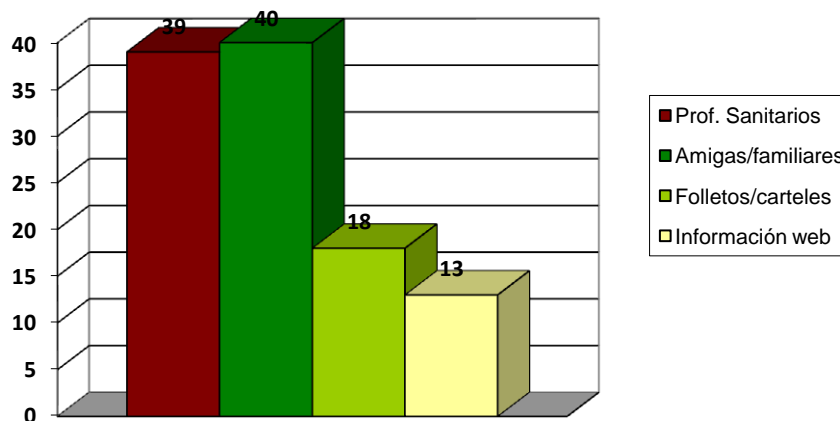
III. RELACIÓN DE LAS MUJERES CON LOS GALMS

Al preguntar a las mujeres sobre el motivo o motivos por los que se pusieron en contacto con un GALM, algo más de la mitad, 61,2% (53n), responden que lo hicieron para recibir información. Otros de los motivos referidos por un grupo importante de madres son: para resolver problemas con la LM (36n), para recibir apoyo (34n), y para compartir la experiencia de lactancia con otras madres (29n).



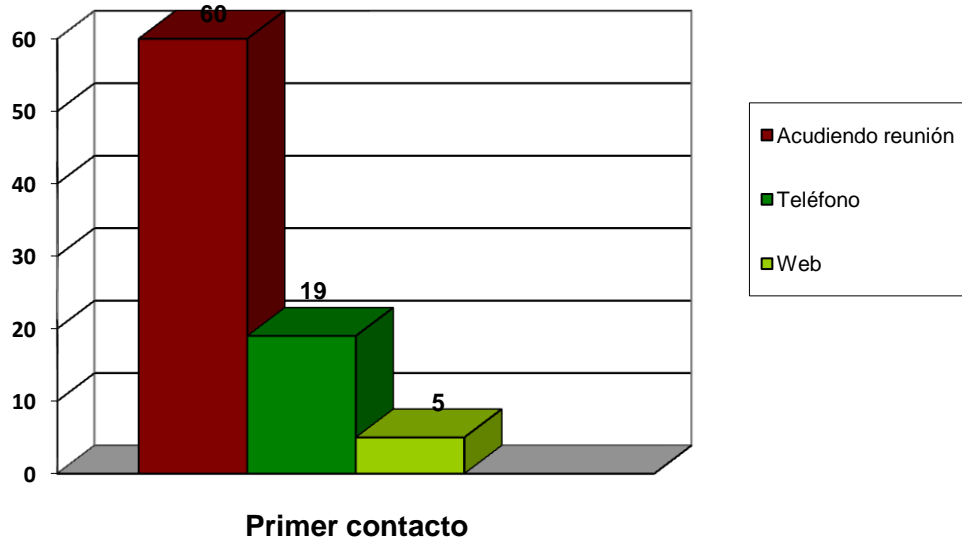
Motivaciones

En relación al cauce a través del cual conocieron la existencia del GALM, algo menos de la mitad (40n) mencionan a amigas y familiares como las personas que les hablaron de los GALM, y con un porcentaje muy similar, 45,9% (39n), se mencionan a los profesionales sanitarios. Los folletos y carteles y la información que los grupos cuelgan en la web, también son mencionados, en 18 casos y 13 casos respectivamente, como cauces de conocimiento de la existencia de los GALM.

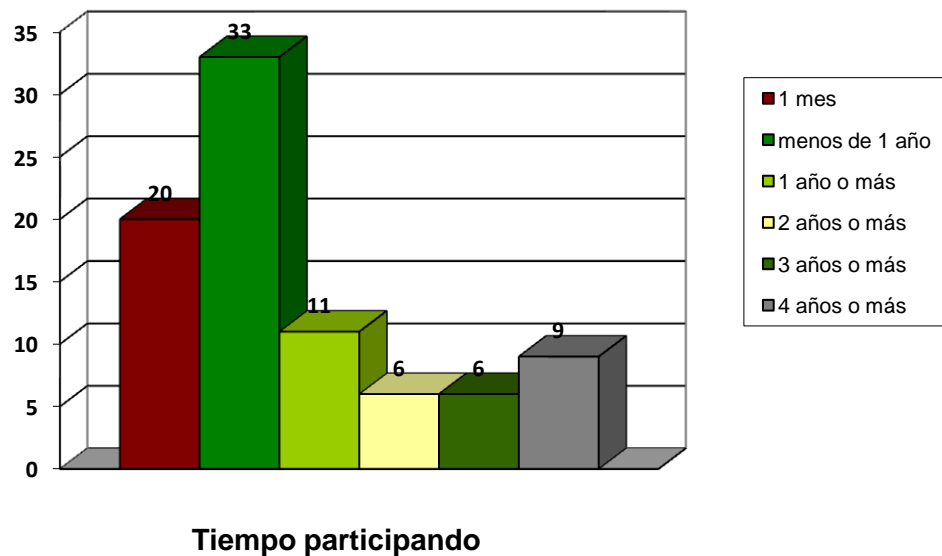


Existencia

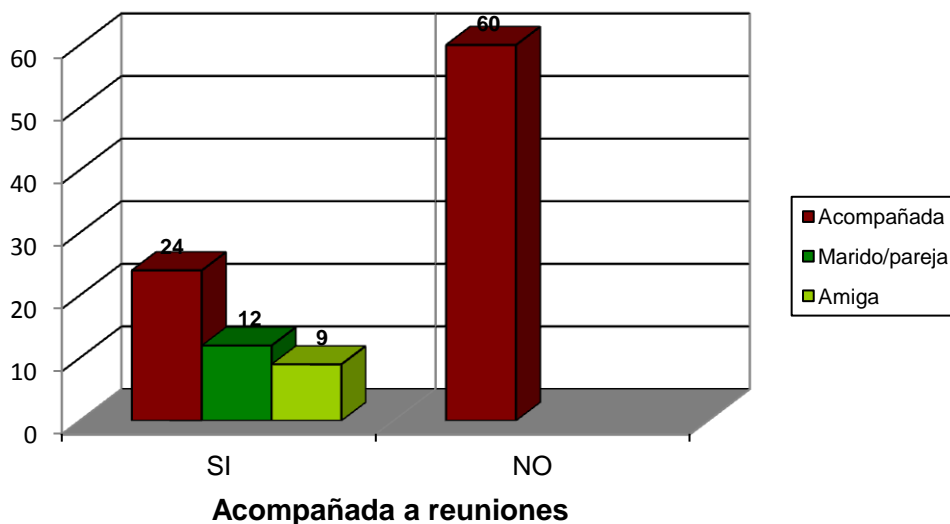
Para establecer los primeros contactos con los GALM, las mujeres dicen haber acudido directamente a una reunión de grupo (60n), o contactar telefónicamente (19n). Un pequeño grupo elige la web para este primer contacto (5n).



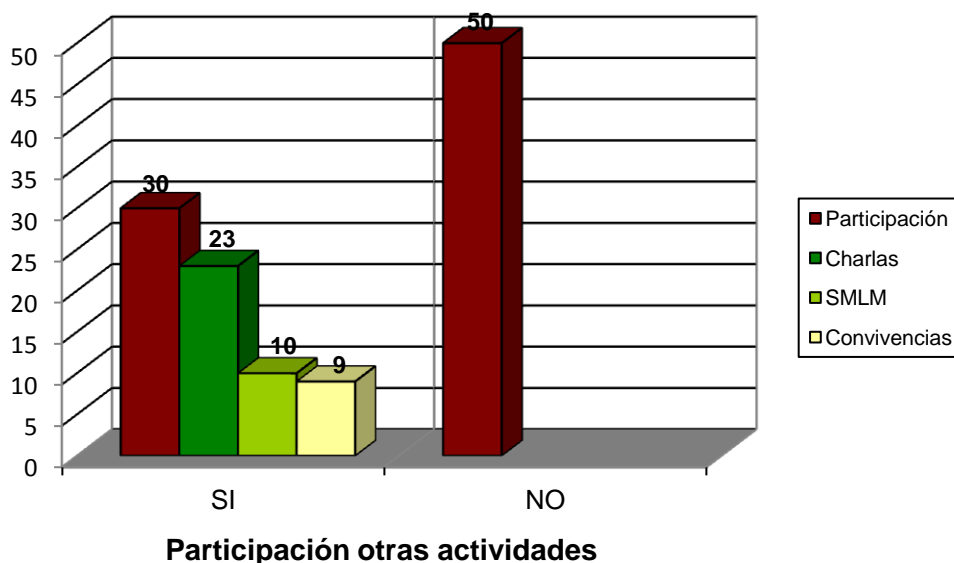
Las mujeres de la muestra, llevan participando en el GALM, entre 1 mes y 8 años, siendo la media de tiempo participado de 15 meses. Para un 23,5% de las mujeres, su participación se limita a un mes, mientras que un 36,4% de las mujeres llevan participando más de un año.



Un porcentaje muy elevado de mujeres suele ir sola con sus hijos a las reuniones, 70,6% (60n). De las mujeres que dicen ir acompañadas, éstas suelen hacerlo por una o varias de las siguientes figuras: en 12 casos del marido o pareja, en 5 casos de otro miembro de la familia, y en 9 casos de amigas.

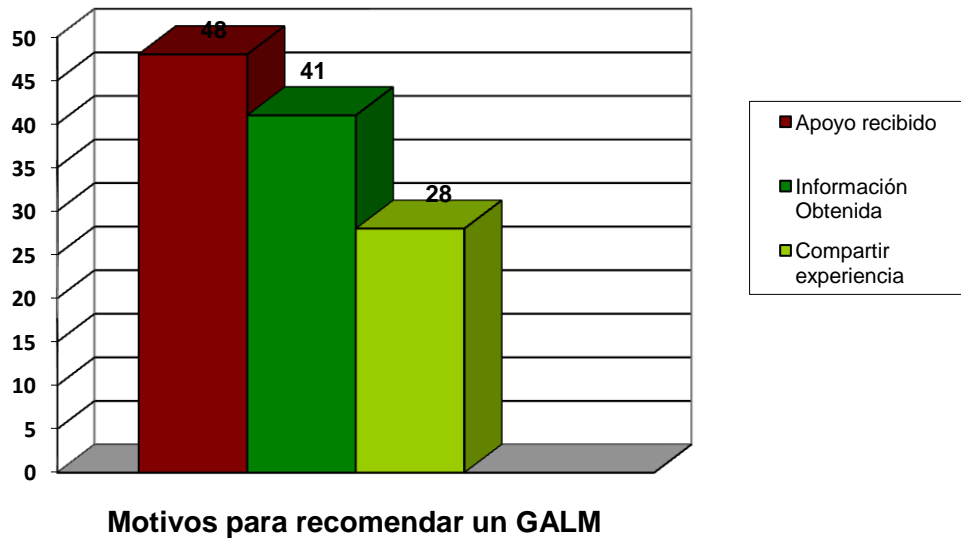


Cuando se les pregunta a las mujeres, si han participado de alguna otra iniciativa organizada por el GALM, a parte de las reuniones de madres, 30 mujeres afirman haberlo hecho. Entre las iniciativas de las que han tomado parte, destacan la asistencia a charlas (23n), los eventos organizados con motivo de la semana mundial de la LM (10n), y las convivencias de familias (9n).

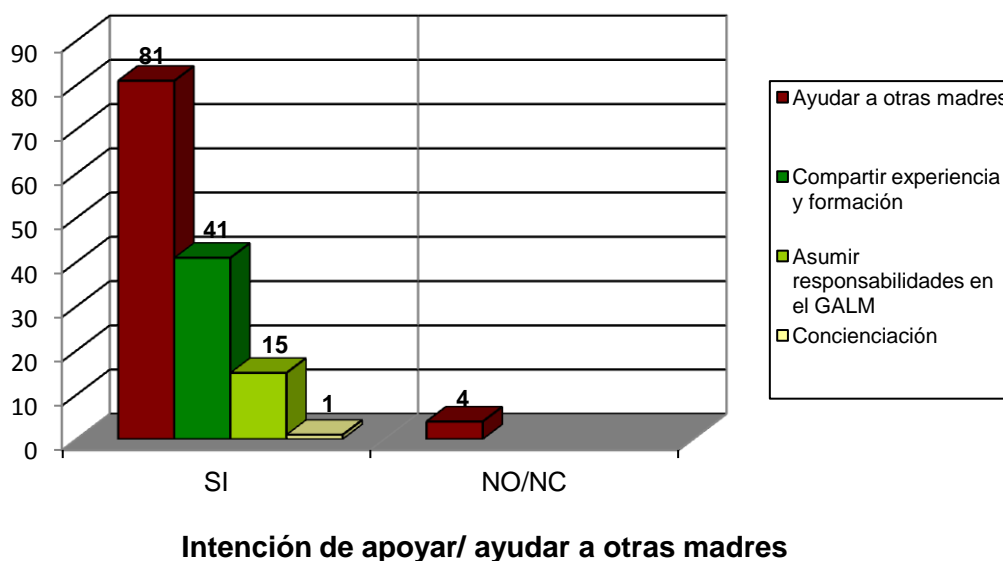


Todas las mujeres manifiestan no haber encontrado dificultades para participar en el GALM, aunque al preguntarles sobre si mejorarían algo del grupo, 32 mujeres aportan algún aspecto para su mejora: 5 mujeres harían más reuniones, 4 mujeres mejorarían la organización de las mismas, 3 aportarían más información a las madres, y una cambiaría el horario.

De igual manera todas las mujeres dicen que recomendarían a otras madres contactar con un GALM. Las razones de recomendar la asistencia a un GALM expuestas por las mujeres son: por el apoyo recibido (48n), por la información obtenida (41n), y por la necesidad de compartir esta experiencia con otras mujeres (28n).



Por último, casi todas las mujeres (81n), afirman que, en un futuro, les gustaría poder ayudar o apoyar a otras mujeres en sus lactancias. De ellas 65 consideran que les gustaría poder compartir su experiencia y formación con otras madres, 15 mujeres estarían dispuestas a implicarse en los grupos como monitora o ejerciendo de madrina de lactancia, y en un caso se menciona un papel de concienciación a profesionales y a la sociedad en general sobre la importancia de la LM.



Tras estos resultados podemos decir que las motivaciones principales de las mujeres para contactar con un GALM son la necesidad de información para enfrentarse con éxito a la LM y para resolver problemas ya acontecidos. Pero también acuden para recibir apoyo y ante la necesidad de compartir la experiencia de LM y crianza con otras madres con sensibilidades compartidas. Estas motivaciones coinciden plenamente con las expuestas por las mujeres entrevistadas, y ponen de manifiesto carencias en la información/formación prestada a las madres y falta de apoyos socio familiares a las mujeres lactantes,

El boca a boca entre familiares y amigas sigue siendo la principal forma de difusión y conocimiento de los grupos. Los profesionales sanitarios (sobre todo matronas) son también una importante fuente de difusión y derivación de las madres a los grupos, pero sus esfuerzos deberían ser mayores para convertirse en herramientas clave de apoyo a los grupos. En relación a los primeros contactos, las madres prefieren acudir directamente a una reunión (cara a cara) seguido del contacto telefónico, que todavía hoy es una valiosa herramienta. También hay que señalar el protagonismo creciente de la web como difusora de las prácticas de apoyo mutuo de las mujeres lactantes.

La mayoría de las mujeres suelen acudir solas a las reuniones, lo que pone en evidencia, como ya mencionábamos en el apartado anterior (categoría 7.4), el protagonismo de las mujeres en el apoyo a la crianza y LM.

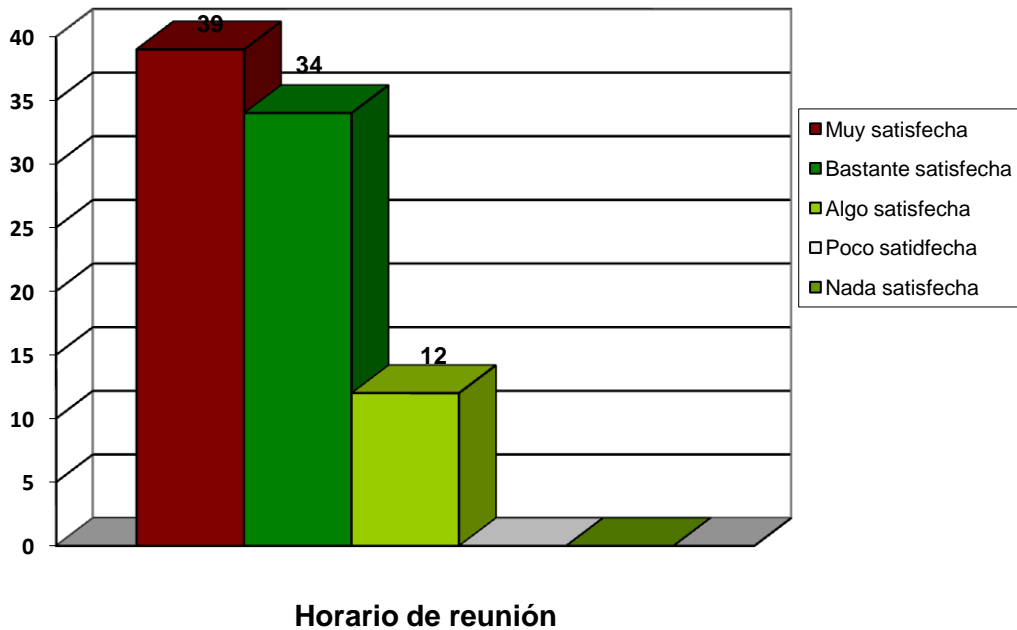
En relación a la participación de las mujeres en los GALM, la mayoría de las mujeres participa de forma repetida en las reuniones, siendo el tiempo medio de participación de 15 meses. Aunque un pequeño porcentaje mantiene su participación durante largos años (más de cuatro), podemos decir que la implicación de las madres en los GALM perdura mientras mantienen el periodo de lactancia. Además, aunque muchas mujeres afirman querer en un futuro ayudar a otras mujeres, sólo 15 de ellas se plantean implicarse de una manera más activa asumiendo responsabilidades en el GALM. Esta información coincide con la percepción de las mujeres responsables de los grupos, que en la entrevista comentan lo difícil que es encontrar personas que, de forma estable, asuman responsabilidades en el grupo.

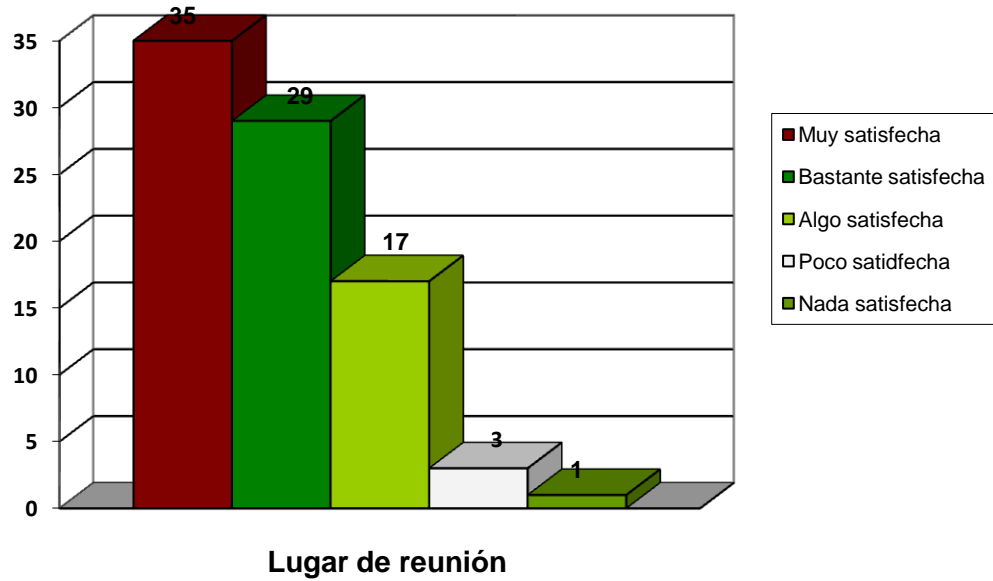
La utilidad y buen funcionamiento de los grupos, se refleja no sólo en que las madres vuelvan a la siguiente reunión, sino también en el hecho de que todas las mujeres encuestadas afirman que recomendarían la participación en un GALM a otras mujeres embarazadas o lactantes, debido principalmente al apoyo e información recibidos en el grupo y a la posibilidad de compartir la experiencia con otras mujeres/ madres. Aunque los GALM realicen otras actividades, las reuniones de grupo son su actuación prioritaria, y sólo 30 de las encuestadas afirman haber participado en alguna otra iniciativa (charlas o eventos de la SMLM). Por último destacar que ninguna mujer afirma haber encontrado dificultades para participar en el GALM.

IV. VALORACIÓN DEL GALM Y DE LA PARTICIPACIÓN EN EL MISMO

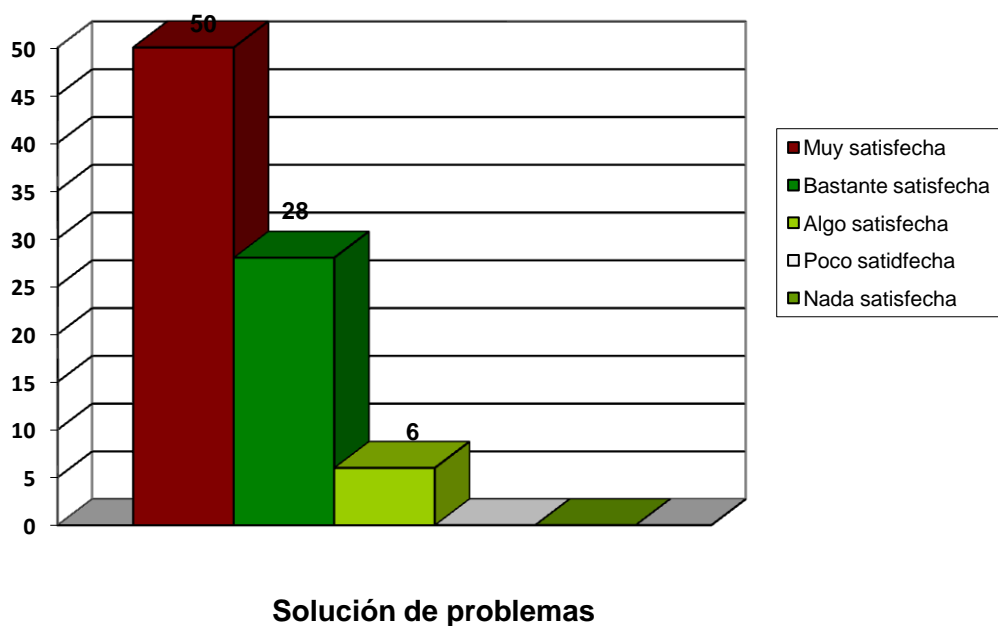
A. VALORACIÓN DE LAS REUNIONES

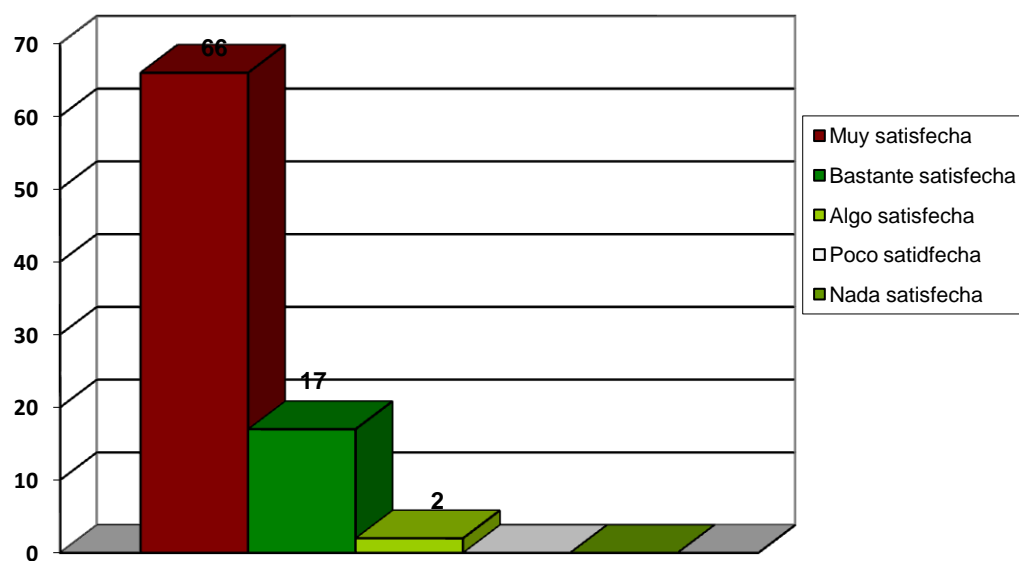
En relación a la valoración que las mujeres hacen del funcionamiento del GALM y organización de las reuniones de madres, se obtienen puntuaciones muy altas en todas las preguntas, situándose las medias por encima de 4 puntos y todas las modas en 5. Al preguntar por el horario de las reuniones, el 85,9% de las mujeres responden satisfactoriamente otorgando puntuaciones entre 4 y 5, siendo la media de 4,3 puntos. Respecto a la valoración del lugar de reunión la media baja a 4,1 y el tanto por ciento de mujeres satisfechas se sitúa en 75,3%.



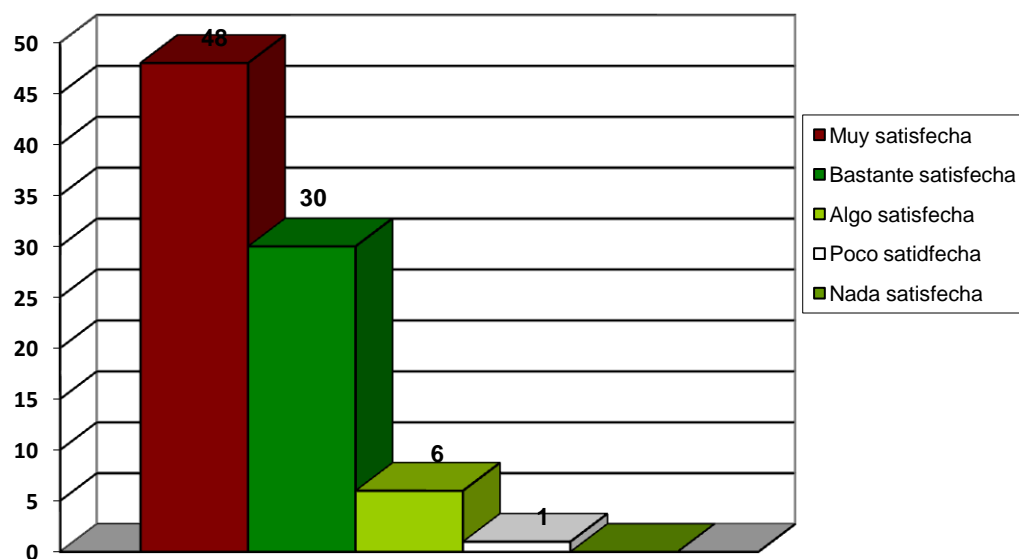


Respecto a la valoración de las mujeres, sobre la solución de los problemas de LM planteados, el 91,7% está muy o bastante satisfecha con la actuación del GALM, siendo la media de puntuación de 4,5 puntos. Especialmente altas son las puntuaciones obtenidas en relación al clima vivido en el grupo y a las relaciones establecidas en el mismo, ya que el 91,7% y el 91,8% respectivamente, le otorga puntuaciones entre 4 y 5, situándose la media en 4,5 para el clima de reunión y en 4,4 para las relaciones interpersonales.



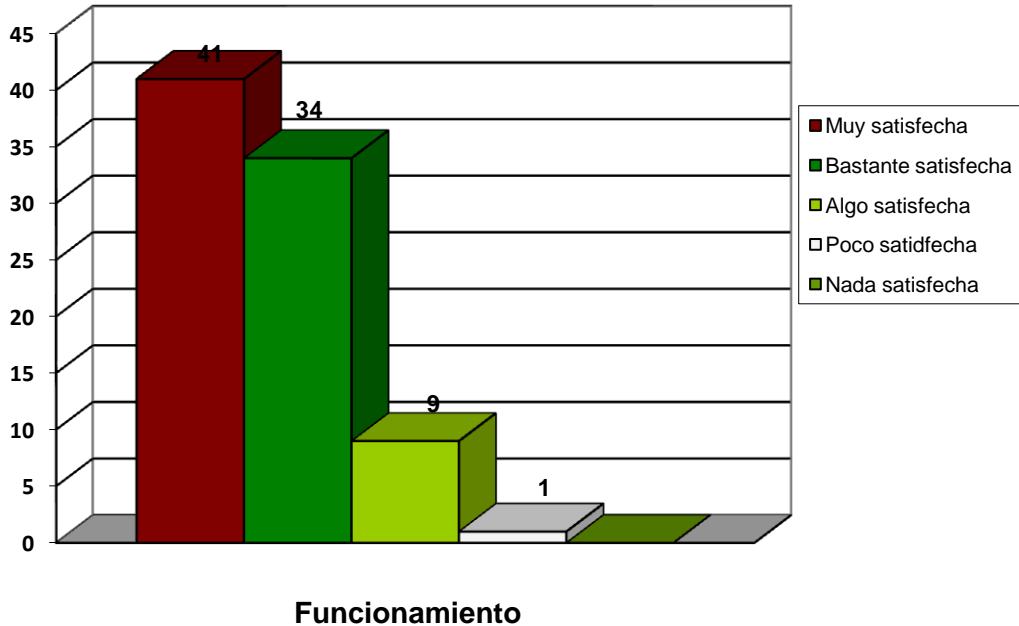


Clima de reunión



Relaciones establecidas

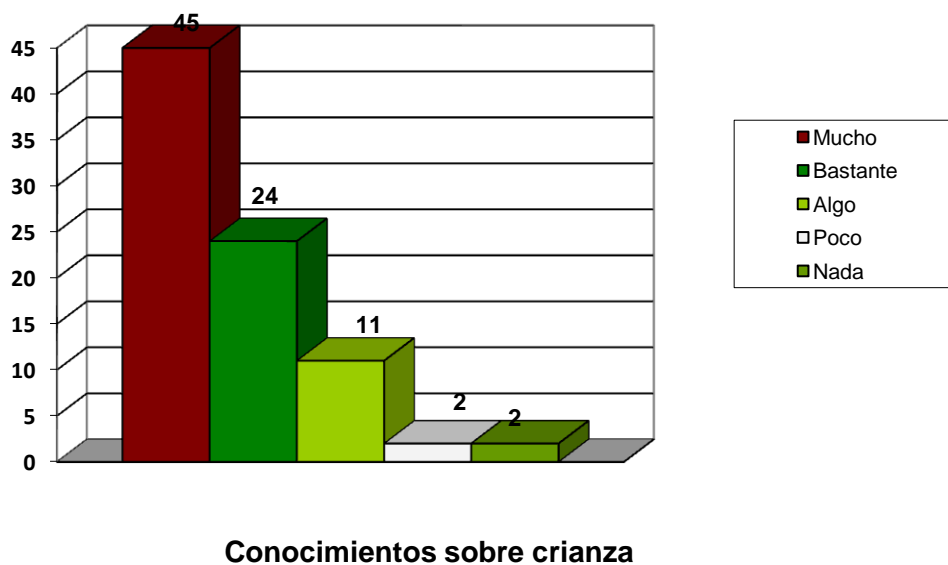
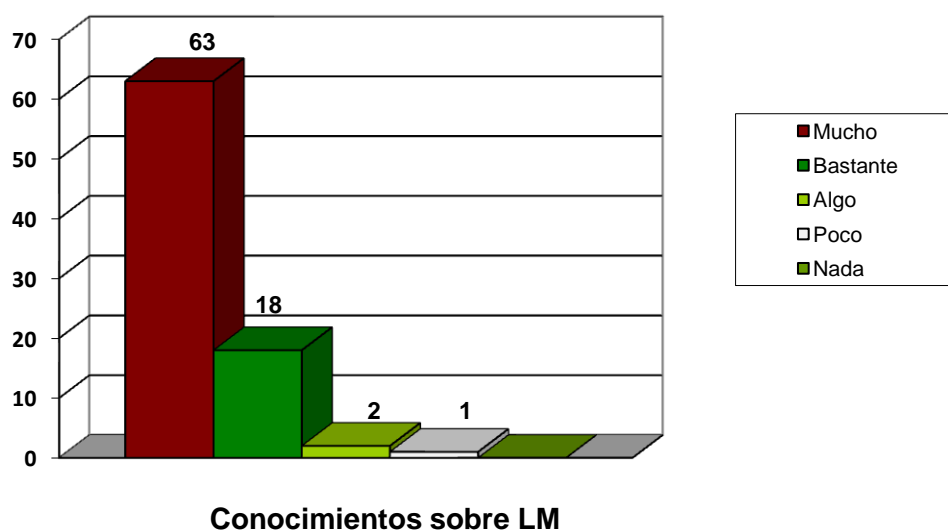
El último aspecto valorado por las mujeres es el funcionamiento del grupo, el cual obtiene una media de 4,3, y un 88,2% de mujeres muy o bastante satisfechas.

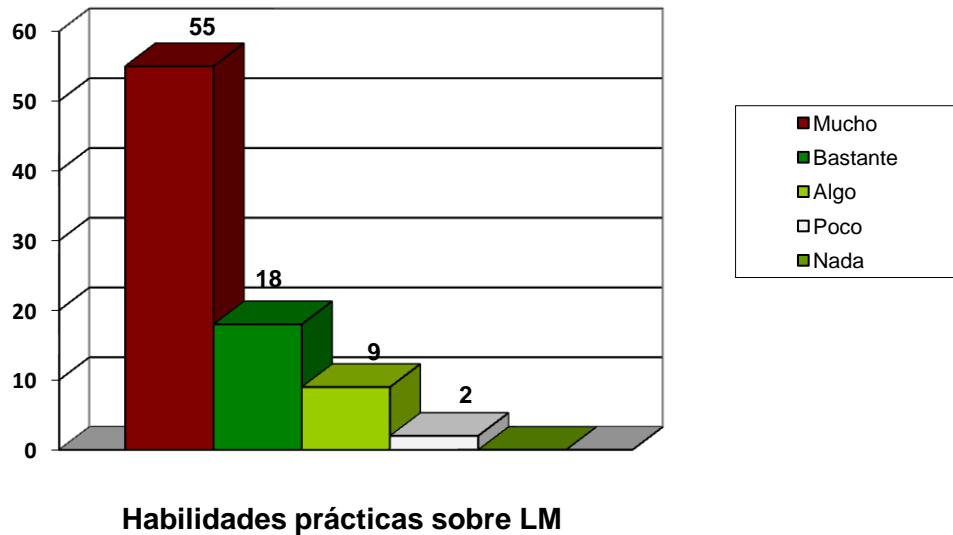


Como observamos, las mujeres encuestadas, valoran muy positivamente todos los aspectos relacionados, tanto con la organización de las reuniones de madres, como con el funcionamiento del grupo y las relaciones establecidas en el mismo. Éste último aspecto es el mejor valorado por las madres, que se muestran muy satisfechas con el clima de reunión y las relaciones establecidas dentro del grupo, pudiendo afirmar que estos dos aspectos son clave para el éxito de los GALM.

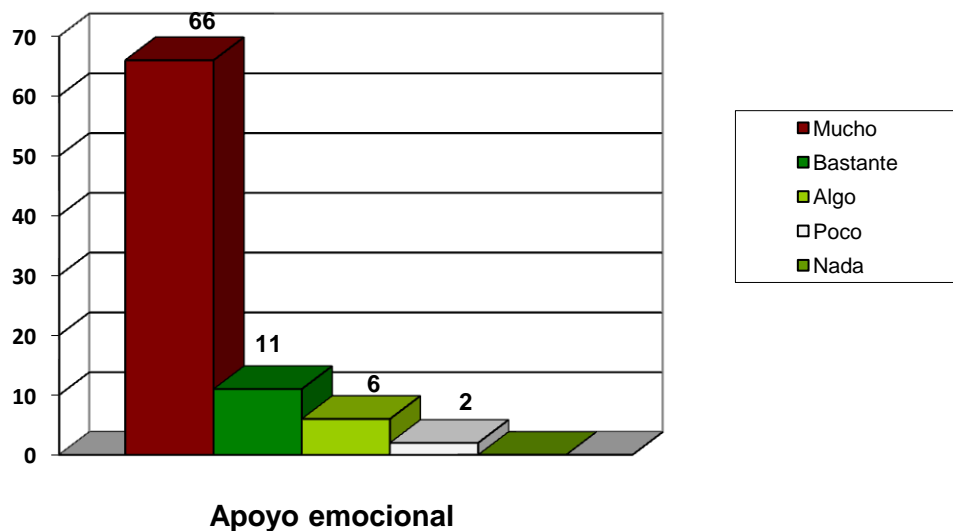
B. VALORACIÓN DEL APOYO ENCONTRADO EN EL GALM

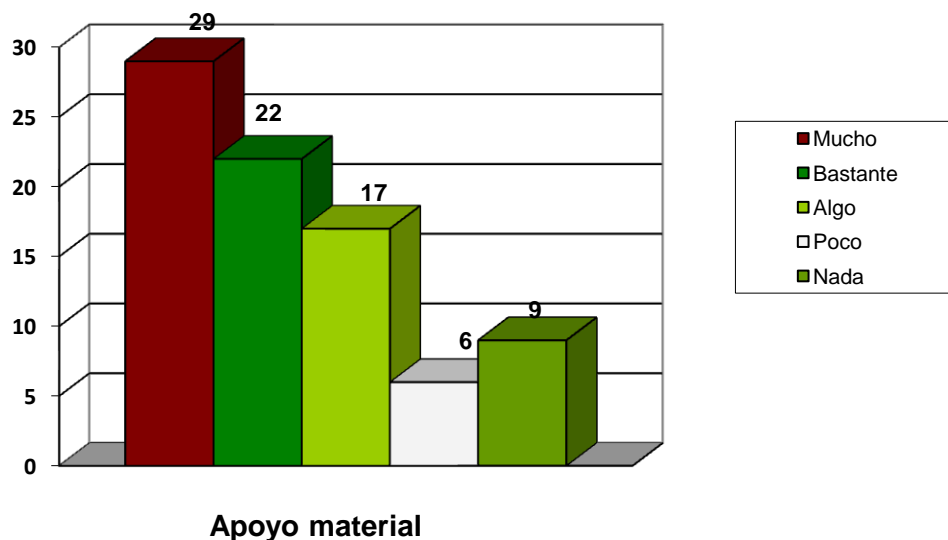
Respecto a lo que el grupo ha aportado a las mujeres madres que acuden a él, también encontramos valoraciones muy altas. Según las mujeres lo que más les aporta el grupo son conocimientos en LM y apoyo emocional. El 95,3% responden que el grupo les ha aportado muchos o bastantes conocimientos en LM (media= 4,7) y algo menos un 81,1 % afirman que también les ha aportado muchos o bastantes conocimientos sobre otros aspectos de la crianza (media= 4,2). Además el 85,9% de las mujeres afirma que el grupo les ha aportado también muchas o bastantes habilidades prácticas para amamantar (media= 4,5).





El apoyo emocional encontrado en el GALM es, como ya hemos comentado, otro de los aspectos mejor valorados, obteniendo una media de respuesta de 4,6 puntos. El 90,5% de las mujeres afirma haber encontrado mucho o bastante apoyo emocional dentro del grupo. Por el contrario uno de los aspectos peor valorados en todo este apartado, es el apoyo material recibido, solo un 60% de las mujeres le otorga puntuaciones entre 4 y 5, siendo la media de 3,6 puntos.

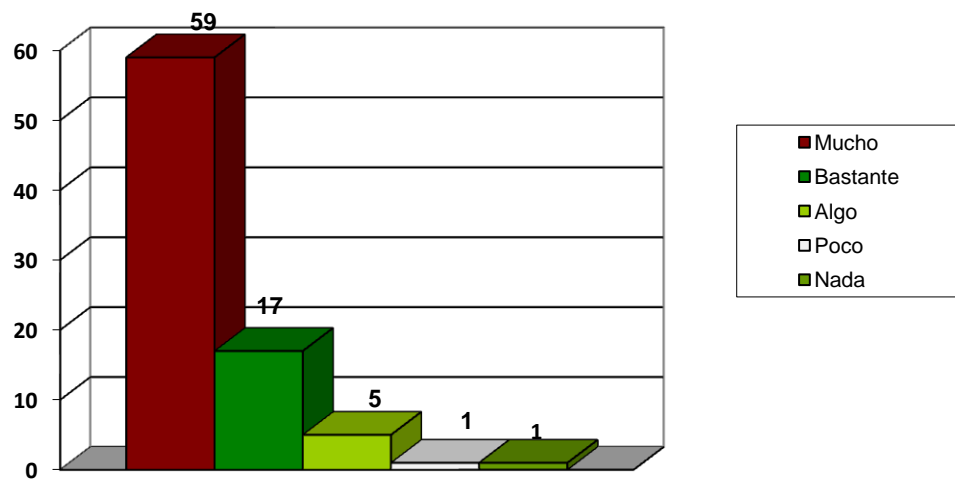




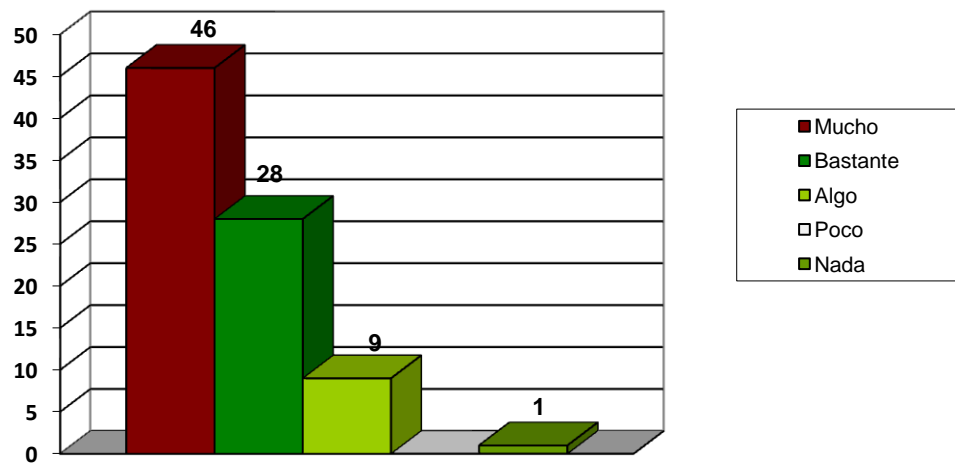
Estas aportaciones, coinciden ampliamente con las respuestas de las mujeres entrevistadas sobre las funciones de los GALM. La información y formación sobre LM y el apoyo emocional son considerados por las mujeres responsables de los grupos como las funciones clave de los GALM en relación al apoyo directo a las madres, funciones a las que los GALM dedican sus esfuerzos y que, por ende, son reconocidos por casi todas las madres participantes como aspectos con los que se sienten muy o bastante satisfechas. Igualmente, la mayoría de los GALM, reconocen que las funciones formativas y de intercambio de experiencias no se limitan a la LM, y en este sentido las madres también valoran positivamente los conocimientos aportados sobre diferentes aspectos de la crianza de sus hijos. Por último mencionar que no es extraño que el aspecto peor valorado sea el apoyo material si recordamos las aportaciones de las mujeres responsables de los grupos, en relación a las carencias de recursos materiales y la falta de ayudas con las que cuentan la mayoría de los GALM.

C. VALORACIÓN DE LA INFLUENCIA DEL GALM EN EL BIENESTAR DE LAS MADRES

Al valorar la influencia que la participación en el GALM ha tenido sobre su bienestar como mujeres y como madres, el 89,4% de las encuestadas afirman con puntuaciones de 4 y 5 que, tras su participación en el grupo, tienen más confianza en su capacidad de amamantar (media = 4,59), así mismo el 87% de las mujeres afirman que la experiencia en el grupo les facilitó mucho o bastante su papel de madres (media= 4,4).

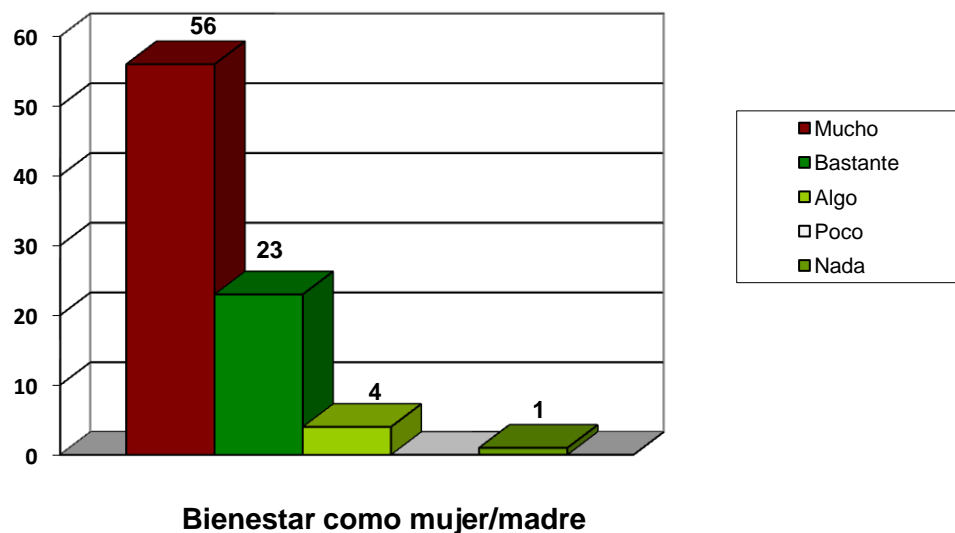
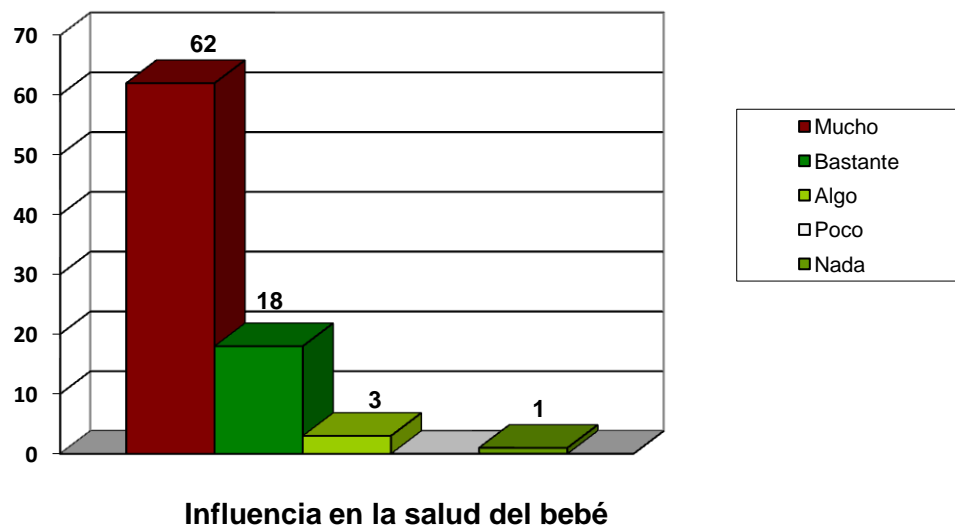


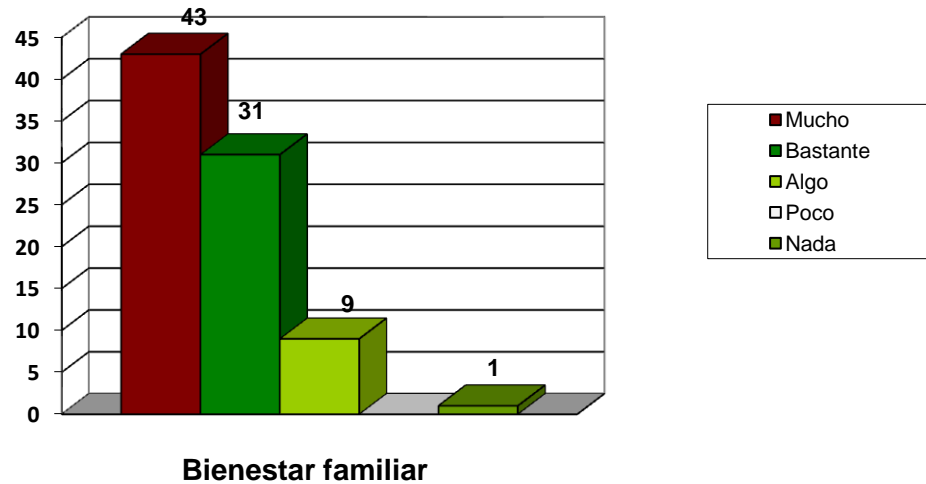
Confianza en capacidad de amamantar



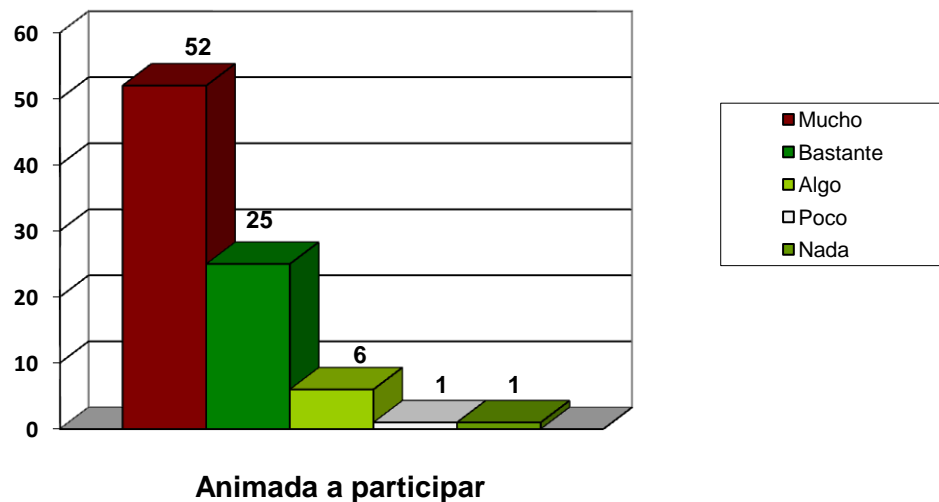
Facilita mi papel como madre

Concretamente, al preguntar a las mujeres sobre si la experiencia vivida en el grupo influirá positivamente en la salud de su bebé y en su bienestar como mujer, las mujeres otorgan puntuaciones muy elevadas, ya que el 94,1% y el 93% respectivamente, afirman que influye mucho o bastante, situándose las medias en 4,6 para la influencia positiva en la salud del bebe y 4,5 para el bienestar como mujer. Algo menor es la puntuación con la que valoran la influencia del GALM en el bienestar familiar, siendo el porcentaje de mujeres que responden que influye mucho o bastante del 87,1% (media=4,3).





Por último debemos mencionar que el 90,6% de las mujeres se sienten muy o bastante animadas a seguir participando en el GALM (media= 4,48).



Según estos datos podemos afirmar que los GALM, tiene según sus protagonistas (las madres que participan en ellos), una clara influencia positiva en la salud y el bienestar de las madres y sus bebés. Además esta participación también repercute en el bienestar familiar. El grupo también aporta a las mujeres confianza en su capacidad para amamantar y criar a su hijo, y facilita su papel de madres, por lo que se pone en evidencia, una vez más, la función de capacitación en salud que desempeñan estos grupos de apoyo entre mujeres. La utilidad y buen funcionamiento de los GALM, también se ve reflejada en el hecho de que casi todas las mujeres se sienten muy o bastante animadas a seguir participando en ellos.

V. RESPUESTAS A PREGUNTAS ABIERTAS

En este apartado se describen las respuestas que las madres ofrecen a las dos cuestiones abiertas recogidas en el cuestionario. La primera cuestión tiene como objetivo recabar más información sobre lo que el GALM aporta a las mujeres en su vida personal y familiar, estando muy relacionada con las cuestiones del apartado anterior (4.3). La segunda cuestión plantea si la mujer desea realizar alguna otra aportación, que no haya quedado reflejada en el cuestionario.

Respecto a la primera pregunta abierta, observamos como vuelven a repetirse aspectos como la formación/ información, y el apoyo emocional como las principales aportaciones de los GALM. También destacan otros aspectos como la confianza en sí mismas y su capacidad de amamantar (23n), la solución de problemas y dudas (21n), la seguridad (19), y la reafirmación frente a presiones socio familiares y sanitarias (15) aspectos todos ellos que recalcan una vez más el papel de capacitación y de empoderamiento en salud que ejercen los GALM sobre las mujeres que participan en ellos, y que a su vez favorecen una LM exitosa y una crianza feliz. También vuelve a aparecer la imagen de los GALM como posibilitadores de intercambio de experiencias entre mujeres que compartes una misma situación vital, cubriéndose así la necesidad manifiesta de las madres de compartir la LM y crianza con otras mujeres con ideas similares.

Otras aportaciones manifestadas en este apartado, con un carácter más personal, son las que relacionan la participación en un GALM con una mayor tranquilidad (11), satisfacción y bienestar individual (8n) y familiar (7), con procesos de cambio y crecimiento personal (6n), superación y autoestima.

En relación a la segunda pregunta abierta, podemos clasificar las aportaciones de las mujeres en cinco grupos; las que se refieren a la LM y los beneficios y superioridades que presenta frente a otras formas de alimentación, las que nos hablan de los GALM y su importante labor, las que hacen valoraciones y propuestas de mejora para los grupos, las que realizan reivindicaciones en relación a la LM y el apoyo a los GALM, y por último las que

agradecen la realización de éste estudio y desean que sea útil para el fomento de la LM.

De ellos destacamos las aportaciones realizadas en el segundo grupo, entre las que encontramos agradecimientos a las personas que hacen posible el funcionamiento de los grupos, las que enfatizan la importante y necesaria función que desarrollan los GALM en nuestra sociedad y que no siempre se valora, y las que inciden en lo que ha supuesto para ellas la participación en el grupo. Como propuestas de mejora, las madres, comentan la necesidad de que haya más grupos y más reuniones para facilitar que el apoyo llegue a más mujeres, también reclaman mayor participación de la pareja y la familia. Otras aportaciones tienen que ver con la organización de las reuniones y con el clima de reunión.

También es necesario comentar las reivindicaciones que las madres hacen en relación a la falta de compromiso social e institucional con la promoción de la LM, y con la falta de apoyo que tienen los GALM. En este apartado, se repiten, al igual que ocurría en las entrevistas con la mujeres responsables de los GALM, las quejas hacia la falta de formación de los profesionales sanitarios en LM y el escaso apoyo que reciben de los mismos en cuanto a difusión de las prácticas favorecedoras de la LM.

Pregunta: Aportación del GALM a su vida personal y familiar

Descripción de la variable	Nº de casos
Apoyo y ayuda/ apoyo emocional/ apoyo en los inicios, cariño en situaciones difíciles	29
Formación e información sobre LM y crianza (necesidades afectivas, alimentación complementaria, beneficios y falsos mitos de la LM,etc.)	25
Confianza en mí misma, en mi capacidad de amamantar	23
Solución de problemas y dudas con la LM (grietas, escasa ganancia de peso del bebé)	21
Conseguir dar el pecho, no abandonar la LM, LM exitosa	19
Seguridad	19
Compartir la experiencia de LM/ crianza con otras madres, acompañamiento, red de madres, amistad	18
Conocer madres con ideas similares respecto a la LM/ crianza, mujeres que comparten una situación vital, comprensión	17
Reafirmación frente a presiones socio familiares o recomendaciones erróneas de profesionales sanitarios	15
Tranquilidad	11
Crianza feliz, crianza respetuosa	9
Satisfacción y bienestar personal	8
Soluciones prácticas, aprendizaje sobre técnica de amamantamiento	7
Mejora del clima familiar, comunicación y comprensión de la pareja	7
Poder apoyar a otras mujeres	6
Cambio y crecimiento personal	6
Autoestima	4
Superar culpas y vergüenzas	3
Poder contactar con los profesionales adecuados	1

Pregunta: Otros comentarios o aportaciones

Descripción de la variable	Nº de casos
Respecto a la LM	
La LM es lo más natural, es lo mejor y lo que el bebé necesita	2
La LM debe durar hasta que la madre y el bebé quieran	1
Beneficios familiares y sociales de la LM (Menor gasto familiar y sanitario)	2
La LM favorece niños y madres más felices y adultos más equilibrados emocionalmente	2
La LM en tandem disminuye los celos entre hermanos	1
La LM niños más sanos y fuertes	2
Dar LM es una cuestión de querer más que de poder y siempre merece la pena	1
Respecto al papel de los GALM	
Participar me ha aportado felicidad/ me alegra haber participado	4
Agradecimiento a las personas que hacen posible la labor de los GALM, a las mujeres que dedican su tiempo a ayudar a otras madres	5
Los GALM realizan una importante y necesaria función social	4
La función de los GALM es importante/ imprescindible para normalizar la LM, para recuperar la LM como algo natural, para el éxito de la LM y para conseguir LM más prolongadas (pieza clave)	4
Los GALM aportan a las madres seguridad, confianza, vitalidad, apoyo emocional y acompañamiento, y aumenta el bienestar madre/ bebé	4
Sin el apoyo del GALM no lo hubiera conseguido	3
La labor de los GALM está menospreciada	1
En los GALM no presionamos ni juzgamos a las madres	1
Los GALM están consiguiendo cambiar algo en la sociedad que supondrá un beneficio para los bebés	1
Importante compartir con otras mujeres y llegar a más gente	1

Valoraciones y propuestas de mejora para los GALM	
Más grupos y más cerca de las madres (uno en cada población)	2
Reuniones más frecuentes y con más madres voluntarias	1
Mas participación de las parejas/familiares	1
Solución de dudas al principio de la reunión	1
Reuniones algo desaprovechadas porque hay mucha gente con muchas dudas	1
Las experiencias negativas de algunas madres (embarazo, parto y lactancia) influyen negativamente en las embarazadas	1
A veces algo radicales	1
Al principio el grupo me generó algo de estrés	1
Reivindicaciones en relación a la LM y el apoyo a los GALM	
Falta de apoyo Institucional a los GALM, más ayudas	3
Mayor difusión de los GALM de los profesionales sanitarios y de la educación, desde los Hospitales y Centros de Salud	4
No se fomenta la LM, hacen falta más esfuerzos	2
Los profesionales sanitarios deberían estar más formados en LM	3
Más apoyo de los profesionales sanitarios, que no pongan trabas a la LM, ni den malos consejos de salud	4
Más coordinación entre los GALM y los centros sanitarios	2
La sociedad debería ser más considerada con las madres que dan el pecho, todavía queda mucho por hacer para que se reconozca el derecho a dar libremente LM (social y laboralmente)	2
Dar el pecho se ve como algo antinatural, te hacen sentir un bicho raro	3
La industrialización nos ha arrebatado la LM, ganan las farmacéuticas	2
Si nos formamos para trabajar, deberíamos formarnos para criar	1
Agradecimientos	
Agradecimientos por hacer el estudio sobre LM y los GALM	4
Deseos de que el estudio sea útil para mejorar la LM	3

CONCLUSIONES

CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES Y REFLEXIONES FINALES

Las conclusiones de la investigación, presentadas a continuación, se derivan de los resultados obtenidos en el trabajo de campo, descritos en el capítulo cinco, y contrastados con el marco teórico. Las conclusiones se exponen recopilando los principales hallazgos y relacionándolos con cada uno de los objetivos específicos propuestos al comienzo del estudio, que a su vez dan respuesta al objetivo general planteado:

Describir la función socioeducativa, sanitaria y promotora de salud que ejercen los grupos de apoyo a la lactancia materna (GALM) de la Región de Murcia, así como su influencia en las madres participantes, sus bebés, y en el entorno social en la que ejercen su actividad.

A continuación, y una vez confirmada la hipótesis de trabajo, se recogen a modo de reflexiones finales, algunas propuestas que, a nuestro juicio, podrían mejorar el trabajo de los grupos, así como posibles líneas de estudio o trabajo que podrían ayudar a profundizar en la comprensión del fenómeno de los GALM.

6.1. CONCLUSIONES

Conclusiones relacionadas con el objetivo primero: *Identificar los rasgos característicos de los GALM existentes en la Región de Murcia así como el perfil y las características de las personas que participan en ellos: datos personales y socio familiares, formación y experiencia de maternidad.*

En el periodo de estudio, encontramos 15 GALM distribuidos geográficamente por todo el territorio de la Región de Murcia y que responden a los criterios de acotación definidos en la investigación: grupos cuya temática principal (aunque no única) es la lactancia materna, que comparten las características de cualquier GAM en salud, es decir, se basan en el apoyo mutuo entre mujeres- madres desde la reciprocidad horizontal y la vivencia

compartida, y que mantiene reuniones periódicas de encuentro entre sus miembros. La aparición de los GALM en nuestra región es relativamente reciente, ya que aunque dos de los grupos más antiguos se gestaron a final de la década de los años noventa, el resto se originan a partir del año 2000, y desde entonces no han parado de formarse grupos nuevos. Dos de los grupos estudiados se gestan meses antes de iniciar nuestra recogida de información.

En relación a las mujeres que participan en los grupos vemos que, tanto las mujeres que ejercen de responsables o coordinadoras de los grupos, como las que asisten a ellos sin responsabilidades concretas, comparten características similares. Son mujeres con edades comprendidas entre los 24 y 44 años, con una media de edad de 33,68 años para las mujeres participantes y de 36,95 años para las mujeres responsables. Destaca el alto nivel formativo de las mujeres (más del 60% poseen estudios universitarios), y su vinculación formativa y laboral a los sectores sanitarios y socioeducativos. La mayoría de las mujeres desarrolla trabajos fuera del hogar que compaginan con la crianza. Prácticamente en su totalidad las mujeres objeto de nuestra investigación son madres de entre uno y cuatro hijos (un pequeño porcentaje de mujeres acudió al GALM embarazadas de su primer hijo), lo que supone que se ha hecho alusión a 152 experiencias de maternidad y crianza.

Tanto en las mujeres participantes como en las mujeres responsables encontramos, por lo general, lactancias mucho más prolongadas de lo habitual, si las comparamos con las tasas de lactancia materna tanto en nuestra región como a nivel estatal. Además, se evidencia un aumento en la duración de la lactancia materna (exclusiva y complementaria) en los segundos y posteriores hijos, hecho relacionado con la formación de las madres y su contacto con un grupo de apoyo. En relación a la vivencia de la lactancia, en líneas generales, la mayoría de las madres la describen como muy buena y gratificante, como algo que les ha aportado felicidad a ellas y a sus hijos. Además, se describe esta experiencia como un motivo para sentirse orgullosas y satisfechas con ellas mismas, e incluso en algunos casos, como una experiencia reveladora y de transformación personal. Cuando se profundiza en la vivencia de la lactancia materna, también se exponen dificultades y problemas, más comunes en las descripciones que se hacen de la experiencia de la lactancia materna

con los primeros hijos, sobre todo, si se carece de información adecuada o de apoyos reales.

En relación a los apoyos recibidos, se nombra a los GALM o personas vinculadas a ellos, como la principal fuente de apoyo, seguidos de la pareja o marido. El resto de miembros de la familia (madre, hermanas, etc.) son, en algunos casos, nombradas como elemento de apoyo, pero son más los casos en que la familia juega un papel obstaculizador o de dudoso apoyo. Hay que señalar que la mayoría de las mujeres objeto de estudio no recibieron LM o la recibieron escasos meses, lo que pone de manifiesto la pérdida de la cultura del amamantamiento, hecho que no sólo ha afectado a los conocimientos en LM transmitidos de madres a hijas, sino también a las actitudes y comportamientos sociales en relación a la LM.

En cuanto a las características específicas de las mujeres que ejercen funciones de responsables o coordinadoras de los grupos hay que destacar que éstas cuentan con una gran experiencia en lactancia materna, ya que han amamantado durante bastantes años seguidos, y en algunos casos han amamantado a varios hijos a la vez. Además, son mujeres formadas en lactancia materna y que en líneas generales conceden gran importancia a la formación continua y renovación de conocimientos. Generalmente la formación se ha adquirido a través de un proceso de autoaprendizaje (lecturas de libros, artículos científicos, documentos en red, noticias de prensa, etc.), el cual comienza por un interés personal y se va acrecentando conforme se adentran en los grupos y participan de forma más activa en ellos. Existen muy pocas mujeres acreditadas como asesoras o consejeras en LM por un organismo oficial.

Conclusiones relacionadas con el objetivo segundo: *Describir las motivaciones para la creación y participación en los GALM, factores relacionados con su génesis, causas y formas de acercamiento a los grupos, y motivaciones y vivencias de las personas responsables de los grupos.*

La creación de los GALM estudiados se debe, generalmente, a la iniciativa personal de una madre que busca a otras mujeres (conocidas/ amigas

o desconocidas) que amamanten y que estén interesadas en la creación de un grupo o simplemente en el apoyo a otras mujeres madres. También, pero en menor proporción, existen grupos que, originariamente, parten de la iniciativa de profesionales de la salud. Las razones que argumentan las madres para la creación de los grupos son: los bajos índices de LM y los fracasos en la LM personales o del entorno cercano, el desconocimiento y falta de información de las madres y los profesionales, la falta de iniciativas de este tipo en la localidad donde viven las mujeres y la necesidad de acercar los grupos a las madres, el querer compartir los conocimientos adquiridos respecto a la LM ayudando a otras madres, y la necesidad de apoyo y acompañamiento de las madres en esta etapa, evitando así el aislamiento o rechazo social. El proceso seguido para la creación de los diferentes grupos tiene muchos puntos coincidentes, y generalmente comienza por la búsqueda de otras mujeres interesadas, así como del respaldo de profesionales sanitarios de la zona (matronas), seguido de la búsqueda de locales donde reunirse y la difusión de la existencia del grupo. En varios casos se habla de la dificultad de los comienzos debido a la falta de recursos, falta de apoyo o falta de mujeres participantes. También se explica que los grupos han ido creciendo, aumentando tanto en número de mujeres que participan, como en número de mujeres que desean implicarse más activamente.

En cuanto a las motivaciones que llevan a las madres a ponerse en contacto con los grupos, en el cuestionario a las mujeres participantes se menciona la necesidad de información para enfrentarse con éxito a la LM y resolver problemas ya acontecidos. También dicen acudir para recibir apoyo y ante la necesidad de compartir la experiencia de LM y crianza con otras madres con sensibilidades similares. Estas motivaciones coinciden plenamente con las expuestas por las mujeres entrevistadas, y con los motivos por los que todas las mujeres dicen que recomendarían a otras madres contactar con un GALM. Además, estas razones ponen de manifiesto carencias en la información/formación prestada a las madres por las instituciones sanitarias y falta de apoyos socio familiares a las mujeres lactantes. En relación a este aspecto, encontramos posturas críticas respecto a las funciones y papel del grupo, afirmándose que los GALM asumen, en muchos casos, una función que

no les corresponde, pero que ejercen dado el vacío existente en el sistema de atención a la salud, solucionando problemas que incluso en algunos casos les llegan derivados de profesionales sanitarios.

Por otra parte, al preguntar a las mujeres responsables de los grupos por las razones que les llevan a asumir responsabilidades en el GALM, nos encontramos con dos tipos de motivaciones en la implicación de estas mujeres: por un lado, aquellas referidas a lo que el grupo les ha aportado y les sigue aportando a ellas mismas y a sus hijos, y la gratitud por el apoyo encontrado y, por otro, aquellas referidas a la necesidad e importancia tanto de la labor del GALM como promotor de la LM, como de su papel en el mismo, que en algunos casos se describe como clave para la continuidad del grupo. Todas las mujeres entrevistadas viven positivamente su implicación en el GALM, ya que, para un grupo importante, ésta es considerada como fuente de satisfacción personal e incluso de felicidad. Las mujeres se sienten a gusto dedicando su tiempo a apoyar a otras mujeres con sus lactancias, pero ésta no es tarea fácil, y en algunos casos las mujeres manifiestan cansancio o dudas en relación a su implicación y al tiempo dedicado a ello. Estas dificultades son mayores cuando su implicación en el GALM no es respaldado por su entorno familiar. A pesar de ello, también se describe, como en algunos casos estas mujeres han sido capaces de provocar cambios en las creencias y actitudes de sus familiares y de su entorno cercano respecto a la LM y la importancia de los GALM. En relación a la vivencia de sus parejas respecto a la implicación en el GALM, la mayoría lo vive con orgullo.

Conclusiones relacionadas con el objetivo tercero: *Analizar en profundidad la función socioeducativa y sanitaria de los GALM como grupos de apoyo mutuo en salud: filosofía, finalidades, valores compartidos, actividades realizadas, métodos educativos empleados, y relaciones que se establecen entre sus miembros.*

El apoyo mutuo entre iguales, la solidaridad, la empatía, el respeto a la decisión libre e informada de las madres, el fomento de la LM, la protección del vínculo madre- bebé y la crianza con apego son los principios nombrados por las mujeres al preguntarles por la filosofía de partida de los GALM.

Independientemente de si estos principios y valores están ya establecidos, como es el caso de los grupos que pertenecen a redes más amplias, o si son definidos por el propio grupo, vemos como existe una clara coincidencia, pudiendo hablar de una filosofía común a todos ellos, que los define y configura.

El grado de estructuración y organización de los GALM estudiados varía en función de diversos factores, como son: su tamaño, antigüedad y pertenencia a redes. En líneas generales podemos hablar de dos grandes tipos de grupos; por un lado grupos, generalmente pequeños, definidos por ellos mismos como grupos informales y abiertos, que se organizan según sus posibilidades en cada momento, y por otro lado grupos que, generalmente, pertenecen a redes más amplias, que cuentan con socias y que poseen una estructura y organización definida. A pesar de estas diferencias, también es cierto que hay características comunes al funcionamiento de todos ellos. Aspectos como la flexibilidad, la horizontalidad, el trabajo en equipo, el fomento de la participación y la toma de decisiones colectiva, se repiten en las valoraciones que las mujeres hacen respecto a la forma de organizarse en el día a día de todos los grupos.

Las mujeres responsables de grupos pertenecientes a redes, valoran el trabajo en red positivamente destacando la posibilidad de aunar esfuerzos y de aumentar su visibilidad social. También, en menor medida, se recogen desventajas. Por otra parte, los GALM de la región mantienen contacto entre ellos, pero son pocos los que tienen una verdadera relación de colaboración más allá de eventos puntuales y, en muchos de los casos, son grupos que pertenecen a una misma red o asociación. La mayoría de las mujeres ven este aspecto como un bien deseable y necesario, pero con dificultades a superar.

La función que ejercen los GALM, puede ser explicada desde una doble perspectiva: por un lado, el apoyo directo a la madres (ofrecer información, apoyo y acompañamiento), y por otro lado, las tareas de difusión, tanto de la LM como de la propia labor del grupo. El compromiso de los GALM con la promoción de la LM y con el fomento de prácticas de crianza respetuosa, les lleva a asumir como propias funciones que van más allá del apoyo directo, llegando incluso a cubrir funciones que deberían ser asumidas por otros

estamentos sociales (administraciones públicas o profesionales sanitarios). De sus funciones se derivan la gran cantidad de actuaciones que los GALM estudiados desarrollan y que se caracterizan por la variedad en cuanto a contenido, forma y finalidad de las mismas. Además de las reuniones periódicas de madres, actuación esencial de los GALM, los grupos llevan a cabo otra serie de actividades de apoyo, formación, intercambio de información y experiencias, elaboración de recursos, difusión de la tarea del grupo, así como, actuaciones de reivindicación de su derecho a amamantar y de concienciación social de la importancia de la LM y necesidad de la misma en la sociedad actual. Los grupos de apoyo son, también, considerados por las madres como valiosas herramientas de formación, ya que, más allá del intercambio de información y experiencias, organizan cursos y charlas de formación dirigidos a sus miembros, al público en general, y también a profesionales sanitarios. Además ponen a disposición de las madres participantes bibliografía de interés sobre LM y crianza, existiendo una preocupación compartida por ofrecer información de calidad y avalada científicamente.

En las reuniones de madres, realizadas generalmente una vez al mes en locales comunitarios cedidos en uso por la administración local y preferentemente desvinculados del sistema sanitario, se tratan y comparten, independientemente de la preparación previa y grado de estructuración de la reunión, temas diversos que muchas veces van más allá de la temática exclusiva de la lactancia materna, y que tienen que ver con la experiencia de la maternidad y la crianza en los primeros años. Los temas más habituales surgidos son los problemas con las mamás, la alimentación complementaria, las dificultades en la instauración de la LM en los primeros días y la falta de apoyo socio familiar y de los propios profesionales sanitarios. Todos estos temas se abordan en un clima de respeto y confianza, en el que se intenta que las madres sean las verdaderas protagonistas y por tanto las que tomen sus propias decisiones de forma libre e informada. Aunque las responsables de los grupos muestran poseer formación en técnicas de comunicación y asesoramiento, que suelen poner en práctica en las reuniones, también manifiestan sus limitaciones y se reafirman en su papel de madres, no de

profesionales. En relación a la función que, como responsables, las mujeres ejercen en los grupos, esta es descrita por ellas mismas utilizando términos como coordinadora, moderadora o mediadora; huyendo en muchos casos de terminología que indique un papel de superioridad respecto al resto del grupo y destacando su posición en igualdad con el resto de madres. Este hecho reafirma a los GALM como grupos basados en la reciprocidad horizontal.

Tanto las mujeres responsables de los grupos como las mujeres participantes, valoran positivamente el funcionamiento del grupo, destacando el buen ambiente generado en las reuniones y las relaciones interpersonales establecidas en el propio grupo, siendo estos dos aspectos claves en el éxito de los GALM. Las madres se sientan a gusto y libres para expresar sus sentimientos y emociones, vivenciándose el respaldo del grupo y la necesidad de seguir reuniéndose. Las madres suelen participar, aunque cuando se habla de la implicación activa en el GALM, las mujeres comentan lo difícil que es encontrar personas que, de forma estable, asuman responsabilidades en el grupo, ya que la participación en un GALM suele ser temporal, mientras se mantiene el periodo de lactancia. Para terminar, podemos decir, que entre las madres que participan de forma más activa en los GALM, se establecen fuertes vínculos que, en muchos casos, desembocan en verdaderas relaciones de amistad, en las que se comparten momentos más allá de los organizados por el GALM.

Conclusiones relacionadas con el objetivo cuarto: *Estudiar la influencia de los GALM en la mejora de la salud y calidad de vida de las mujeres participantes, sus bebés y su entorno más cercano; identificando su influencia en la mejora del cuidado del bebé y manejo en la lactancia materna, la satisfacción y capacidad para ejercer el rol de madre.*

La influencia de los GALM en la salud y bienestar de las madres y sus bebés es, según se desprende de nuestra investigación, claramente positiva. En relación a la influencia concreta que esta tiene en la salud y bienestar de las madres, se destaca la contribución del GALM a la salud mental y emocional de las mujeres que participan en él. También se destacan los beneficios que la LM prolongada, aspecto que favorece el grupo, tienen para la salud física de las

mujeres. Las mujeres entrevistadas consideran que los GALM aumentan la confianza y seguridad en ellas mismas, y en su capacidad de amamantar, otorgándoles mayor fortaleza ante las presiones sociales, familiares y sanitarias. También aportan tranquilidad y serenidad, contribuyendo a reducir el estrés que producen los primeros meses de lactancia. El respaldo del grupo y los conocimientos aportados otorgan a las madres un mayor control y protagonismo en la etapa de crianza y, en general, en sus vidas. Estas afirmaciones son respaldadas por las mujeres encuestadas que afirman que tras su participación en el grupo tienen más confianza en su capacidad de amamantar y ésta ha facilitado su papel como madres, mejorando, por tanto, su bienestar personal.

Como vemos, existe un amplio consenso en relación a la influencia que los GALM tienen en la salud integral y el bienestar de las madres, aportándoles una mayor libertad y control sobre su salud y la de sus hijos, al margen de imposiciones socioculturales o sanitarias. Estos aspectos se relacionan claramente con el concepto de calidad de vida, entendido en función de los recursos de los que disponen los individuos (madres) para poder controlar y dirigir conscientemente sus vidas y las de sus hijos.

También existe un amplio consenso, en la consideración de que el grupo contribuye a la salud y bienestar de los bebés. Las madres relacionan la participación en un GALM con un crecimiento sano y completo de sus bebés y con una crianza feliz. Esto es así porque, por un lado el bienestar de las madres repercute positivamente en el bienestar de sus hijos y en el establecimiento de vínculos afectivos sanos, por otro lado porque el papel del GALM como promotor de lactancias maternas prolongadas supone un beneficio para la salud física y emocional del bebé a corto y largo plazo. Los GALM, además, aportan beneficios a la familia no sólo por la comodidad que supone la LM en la vida familiar, sino también por la consideración de que, cuando las mujeres se sienten más seguras de sí mismas y serenas, se favorecen las relaciones familiares. Los GALM contribuyen a una mayor comprensión por parte de la familia de los beneficios de la LM, disminuyendo así los conflictos y presiones en torno a la crianza de los hijos, pero también en algunos casos

puede llegar a generar conflictos cuando no hay un consenso entre la familia en las decisiones respecto a la LM y la crianza.

Conclusiones relacionadas con el objetivo quinto: *Estudiar el impacto de los GALM en el medio social en el que se desarrolla su actividad; analizando la relación entre estos grupos con otras entidades locales y agentes de salud de la comunidad, y su papel como promotores de salud y en concreto de la lactancia materna en la comunidad.*

El boca a boca entre familiares y amigas, junto a eventos organizados por los propios grupos, son la principal forma de difusión y conocimiento de los grupos. Los profesionales sanitarios (sobre todo matronas) son también una importante fuente de difusión y derivación de las madres a los grupos, pero según las mujeres sus esfuerzos deberían ser mayores para convertirse en herramientas clave de apoyo a los grupos. El hecho de que un grupo significativo de mujeres conocieran los grupos después ya de tener a sus hijos, y que algunas de ellas manifestaran extrañeza al conocer de su existencia, pone de manifiesto la necesidad de invertir mayores esfuerzos en el fomento de las prácticas de los grupos de apoyo u otros recursos de apoyo comunitario a la LM. También hay que señalar el protagonismo creciente de la web como difusora de las prácticas de apoyo mutuo de las mujeres lactantes.

La relación de los GALM con los profesionales sanitarios es compleja, encontrando valoraciones positivas y negativas respecto a esta relación. Independientemente del tipo de valoración, se considera importante y se dedican esfuerzos en fomentar la colaboración con los profesionales, partiendo del respeto mutuo y la consideración de que se realizan funciones diferentes pero complementarias.

Se describen relaciones muy positivas con las consultas de lactancia hospitalaria con las que cuentan algunos hospitales, donde se realiza un importante esfuerzo de apoyo a la LM y a la madre que amamanta. Las mujeres entrevistadas afirman derivar a las madres con problemas de LM a estas consultas, saltándose el nivel asistencial de APS, pilar fundamental en la promoción de la LM y prevención de problemas asociados a ella. Esta situación puede explicarse por la falta de apoyo sentido por las mujeres por parte de los

profesionales de los centros de salud, especialmente de los pediatras, que a su juicio son poco favorecedores de la LM y de la tarea de los grupos. Se describen actitudes pasivas o prácticas inadecuadas que interfieren en la LM por parte de algunos pediatras. También se destaca que cada vez hay más profesionales sanitarios con ganas de colaborar y de cambiar las cosas respecto a la LM, aspecto que se ve favorecido cuando las mujeres responsables de los grupos son, además de madres, profesionales del sector sanitario.

Una percepción mucho más positiva, aunque también con excepciones, es la que tienen de la relación con los profesionales de la enfermería: diplomados y matronas, que según las mujeres entrevistadas apoyan mucho más la tarea de los GALM, y derivan mujeres a los grupos. Esta diferencia entre profesionales podría explicarse, entre otros factores, por la diferente orientación de la formación inicial y continua de ambos.

En relación a los contactos y relaciones establecidas con agentes comunitarios, la información está muy dividida. Por una parte se afirma mantener contactos, aunque generalmente puntuales, con grupos del entorno social cercano (asociaciones o centros de la mujer, asociaciones de vecinos, centros culturales, y asociaciones de carácter sanitario), o con otro tipo de instituciones de carácter público o privado. Esta relación es más común en localidades con un buen tejido asociativo y con ayuntamientos que lo fomentan y apoyan. Pero por otra parte se afirma que existe un importante desconocimiento de la existencia y función de los GALM por parte de los agentes sociales del entorno. También se denuncia la falta de reconocimiento social de los GALM como iniciativas de interés socio sanitario.

La falta de aceptación y valoración social de la función de los GALM, está íntimamente relacionada con la falta de valoración y aceptación de la propia lactancia materna y de algunas prácticas de crianza asociadas a ella, sobre todo cuando esta se prolonga más de lo que socialmente, y no científicamente, se considera normal o apropiado.

Esta apreciación contrasta con la valoración que las mujeres entrevistadas hacen de la contribución de los GALM a la salud y bienestar colectivos. Las mujeres responsables de los grupos, en su mayoría, se

consideran a sí mismas agentes de salud en la comunidad y entienden la salud como una responsabilidad colectiva. Además afirman que la actividad del GALM contribuye a crear una sociedad más sana en todas sus dimensiones (destacando el impacto económico y ecológico de la LM) y promueve un futuro mejor para sus ciudadanos. Otro aspecto importante, señalado por las madres, es la contribución directa que los GALM han realizado en la mejora de las tasas de inicio y mantenimiento de la LM, así como las tasas de LM prolongadas. Partiendo de esta visión se entiende la LM como una riqueza social y a los grupos de madres lactantes como verdaderos espacios de transformación social.

6.2. REFLEXIONES FINALES

Todas las conclusiones expuestas, nos llevan a confirmar la hipótesis de partida, y a afirmar que los GALM estudiados, considerados como grupos de apoyo mutuo en salud y compartiendo sus características, son importantes herramientas promoción de la salud en la comunidad y que, a partir de la capacitación para la salud individual y comunitaria, contribuyen al bienestar de las madres y los niños/as, mejorando así su calidad de vida y por ende la de la comunidad en la que viven.

Esto es así porque las mujeres, en la etapa de crianza y amamantamiento de sus bebés, tienen necesidades que no consiguen cubrir en su entorno social y familiar próximo, ni tampoco en las instituciones socio sanitarias dedicadas a la atención a la mujer y a la primera infancia. Ante la constatación de este vacío existente la mujer/madre busca recursos en su propia comunidad, o los crea si no los encuentra, agrupándose con otras mujeres/madres con necesidades y experiencias similares.

De esta manera los GALM se constituyen como espacios donde la mujer/madre satisface sus necesidades formativas, emocionales y de apoyo y acompañamiento, mejorando su bienestar personal y familiar. Además, mediante la capacitación individual y colectiva, los grupos de madres contribuyen al desarrollo personal y comunitario, convirtiéndose en importantes iniciativas de promoción de la salud de base comunitaria.

A partir de estas consideraciones, proponemos algunas estrategias socioeducativas que podrían servir para reforzar y consolidar el trabajo de los GALM en tanto que práctica salutógena y de promoción de la salud en la comunidad. Gran parte de estas propuestas, son también expuestas por las mujeres que participan en los GALM, al preguntarles por los retos de futuro del grupo o por vías de mejora. A continuación las describimos:

1. Facilitar la formación de las mujeres que ejercen de responsables o coordinadoras de los grupos en relación a la LM, pero sobre todo en habilidades de consejería y dinamización de grupos. Para ello sería necesario establecer una oferta formativa adecuada, amplia y flexible (abierta, a distancia, modular, etc.) que permitiera a estas mujeres compaginar sus necesidades de formación con el resto de responsabilidades sociales (crianza, trabajo, etc.). También sería necesario flexibilizar y hacer más asequibles los procesos de acreditación en consejería en LM, para que pudiera ser una opción real para las estas mujeres.
2. Seguir priorizando las relaciones interpersonales en los grupos, fomentado espacios de intercambio y encuentro más allá de los momentos de reunión que favorezcan la identificación con el grupo y la permanencia en el mismo con una participación más activa. La confianza mutua y el sentido de pertenencia al grupo hacen más fácil la delegación de tareas y la asunción de responsabilidades compartidas. Además, estos momentos de encuentro pueden servir para ampliar las temáticas tratadas (crianza, educación, etc.) y abrir el grupo al entorno socio familiar cercano de las mujeres haciéndolos partícipes también de la vida del grupo.
3. Mejorar las relaciones de colaboración con las instituciones socio sanitarias y con los profesionales socio sanitarios. Para ello sería preciso una mayor formación y capacitación de los profesionales en relación a la LM y a la labor de los GALM. Esta capacitación también tendría que servir para generar una mayor conciencia de los profesionales sobre la nueva forma de entender la salud y la atención

de las necesidades socio-sanitarias de la población basadas en la comunidad y en la participación de la misma.

4. Potenciar las relaciones de cooperación entre los GALM existentes y también entre los GALM y otros colectivos sociales locales para generar un tejido asociativo fuerte. El trabajo en red presenta importantes beneficios en relación a la capacidad de acción de los grupos y su visibilidad social, pero también es necesario que esta cooperación no implique la creación de estructuras rígidas que encorseten y limiten la especificidad de cada grupo.
5. Reclamar mayores esfuerzos por parte de la administración pública, de la empresa privada y de toda la sociedad en su conjunto para apoyar y proteger la LM, en pro de recuperar la cultura del amamantamiento. En este sentido, los poderes públicos tienen una importante tarea pendiente en establecer iniciativas que apoyen la LM y a la madre lactante, y que puedan dar respuesta a necesidades no cubiertas, que en parte son atendidas por los GALM, obligándolos a asumir funciones que no les corresponden, mermando así su esfuerzo y dedicación en el apoyo emocional e intercambio de experiencias entre las madres.
6. Buscar el compromiso social (medios de comunicación, administración, instituciones sanitarias y educativas, colectivos sociales, etc.) para la difusión de las iniciativas comunitarias que fomenten la LM, e invertir mayores esfuerzos en la difusión y reconocimiento social de las prácticas de los grupos de apoyo u otros recursos de apoyo comunitario a la LM.

Además, y para finalizar, señalamos algunas líneas de estudio o trabajo que podrían ayudar a profundizar en la comprensión del fenómeno de los GALM:

- Estudios sobre la relación entre los profesionales sanitarios y los GALM, así como analizar qué tipo de iniciativas podría mejorar esta relación.

- Estudios sobre la visión social en nuestra realidad sociocultural en torno a la LM y los GALM, analizando el grado de conocimiento y valoración social del trabajo y función de estos grupos de ayuda mutua en salud.
- Estudios sobre la evolución natural de los GALM desde su nacimiento hasta la actualidad, en relación a sus funciones, forma de organizarse, actuaciones y reivindicaciones y temáticas asumidas.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

AEP (2008). *Manual de Lactancia Materna. De la teoría a la práctica*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Aguado Maldonado, J.; et al. (2005). *La lactancia materna en Andalucía. Resultados del estudio de prevalencia de la lactancia materna en Andalucía y los factores asociados a su duración en el primer año de vida*. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud.

Aguayo Maldonado, J. (2001). *La lactancia materna*. Sevilla: Universidad de Sevilla.

Aguilar Cordero, M. J. (2005). *Lactancia materna*. Madrid: Elsevier.

Aguilar Ibáñez, M. J. (1995). Participación comunitaria en salud y ayuda mutua. *Boletines de Ayuda Mutua y Salud*, (1). Madrid: Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid.

Aler, I. (2006) Amigas: Contribución de las Redes Afectivas entre Mujeres a su Salud. *Mujeres y Salud*, (17), 22-23.

Aler, I. (2008) Sociología de la Maternidad como proceso de transformación social en España: 1978-2008. *Maternidad y Ciclo Vital de la Mujer*. Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza, (1), 13- 51.

Aler, I. (2011). *Maternidad, empoderamiento y "cuidadanía"*. Comunicación presentada en el VI Congreso Español de Lactancia Materna, Ávila, España.

Aler, I; Moya, F. Palop, E.; Serrano, P.; Vidaller, M., (2002). *Madres lactantes ante los profesionales de la salud*. Comunicación presentada en el II Congreso Nacional de Lactancia Materna. Sevilla, España.

Alinsky, S. (1946). *Reveille for Radicals*. Chicago: University of Chicago Press.

Almirón, P.; Fatjo, A.; Fernández, MJ. Gómez, MA. Martí, M.; Relat, V. (1996) Mujeres y Lactancia: entendiendo sus vivencias y analizando la actuación del sistema sanitario. *Atención Primaria*, 17, (8), 51-60.

American Academy of Pediatrics (2005). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 115 (2), 196–506.

Anderson G. C.; Moore E.; Hepworth J.; Bergman N.; (2012). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane summaries. Independent high-quality evidence for health care decision making*. Recuperado el 8 de junio de 2012, en www.summaries.cochrane.org/CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.

Apple R. D. (1987). *Mother and medicine: a social history of infant feeding 1890- 1950*. Madison: The University of Wisconsin Press.

Bachofen, J. (1988). *Mitología arcaica y derecho materno*. Barcelona: Anthropos Editorial.

Bardet Blochet, A.; Zbinden, E. (2008). Self-help group in health: solidarity partnership and request. *Rev Med. Suisse*, 17 (4), 1972-1975. Disponible el 15 de Octubre de 2012, de Pudmed <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18847129>

Bariuso, LM.; Sánchez Valverde, F.; Romero, C.; Vitoria, JC. (1999) Epidemiología de la lactancia materna en el centro –norte de España. *An Esp Pediatría*, 50, 237- 243.

Bauer, G.; Ewald, S.; Hoffman J., et al. (1991) Breastfeeding and cognitive development of three year old children. *Psychol Rep*, 68, 1218.

Bergman, N. (2005). *El modo canguro de tener al bebé*. Comunicación presentada en las VI Jornadas Internacionales sobre Lactancia, Paris.

Blázquez García, M. J. (1998) Amamantar, una manera de realizarse como persona. *Index de Enfermería*, 7 (22), 50-52.

Blázquez García, M. J. (2006). Vía Láctea, 20 años de ayuda madre a madre. *Medicina naturista*, (10), 526- 532.

Blázquez García, M. J. (2009). *Maternidad y ecología*. Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza.

Blázquez García, M. J. (2010). *Maternidad, Ciudadanía y Cuidadania*. Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza.

Blázquez García, M. J. (2012). El nacimiento de una asociación es como el nacimiento de una criatura. 25 años de Vía Láctea. *Vía Láctea*. Recuperado el 14 de febrero de 2013, de www.vialactea.org.

Britton, C.; McCormick F.M.; Renfrew, M. J. (2007). Support for breastfeeding mother. *The Cochrane Library*, (4). Oxford: Update Software Ltd.

Bruch, M.; Casas, J.C.; Riba, T. (2000). Prevalencia y factores que se asocian al inicio y duración de la lactancia materna en el área rural del Lluçanès. Osona (Barcelona). *Enfermería Clínica*, 11 (2), 45-50.

Canals Sala, J. (2002) El regreso de la reciprocidad. Grupos de ayuda mutua y asociaciones de personas afectadas en la crisis del Estado de Bienestar. Tesis Doctoral. Universitat Rovira i Virgili, Tarragona. (Sin publicar).

Canals Sala, J. (2003). Grupos de ayuda mutua y asociaciones de personas afectadas: reciprocidades, identidades y dependencias. *Cuadernos de psiquiatría comunitaria*, 3 (1), 71- 81.

Chamberlain, D. (2002). *La mente del bebé recién nacido*. Sta. Cruz de Tenerife: Editorial Ob Stare.

Chung, M.; Raman, G.; Trikalinos, T.; Lau, J.; Ip, S. (2008). Interventions in Primary care to promote breastfeeding: an evidence review for de U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern. Med.*, 149, 565-82.

Cibanal, L.; Arce, M. C.; Carballal, M. C. (2010). *Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud*. 2ª Ed. Barcelona: Elsevier.

Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer (2002). Breast cancer and breastfeeding. *Lancet*, 20, 187- 95.

Colomer, C.; Álvarez-Dardet C. (2006). *Promoción de la salud y cambio social*. Barcelona: Elsevier Masson.

Comisión Europea (2004). *Promoción, protección y apoyo a la lactancia materna en Europa: Plan estratégico para la acción*. Luxemburgo: Dirección Pública de Salud y Control de Riesgos. Recuperado el 16 de enero de 2012 en: http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/promotion_2002_18_en.htm

Comité de lactancia materna de la AEP (2004). *Lactancia materna: guía para profesionales. Monografías de la A. E. P.*, (5). Madrid: Ergón.

Comunidad Autónoma de Madrid (1994). *Boletines de Ayuda Mutua y Salud*, 1, 2, 3 y 4. Madrid: Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud.

Comunidad Autónoma de Madrid (1995). *Actitudes de los profesionales sanitarios ante los GAM. Estudio mimeografiado*. Madrid: Consejería de salud.

Comunidad Autónoma de Madrid (1996). *Conclusiones de las Jornadas sobre ayuda mutua y salud*. Madrid: BAMS.

Conde, F. (1996). Las mujeres y el movimiento de ayuda mutua. *Boletín de Ayuda Mutua y Salud*, 3, 34-53. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.

Costa, M. y López, E. (1986). *Salud comunitaria*. Barcelona: Martínez Roca.

Costa, M. y López, E. (2005). *Educación para la salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid: Ed. Pirámide.

Delporte, H. (1982). *La imagen de la mujer en el arte prehistórico*. Madrid: Istmo.

Díaz-Gómez, N. M. (1994). *Lactancia Materna. En Atención Integral de enfermería en el Niño y el adolescente*. Madrid: Síntesis.

Díaz-Gómez, N. M. (2003). *Recomendaciones para la lactancia materna*. Canarias: Dirección General de Salud Pública. Servicio Canario de Salud.

Díaz-Gómez, N. M. (2006). Alimentación con leche materna. En Díaz-Gómez, N. M.; Gómez García, C. I.; Ruiz García, M. J. Tratado de enfermería de la Infancia y la adolescencia (pp. 43- 55). Madrid: Mc Graw- Hill Interamericana.

Espín Ríos, M. I.; Cervantes Pardo, A. (Coord.) (2007). *Programa de Atención al niño y adolescente. Guía de apoyo al programa*. Murcia: Consejería de Sanidad. Dirección General de salud Pública. Servicio de Prevención y Protección de la Salud.

Estévez, M. D.; Martell, D.; Medina, R.; García, E.; Saavedra, P. (2002). Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna. *An. Esp. Pediatría*, 56, 144-150.

FEDECATA. Federación Catalana de grupos de apoyo a la lactancia materna (2008). *Lactancia materna. Recursos para asesoras y grupos de apoyo*. Barcelona: FEDECATA.

Ferber, S. G.; Makhoul, I. R. (2004). The effect of skinto-skin contact (kangaroo care) shortly after birth on the neurobehavioral responses of the term newborn: A randomized, controlled trial. *Pediatrics*, 113 (4), 858–865.

Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Morata.

Freire, P. (1975). *Pedagogía del oprimido*. Madrid: Siglo XXI

Freire, P. (1980). *La educación como práctica de Libertad*. Siglo XXI.

Frías Osuna, A. (2000). *Salud pública y educación para la salud*. Barcelona: Masson.

García Martínez, A. (1998). La investigación acción como factor de acción socioeducativa. En Bueno, J. R.; García, A. (coords.), *La construcción y transmisión de los saberes en el trabajo social* (pp. 8-50). Valencia: Nau Libres.

García Martínez, A. (coord.) (1998). *Claves de educación para la salud*. Murcia: Diego Marín.

García Martínez, A.; Martínez Artero, R. (2002). La Configuración social de la salud y sus implicaciones en educación para la salud. *Bordón Revista de Pedagogía*, 54 (4), 545- 557.

García Martínez, A. (1998). Educación para la salud y desarrollo comunitario. En Escarbajal, A. (coords.), *La educación social en marcha* (pp. 155-171). Valencia: Nau Libres.

García Martínez, A. (2004). La investigación en la acción y la construcción de poder en educación para la salud. *Promotion and Education*, 10 (4), 238- 247.

García Martínez, A. et al. (2009). *Educación y promoción de la salud. Una mirada contextual*. Murcia: Diego Marín.

García Martínez, A.; Sáez, J.; Escarbajal, A. (2000). *Educación para la salud. La apuesta por la calidad de vida*. Madrid: Arán.

García Méndez, J. A. (2010). *Eficacia diferencial de los programas de apoyo a madres con intención de lactar sobre la exclusividad y duración de la lactancia materna: un estudio meta-analítico*. Tesis doctoral. Murcia: Universidad de Murcia. (Sin publicar)

García Mozo, R.; Alonso Sagredo, L. (2002). Valoración materna de las medidas prenatales de promoción de la lactancia natural. *Atención Primaria*, 29 (2), 79-83.

García Roldán, A. (2008). Consejería en lactancia materna. En Asociación Española de Pediatría, *Manual de Lactancia Materna*, 11, 95-99. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

García Vera, C.; Esparza Olcina, M. J. (2009). Las intervenciones dirigidas a promocionar y mantener la lactancia materna son efectivas si se realizan antes y después del nacimiento y con apoyo de personal no sanitario. *Evid. Pediatría*, 5 (16).

Gilligan, C. (1982). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Gómez García, C. I. (1999). *Promoción de la lactancia materna: una propuesta de intervención educativa*. Tesis doctoral. Murcia: Universidad de Murcia. (Sin publicar).

Gómez García, C. I.; Ruiz García, M. J.; Ruzafa Martínez, M. (2000). *Lactancia materna para Enfermería*. Murcia: Diego Marín.

Gómez Papí, A. (2011). *El poder de las Caricias*. Barcelona: Espasa Hoy.

Gómez Papí, A.; Baiges Nogués, M. T.; Batiste Fernández, M. T.; Marca Gutiérrez, M. M.; Nieto Jurado, N.; Closa Monasterolo, R. (1998). Método canguro en sala de partos en recién nacidos a término. *Medicina Fetal Y Neonatología*, 48 (6).

Gomis Cebrián, R.; Arellano Morata, C.; Parra Hidalgo, P.; Calle Urra, J. E.; Oliver Roig, A.; García de León González, R.; Alcaraz Quiñonero, M. (2009). Lactancia Materna en la región de Murcia. ¿Seguimos con el problema? *Acta Pediatr Esp.* 67(6), 283-289.

González, C. (2010). *Un regalo para toda la vida. Guía de la lactancia materna*. Madrid: Editorial Temas de Hoy SA.

Gracia E. (1997) *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Barcelona: Paidós.

Graffy, J.; Taylor, J. (2005). What information, advice and support do women want with breastfeeding. *Birth*, 32, 179-186.

Gretchen A.; Dabrowski, R. N. (2007). Skin to Skin contact. *Nursing for Women's Health*, 11, 66- 71.

Gutman, L. (2009). *La revolución de las madres*. Barcelona: RBA.

Haider, R.; Ashworth, A.; Kabir, I.; Huttly, S. R. (2000). Effect of community-based peer counsellors on exclusive breastfeeding practices in Dhaka, Bangladesh: a randomised controlled trial. *The Lancet*, 356 (9242), 1643-1647.

Hauck, F. R.; Thompson, J.; Tanabe, K.; Mom, R.; Vennemann, M. (2011). Breastfeeding and Reduced Risk of Sudden Infant Death Syndrome: A Metaanalysis. *Pediatrics*, 128 (1), 103-110.

Hernández Aguilar, M. T. (2004). Epidemiología de la lactancia materna. Prevalencia y tendencias de la lactancia materna en el mundo y en España. *Lactancia materna: guía para profesionales. Monografías de la A.E.P.*, (5). (pp. 31-43). Madrid: Ergón.

Hernández Díaz, J. C.; Colomer Revuelta, C. (2006) Participación comunitaria. En Colomer, C.; y Álvarez-Dardet, C. *Promoción de la salud y cambio social* (pp.89- 96). Barcelona: Elsevier Masson.

Horwood, L. J.; Ferguson, D. M. (1998). Breastfeeding and later cognitive and academic outcomes. *Pediatrics*, 101.

Hostalot, A. B.; Sorní, A.; Jovaní, L.; Rosal, J.; Mercé, J.; Iglesias, J.; Ariño, F.; Castillo, T.; López, M. J.; Monllao, C.; Querol, M. P.; Arasa, M.; Ríos, M. (2001). Lactancia Materna en el sur de Cataluña. Estudio de los factores socioculturales y sanitarios que influyen en su elección y mantenimiento. *Anales Españoles de Pediatría*, 54, (3), 297-302.

IBFAN (2001). Violando las reglas, Eludiendo las Reglas 2001. Evidencias de Violaciones al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche materna y Resoluciones subsiguientes. *IBFAN*. Recuperado el 23 de noviembre de 2011 en:
www.ibfanalc.org/nuestro_trabajo/archivo/codigo/vlr2001/vlr2001.pdf

Karlson, E. W. (2004). Do breast feeding and other reproductive factors influence future risk of rheumatoid arthritis?. Results from the nurses Health Study. *Arthritis and Rheumatism*, 50, 3458- 67.

Kennell, J.; Klaus, M.; McGrath, S.; Robertson, S.; Hinkley C. (1991). Continuous emotional support during labor in a US hospital. A randomized controlled trial. *JAMA*, 265(17), 2197-2201. Recuperado el 8 de febrero de 2012 en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2013951.

Klaus, M.; Kennell, J. (2007). Doula: an essential ingredient of childbirth rediscovered. *Acta Paediatr*, 86 (10), 1034-1036.

Klaus, M.; Kennell, J.; Klaus, P. (2002). *The doula book*. Cambridge, MA: Perseus Books.

Kramer, M. S.; Kakuma, R. (2009). Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane summaries. Indendent high-quality evidence for health care decision making*. Recuperado el 26 de marzo de 2012, en www.summaries.cochrane.CD003517.

Kropotkin, P. (1989). *El apoyo mutuo un factor en evolución*. Madrid: Nossa y Jara Editores.

La Buena Leche (2004). *Lactancia Materna y grupos de apoyo*. Cantabria: La Buena Leche ed.

Labonté, R. (1994). Helth Promotion and "empowerment", Participatory Education and Health. *Health Education Quarterly*, 21 (2), 253- 268.

Ladas, A. K. (1970). How to help mother breast feed. *Clin Pediatr*, 9, 702- 707.

Laredo Ortiz, S.; Rozada Montemurro, R. (2008). Los grupos de apoyo de madres en el centro de salud. Los talleres de lactancia. En A. E. P., *Manual de Lactancia Materna. De la teoría a la práctica (pp. 305- 308)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Lasarte, J. J. (2004). Importancia de los grupos de apoyo. En Comité de lactancia materna de la A. E. P., *Lactancia materna: guía para profesionales. Monografías de la A.E.P (5)*, (pp.305- 308) Madrid: Ergón.

Lawrence, M. D. (1996). *La Lactancia materna. Una guía para la profesión médica*. Edición en español. Madrid: Mosby.

Lord, J.; Hutchison, P. (1993). The Process of Empowerment: Implications for Theory and Practice. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 12 (1), 5-22.

MSC (1987). *Los objetivos de la salud para todos*. Madrid: Centro de publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo.

MSC (2011). *Cartera de Servicios comunes a todo el Servicio Nacional de Salud*. Recuperado el 22 de octubre de 2011, de www.msc.es/profesionales/CarteraDeServicios/Contenido.htm.

MacKenna, J. (2005). *Las criaturas Humanas: de la edad de piedra a la era de la conquista espacial*. Comunicación presentada en las VI Jornadas Internacionales sobre Lactancia, Paris.

MacKernan, J. (1999). *Investigación- acción y curriculum*. Madrid: Morata.

Martín Calama, J. (2004). Lactogénesis. Comité de lactancia materna de la A.E.P. Lactancia materna: guía para profesionales. *Monografías de la A.E.P.*, nº 5. (pp. 45-58). Madrid: Ergón.

Martín Calama, J. (2006). Promoción de la lactancia materna. En Díaz- Gómez, N. M.; Gómez García, C. I.; Rúaiz García, M. J., *Tratado de enfermería de la Infancia y la adolescencia*, (pp. 57-65). Madrid: Mc Graw- Hill Interamericana.

Martín Calama, J. (2008). Fisiología de la lactancia. En A.E.P., *Manual de Lactancia materna. De la teoría a la práctica*, (pp. 61-69). Madrid: Medica Panamericana.

Martín, S. (1998). Lactancia Artificial. La punta del iceberg. *Index de Enfermería*, 7 (22), 8-14.

Martínez Galiano, J. M. (2010). Factores asociados al abandono de la lactancia materna. *Rev. Metas de Enfermería*, 13 (6), 61- 67.

Martínez Miguélez, M. (2007). *Investigación cualitativa etnográfica en educación*. Sevilla: Editorial Mad S.L.

Massó Guijarro, E. (2011). Lactancia materna y transformación social: multidimensionalidad de la lactancia materna desde la filosofía. Presentado en el VIII Congreso FEDALMA de *Lactancia materna: construyendo al ser humano*, 1-2 de junio, Barcelona.

Mayor Ferrándiz, M. T. (2011). La imagen de la mujer en la Prehistoria y la Protohistoria. *Revista de Claseshistoria. Publicación digital de Historia y Ciencias Sociales*, (236). Recuperado el 27 de enero de 2012, de <http://www.claseshistoria.com/revista/2011/articulos/mayor-mujer-prehistoria.pdf>.

Mazarrasa Alvear, L. (1996). Educación para la salud en el marco de la Promoción de la salud. En Mazarrasa Alvear, L.; et al. *Salud Pública y Enfermería Comunitaria*, Volumen I, (pp. 315-329). Madrid: McGraw Hill-Interamericana.

Meara, H. (1976). La Leche League in The United States: A key to successful breastfeeding in a non supportive culture. *Journal of Nurse midwifery*, 21 (1), 20-26.

Menéndez, E. L. (1984). El modelo médico hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud. *Arxiu d' Etnografía de Catalunya*, 3, 83-119.

Mies, M.; Vandama, S. (1997). *Ecofeminismo: Teoría, Crítica y Perspectivas*. Barcelona: Icaria.

Minde, K. (1980). Self- help groups in a premature nursery. Evaluation. *Journals Pediatrics*, 96, 933-940.

Modolo, M. A. (1989). *Educazione sanitaria e promozione della salute. Lorencia, Italia*: Rosini Editore.

Morán, M.; Naveiro, J. C.; Blanco, E.; Cabañeros, I.; Rodríguez, M.; Peral, A. (2009). Prevalencia y duración de la lactancia materna. Influencia sobre el peso y la morbilidad. *Nutrición Hospitalaria*, 24 (2), 213-217.

Moreno, L.; Cabrera, M. T.; García, L. (1997). Lactancia Materna. *Revista Rol de Enfermería*, (227-228), 79-84.

Morrow, A. L.; Guerrero, M. L.; Shults, J.; et al. (1999). Efficacy of home- based peer counselin to promote exclusive breastfeeding: a randomized controlled trial. *Lancet*, (354), 161-162.

Mosteiro, M. P.; Fernández, A.; Pellico, A.; Morán, D.; Díaz, E. (2002). Lactancia materna. Principales aspectos de interés en la práctica clínica. *Enfermería Científica*, (244-245), 36- 41.

Nájera Morrondo, M. P. (1996). Promoción de la salud. Enfoques internacionales. En Mazarrasa Alvear, L.; et al. *Salud Pública y Enfermería Comunitaria*, Volumen I, (pp. 299-314). Madrid: McGraw Hill- Interamericana.

Odent, M. (1990). *El bebé es un mamífero*. Buenos Aires: Mandala ediciones.

Odent, M. (2005). *La científicación del amor*. Buenos Aires: Creavida.

Odent, M. (2011). *El nacimiento en la era del plástico*. Sta. Cruz de Tenerife: Editorial Ob Stare.

Odent, M. (2012). *La vida fetal, el nacimiento y el futuro de la humanidad: textos escogidos de Michel Odent*. Sta. Cruz de Tenerife: Editorial Ob Stare. 3^a edición.

OIT (2000). Convenio sobre protección a la maternidad, n^o. 183. Convenio relativo a la revisión del Convenio sobre la protección de la maternidad (revisado) 1952. Recuperado el 14 de febrero de 2012 en: http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO:12100:P12100_INSTRUMENT_ID:312328:NO

OIT (2004). Maternity Protection Infosheet. Work and Family Information Sheets Series. Recuperado el 14 de febrero de 2012 de <http://www-ilo-mirror.cornell.edu/public/english/protection/condtrav/pdf>

Oliver Reche, M. I. (1998). Etnografía de los Cuidados materno- infantiles. Creencias, valores y prácticas tradicionales sobre la Lactancia Materna. Originales. *Index de Enfermería*. 7 (2), 34-40.

Oliver Roig, A.; Richart Martínez, M.; Cabrero García, J.; Pérez Hoyos, S.; Laguna Navidad, G.; Flores Álvarez, J. C.; Calatayud Pujalte, M. M.; García de León González, R. (2010). Factores asociados al abandono de la lactancia materna durante los primeros 6 meses de vida. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, May-jun, 18 (3), 373-80.

Oliver Roig, A.; (2012). *El abandono prematuro de la lactancia materna: incidencia, factores de riesgo, y estrategias de protección, promoción y apoyo a la lactancia*. Tesis doctoral. Alicante: Universidad de Alicante.

OMS (1960). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Ginebra: OMS

OMS (1978). *Informe de de la Conferencia Internacional de Alma-Ata*. Genova: OMS.

OMS (1981). *Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche materna*. Ginebra: OMS.

OMS (1983). *Nuevos métodos de educación sanitaria en Atención primaria de salud*, Serie de Informes Técnicos, (690). Ginebra: OMS.

OMS (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Recuperado el 18 de marzo de 2011, de www.paho.org/Spanish/hpp/ottawacharterSp.pdf.

OMS (1989). *Educación para la salud. Manual sobre Educación Sanitaria en Atención Primaria de Salud*. Ginebra: OMS.

OMS (1997). *Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI*. Recuperado el 30 de marzo de 2011, de www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_sp.pdf.

OMS (1998). *Promoción de la salud. Glosario. Educación para la Salud. Informes I*. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo.

OMS (1998). *Pruebas científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 26 de abril de 2011, de http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_CHD_98.9_spa.pdf.

OMS (1999). *Health 21: the health for all policy for the WHO European Region*. Copenhagen: WHO. Recuperado el 8 de mayo de 2011, de www.euro.who.int/document/health21/wa540ga199heeng.pdf.

OMS (2000). *Promoción de la salud: hacia una mayor equidad*. V Conferencia de promoción de la salud. Mexico: OMS.

OMS (2000). *Salud para todos en el siglo XXI*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

OMS (2002). *The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding, A Systematic Review*. Ginebra: OMS. Revisado el 30 de mayo de 2011, de http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/WHO_CAH_01_23.pdf.

OMS (2003). *Estrategia Mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño*. Ginebra: OMS.

OMS (2005). *Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado*. Revisado el 4 de junio de 2011, de www.who.int/healthpromotion/conferences/.pdf.

OMS (2006). *Alimentación de los lactantes y de los niños pequeños: Normas recomendadas para la Unión Europea*. Revisado el 4 de junio de 2011, de http://www.ihan.es/publicaciones/libros_manuales/Alimentaci%C3%B3nlactantes_Normas%20recomendadasUE.pdf

OMS (2008). *Indicadores para la Evaluación de las Prácticas en la alimentación Infantil y del Niño Pequeño*. OMS Publicaciones. Revisado el 27 de junio de 2011, de http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243596662_spa.pdf

OMS (2010). *La alimentación del lactante y el niño pequeño. Capítulo modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud*. Washington: WHO.

OMS (2010). *Veinte maneras en que la Organización Mundial de la salud ayuda a los países a lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Ginebra: OMS.

OMS-UNICEF (1989). *Declaración conjunta OMS y UNICEF. Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural. La función especial de los servicios de maternidad*. Ginebra: OMS.

OMS-UNICEF (1990). *Declaración de Innocenti sobre la Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna (resolución WHA 45.34)*. Florencia: OMS. Revisado el 4 de junio de 2011, de www.unicef.org/programe/breastfeeding/innocenti.htm

OMS-UNICEF.(1993). *Consejería en Lactancia Materna: curso de capacitación*. Ginebra: WHO/CDR 93.4.

ONU (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*. Nueva York: ONU.

Oretega, E. M.; Piñero, S.; Alarcos, G.; Arenas, T.; Jiménez, V. (2010). El fomento Postnatal de la lactancia materna; los grupos de apoyo. *NURE inv. Nov-dic.*,7 (49). Revisado el 9 de julio de 2011, de www.fuden.es/FICHEROSADMINISTRADOR/ORIGINALES/NURE49originalfo mposLM.pdf.

Otero Solloso, J. M. (2005). Relactación y lactancia inducida. En Aguilar, M. J. *Lactancia materna*, (pp. 546- 554). Madrid: Elsevier.

Paniagua, P. (2009). Coste medioambiental. Mesa redonda Repercusiones de no amamantar. Presentado en el VI Congreso FEDALMA “Lactancia materna más que un alimento”, 26- 27 junio 2011. Palma de Mallorca.

Paricio Talayero, J. M. (1999). Lactancia Materna: conocimientos, actitudes y ambigüedad sociocultural. *Atención Primaria*, 24 (6), 65-74.

Paricio Talayero, J. M. (2004). Aspectos históricos de la alimentación al seno materno. Comité de lactancia materna de la A.E.P. *Lactancia materna: guía para profesionales. Monografías de la A.E.P.*, (5). (pp. 7-25), Madrid: Ergón.

Pérez Escamilla, R. (1994). Infant feeding policies in maternity wards and their effects on breastfeeding success: an analytical overview. *American journal of public health*, 84 (1), 89- 87.

Pérez Serrano, G. (coord.) (2001). *Modelos de investigación cualitativa en educación social y animación sociocultural. Aplicaciones prácticas*. Madrid: Narcea Ediciones.

Pérez Serrano, G. (2008). *Investigación Cualitativa. Retos e interrogantes*. Madrid: La muralla.

Ramo, Z. (2000). *Éxito y fracaso escolar*. Barcelona: CissPraxis, S. A.

Raphael, D. (1973). *The tender gift: Breastfeeding*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.

Raventós Canet, Á.; Crespo García, A.; Villa Vázquez, S. (2006). Prevalencia de la lactancia materna en el Área Básica de salud Sant Feliu-2 (Barcelona). *Rev. Pediatr. Aten Primaria*, 8, 409-20.

Renato de Carvalho, M. (2005). Amamantar es un acto ecológico. La alimentación con biberón daña el medio ambiente. En Aguilar, M. J. *Lactancia materna* (pp. 555-558) . Madrid: Elsevier.

Resolución WHA 27.43. (1981) Manual de Resoluciones y Decisiones de la Asamblea Mundial de la Salud y del Consejo Ejecutivo, Vol II, 4^a ed. Ginebra: WHA.

Rius Peris, J. M. (2011). *Factores asociados al inicio y abandono precoz de la lactancia materna*. Tesis doctoral. Valencia: Universidad de Valencia.

Rivera Navarro, J. (2005). Un análisis de los grupos de ayuda mutua y el movimiento asociativo en el ámbito de la salud: adicciones y enfermedades crónicas. *Revista de antropología experimental*, 5, 13.

Roca Soriano, F (2006). Grupos de ayuda mutua. En Colomer, C.; Álvarez-Dardet, C. *Promoción de la salud y cambio social* (pp.77- 88). Barcelona: Elsevier Masson.

Roca Soriano, F. (1998). Los desconocidos grupos de ayuda mutua. *Cuadernos de Trabajo Social*, (11), 251-263.

Roca, F.; Villalbí, J. R. (1993). *Manual para el funcionamiento de grupos de ayuda mutua*. Pamplona: Departamento de Salud del Gobierno de Navarra.

Rochon, A. (1991). *Educación para la salud*. Barcelona: Masson.

Rodrigañez Bustos, C. (2001). *El asalto al Hades. La rebelión de Edipo 1ª parte*. Madrid: Traficantes de sueños.

Rodrigañez Bustos, C. (2007). *La sexualidad y el funcionamiento de la Dominación. Para entender el origen social del malestar individual. La rebelión de Edipo 2ª parte*. Recuperado el 12 de mayo de 2013, de www.casildarodrigañez.org.

Rodrigañez Bustos, C.; Cachafeiro, A. (1995). *La represión del deseo materno y la génesis del estado de sumisión inconsciente*. Madrid: Madre Tierra.

**Romagosa, C.; Sagué, M.; Garatea, A. (2003). Lactancia materna. Condicionantes. *Rev. ROL Enfermería*, 26 (5), 405- 408, 73- 76.

Romero, F. (2009). Las Doulas. Identidad, cuestiones abiertas y propuestas para su desarrollo. *Educar: nacer y educar*, v.1. Recuperado el 10 de diciembre de 2012, de <http://educer.es/wp-content/uploads/Doula.pdf>

Ruiz García, M. J. (2011). *Un estudio cualitativo sobre lactancia materna prolongada en un grupo de madres de Murcia*. Tesis Doctoral. Murcia: Universidad de Murcia.

Ruiz Olabuénaga, J. L. (2009). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.

Sacristán, A. M.; Lozano, J. E.; Gil, M.; Vega, A. T. (2011). Situación actual y factores que condicionan la lactancia materna en Castilla y León. *Revista Pediátrica de Atención Primaria*, 23 (49), 33-46.

Sahuquillo, M. (2013, 2 de julio). Amamantar no es tan fácil, aunque la madre quiera hacerlo. *El País.com*. Recuperado el 3 de julio de 2013, de http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/07/02/vidayartes/1372795336_978129.html

Salleras Sanmartín, L. (1985). *Educación sanitaria. Principios, métodos y aplicaciones*. Madrid: Ediciones Díaz Santos.

Sánchez Moreno, A. (2000). Concepto de salud y factores que la condicionan. En Mazarrasa Alvear, L.; et al. *Salud Pública y Enfermería Comunitaria*, Volúmenes I, (pp. 331- 366). Madrid: McGraw Hill- Interamericana.

Sánchez Moreno, A.; Ramos García, E.; Marset Campos, P. (1994). *La actitud participativa en salud: entre la teoría y la práctica*. Murcia: Servicio de publicaciones Universidad de Murcia.

Sánchez Moreno, A.; Ramos García, E.; Marset Campos, P. (1996). Participación Comunitaria en Salud. En Mazarrasa Alvear, L. et al. *Salud Pública y Enfermería Comunitaria*, Volúmenes I, (pp. 331-. 366). Madrid: McGraw Hill- Interamericana.

Sarlet Gerken, A. M.; García Martínez, A.; Belando Montoro, M. R. (1996). *Educación para la salud: una perspectiva antropológica*. Valencia: Nau Llibres.

Serrano González, M. I. (1989). *Educación para la Salud y Participación Comunitaria*. Madrid: Ediciones Díaz Santos.

Serrano González, M. I. (coord.) (1997). *La Educación para la Salud del siglo XXI. Comunicación y salud*. Madrid: Ediciones Díaz Santos.

Shiva, V. (1995). *Abrazar la vida: mujer, ecología y desarrollo*. Madrid: Editorial Horas y Horas.

Shiva, V. (1998). *La praxis del ecofeminismo: biotecnología, consumo y reproducción*. Madrid: Editorial Icaria.

Shiva, V. (2001). La semilla y la ecología. Mujeres, semilla, y biotécnica. *The Ecologist*, Enero, 33-39.

Shore, A. (2001). Effects of a Secure Attachment relationship on Right Brain Development, Affect Regulation, and Infant Mental Health. *Infant Mental Health Journal*, 22, 7-66. Recuperado el 12 de abril de 2012, de <http://www.allanschore.com/pdf/SchoreIMHJAttachment.pdf>

Sikorski, J.; Renfrew, M. J.; Pindoria, S.; Wade, A. (2002). Support for breastfeeding mother. *The Cochrane Library* (3). Oxford: Update Software Ltd.

Silverman, P. R. (1980). *Mutual Help Groups. Organization and development*. Londres: Sage.

Stuart-Macadam, P.; Dettwyler, K. (1995). *Breastfeeding Biocultural perspectives*. New York: Aldine.

Stuebe, A. M.; Michels, K. B.; Willett, W. C. (2009). Duration of lactation and incidence of myocardial infarction in middle to late adulthood. *Am J Obstet Gynecol*, 200, 138.e1- 138.e8.

Temboury, M. C. (2004). Composición de la leche humana. *Comité de lactancia materna de la A. E. P. Lactancia materna: guía para profesionales. Monografías de la A.E.P.*, nº 5. (pp. 59-76). Madrid: Ergón.

Temboury, M. C. (2002). Conocimientos de los profesionales sanitarios. Comunicación presentada en el II Congreso Nacional de lactancia Materna. Sevilla (Libro de actas).

Temboury, M. C.; Otero A.; Polanco, I.; Arribas, E. (1994). Influence of breastfeeding on the infant's intellectual development. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 1 (18), 32-6.

Terris, M. (1980). *La revolución epidemiológica y la medicina social*. Mexico: Siglo XXI.

Torras i Ribas, E. (2011). *Tejiendo las relaciones con el mundo. Los grupos como impulsores de cambio social*. Comunicación presentada en el VIII Congreso FEDALMA. Lactancia materna: construyendo al ser humano. Barcelona.

Trojan, A. (1989). Benefits of self- help groups: a survey of 232 members from 65 disease- related groups. *Soc sci Med*, 29 (2), 225- 232. Recuperado el 23 de marzo de 2013 de Pubmed: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2749303>

UNICEF-OMS (2009) Razones médicas aceptables para el uso de sucedáneos de leche materna. *WHO/FCH/CAH/09.01. O/NMH/NHD/09.01*. Recuperado el 2 de marzo de 2012 de http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/WHO_NMH_NHD_09.01_spa.pdf

Vahlquist, B. (1981). Introducción. En OMS (Ed.). *Modalidades de Lactancia Natural en la Actualidad. Informe sobre el estudio en colaboración de la OMS acerca de la lactancia natural*. Ginebra: OMS. Recuperado el 13 de octubre de 2012 de <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243560670.pdf>

Valdés, V.; Pugin, E.; Labbok, M. H. (1995). The effects on professional practices of three-day course on breastfeeding. *Journal of Human Lactation*, 11(3), 185-190.

Vargas Rueda, A.; Chaskel, R. (2007). Neurobiología del Apego. *Rev. Avances*, 8 (1), 44- 56.

Virden, S. F. (1988). The relationship between infant feeding method and maternal role adjustment. *J. Nurse Midwifery*, 33, 31.

Wallerstein, N.; Berstein, E. (1994). Introduction to Community “empowerment”, Participatory Education and Health. *Health Education Quarterly*, 21 (2), 141-148.

Westphal, M. f. (1995). Breastfeeding training for health professionals and resultant institutional changes. *Bulletin of the WHO*, 73(4), 461-468.

Yaque, M.; Castillo, E.; Macías, J.; Valiente, A.; Cruz, I.; Álvarez, J. L. (2001). Cambios con los factores relacionados con el inicio y seguimiento de la lactancia materna en nuestro medio. *Enfermería Científica*, (232-233), 67-72.

Yela López, J. (1997). Los Grupos de ayuda mutua. En Serrano González, M. I. (coord). *La Educación para la Salud del siglo XXI. Comunicación y salud* (pp. 407- 417). Madrid: Ediciones Díaz Santos.

PAGINAS WEB CONSULTADAS:

- Asociación Española de Pediatría (AEP). Disponible en:
<http://www.aeped.es/>
- Federación Española de Asociaciones Pro lactancia Materna (FEDALMA).
Disponible en: <http://www.fedalma.org/>
- Grupo de apoyo a la Lactancia materna en Murcia (Lactando). Disponible
en: <http://www.lactando.wordpress.com/>
- Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al nacimiento y la Infancia
(IHAN). Disponible en: <http://www.ihan.es/>
- Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: <http://www.ine.es/>
- La Liga de la Leche en España. Disponible en:
<http://www.laligadelaleche.es/>
- OMS. Disponible en: <http://www.who.int/es/>
- UNICEF. Disponible en: <http://www.unicef.org/spanish>
- FEDECATA. Disponible en www.grupslactancia.org
- Alianza Mundial a favor de la lactancia materna (WABA).
<http://www.waba.org>

ANEXOS

RELACIÓN DE ANEXOS

Anexo I. Noticias de prensa

Anexo II. Instrumentos de recogida de información

Anexo III. Modelo de entrevista

Anexo IV. Tablas análisis estadístico

ANEXO I

NOTICIAS DE PRENSA RELACIONADAS CON LOS GALM

ANEXO IA: Noticias de prensa relacionadas con los antecedentes históricos de los GALM en España

- Noticia 1: Diario “Heraldo de Aragón” 6/06/1988
- Noticia 2: Diario “Heraldo de Aragón” 4/03/1990

ANEXO IB: Noticias de prensa local referidas a las actuaciones organizadas por los GALM de la Región de Murcia objeto de estudio

- Noticia 3: Diario “20 minutos” (Murcia) 27/6/2005
- Noticia 4: Diario “La Verdad” (Murcia) 8/10/2006
- Noticia 5: Diario “La Verdad” (Murcia) 28/10/2007
- Noticia 6: Diario “La Verdad” (Murcia) 7/10/2007
- Noticia 7: Diario “La Opinión” (Murcia) 5/03/2009
- Noticia 8: Diario “La Opinión” (Murcia) 17/10/2010
- Noticia 9: Diario “La Verdad” (Murcia) 3/10/2010
- Noticia 10: Diario “La Opinión” (Murcia) 17/10/2011
- Noticia 11: Diario “La Opinión” (Murcia) 6/10/2011
- Noticia 12: Diario “La Actualidad” (Águilas/Lorca) 29/04/2012

ANEXO I A

NOTICIAS DE PRENSA RELACIONADAS CON LOS ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LOS GALM EN ESPAÑA

Noticia 1: Diario "Heraldo de Aragón" 6/06/1988

HERALDO DE ARAGÓN

Lunes 6 de junio de 1988:

«Queremos apoyar a mujeres que deseen amamantar a sus hijos»

Nada hay comparable a la leche materna, cuyos beneficios repercuten en la propia madre

Zaragoza. Alfonso Zapater

«Somos un grupo de madres que hemos vivido a fondo la lactancia y que nos hemos reunido para dar apoyo e información al propio grupo y a toda mujer que verdaderamente quiera amamantar a su hijo, de forma gratuita e interesada, sin sectarismos». Así se presenta la Asociación de Madres Via Láctea, recientemente constituida en Zaragoza, e integrada, en esta su primera andadura, por una veintena de asociadas. Pocas aún, pero animadas de gran entusiasmo. Ellas saben por propia experiencia que nada hay comparable a la leche materna para un hijo, cuyos beneficios son evidentes —demostrados por la ciencia— y repercuten en la propia madre. No sólo se establece un vínculo afectivo indisoluble, sino que, en condiciones normales, se ahuyentan muchos riesgos y enfermedades.

La Asociación de Madres Via Láctea acaba de darse a conocer en el primer ciclo de conferencias sobre lactancia materna, que se inició el pasado 19 de mayo y concluirá el próximo día 3, en el colegio de la Compañía de María, de la calle Bilbao, 10.

—En la Asociación estamos un grupo de madres y de profesionales.

—¿Cómo surgió la idea?
—Surgió en el Centro Nacar sin Temor, que dirige la matrona Carmen Pascual, donde hace tres años nos preparábamos para el parto. Ella nos animó a que nos iniciáramos para transmitir nuestras experiencias.

Vía Láctea

He conversado con tres componentes de la directiva, María del Carmen Araceli y María Jesús. Me explican que la idea de la naciente asociación no es enteramente original, ya que está basada en la experiencia de la llamada Liga de la Leche, organización de ámbito internacional, que comenzó en América del Norte

con tan sólo siete mujeres.

—Y en este caso, ¿por qué la denominación de Via Láctea?

—Nos hemos basado en la mitología griega. Según se cuenta, la diosa Hera, mujer de Zeus, estaba dormida amamantando a Heracles, cuando éste, al retirarse del pecho, derramó unas gotas de leche y con ellas se formó la Vía Láctea que todos conocemos. Heracles había venido al mundo para librar a los humanos de los seres monstruosos que amenazan nuestras vidas. Siendo hijo natural de Zeus y de una mujer del pueblo, debía amamantar de una diosa para llegar él también a ser dios, por lo que se engañó a Hera diciéndole que era un pobre niño abandonado. Hera, en su deseo de sacar al niño adelante, no tuvo ningún problema en segregar leche de sus pechos.

Actividades diversas:

La Asociación de Madres Via Láctea tiene su domicilio social en la calle de la Virgen,

1, entrada derecha, teléfono 230995. Allí están las puertas abiertas a todas las mujeres que necesitan apoyo e información sobre un tema de vital trascendencia, como es el de amamantar a los propios hijos.

—Así se podrá evitar en muchas ocasiones —dicen— recurrir al biberón, que está muy bien donde está, pero supérfluo muchas veces. Así intentamos propiciar el adecuado desarrollo psicofisiológico a la madre y el niño.

Las actividades asociativas son múltiples y diversas. Además del ciclo de conferencias, ya comentado, se realizan trabajos de investigación y se está elaborando un libro sobre el tema. También hay programados cursos de formación, que se iniciarán en octubre próximo. Por otra parte, se han establecido guardias todos los martes, de cuatro a cinco de la tarde, en el centro asociativo, con el fin de atender las consultas relacionadas con los días que persigue la propia asociación.

La lactancia materna está recuperando su vigencia, que



Amamantar a los hijos es la más noble tarea de una madre nunca debió perder, máximo al ser considerada necesaria desde los puntos de vista médicos y de relación afectiva entre la madre y el recién nacido.

Noticia 2: Diario "Heraldo de Aragón" 4/03/1990

Vía Láctea denuncia las agresiones a la mujer durante la maternidad

Alfonso Zapater

CONTRAPORTADA

4 DE MARZO DE 1991

HERALDO DE ARAGÓN

La asociación de Madres Vía Láctea promueve los derechos de la mujer enfocando la lactancia como una tarea básica para controlar cada cual su propio cuerpo. Su carácter cultural y social le hace sobrepasar el aspecto meramente sanitario y denuncia las agresiones que sufre la mujer durante la maternidad. Esta asociación, creada en Zaragoza, cuenta con representantes de la Liga Internacional de la Leche, organización mundial con más de 40.000 grupos, presente en cuarenta y tres países, y es miembro así mismo de IBFAN (International Baby Food Actio Network)

La idea surgió de un grupo de madres empeñadas en recuperar la lactancia como el medio más natural y conveniente de amantar a sus hijos.

El grupo fue creciendo, andando el tiempo, hasta convertirse en la Asociación de Madres Vía Láctea para trabajar « madre a madre de mujer a mujer, prestando apoyo e información a toda aquella que lo solicite ». Se lamentan de los obstáculos que se han ido encontrando en el camino, por falta de comprensión. Muchos no entienden el verdadero carácter sociocultural de la asociación, que no se limita únicamente al aspecto sanitario, con ser éste importante, ni a la simple relación maternidad-hospital.

-En las facultades y escuelas universitarias-alegan- la lactancia no se trata. Son pocos los profesionales sanitarios conocedores de la técnica y el arte de amamantar. Antaño esta labor correspondía a las abuelas, a madres, mujeres en general, y hoy no acaba de ser asumida por sanidad.

Vía Láctea desafía la promoción comercial de los modelos de consumo y une los derechos de la mujer con los de sus hijos; así contribuye a la lucha de las mujeres por un paro temporal pagado y por el acceso de sus hijos durante el horario de trabajo.

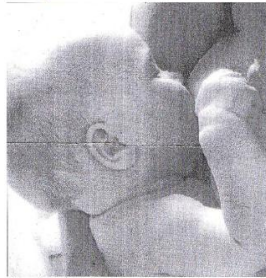
Las bajas no son concedidas de acuerdo a la ley

Denuncian las agresiones que sufre la mujer durante la maternidad.

Las bajas maternales dicen no son concedidas de acuerdo a la ley. Luego se procede a la reducción de jornada laboral con horarios d castigo, como pueden ser los turnos de noche. Por tanto, las madres separadas, solteras, madres que viven solas, están desamparadas e injustamente maltratadas. En muchos casos, la pérdida del puesto de trabajo al nacer el hijo se aprovecha por los empresarios para el despido.

En igual medida denuncian lo que sucede en el ambiente sanitario, el que se aparte al bebé de la madre, al nacer, para llevarlo a los nidos; las rutinas hospitalarias y rigideces horarias durante la estancia de la madre en el centro, a la hora de dar de mamar al niño; el suministro de biberón glucosado; la escasa o nula preparación de los profesionales en el tema de la lactancia, aconsejando de manera errónea sobre el arte de amamantar, el uso y

abuso de técnicas publicitarias enmascaradas en forma de obsequios a las madres en ambulatorios, hospitalarias y rigideces horarias durante la estancia de la madre en el centro, a la hora de dar de mamar al niño, con la entrega de muestras de leche artificial (práctica prohibida por la ley); la falta de información a la mujer durante el embarazo sobre las técnicas, proceso fisiológico de la lactancia y el arte de amamantar.



La lactancia cambia el comportamiento y el proceso psicológico y para ser substituido debe basarse en el estímulo que se recibe.

-Son agresiones y carencias que nosotras, las propias mujeres, - señalan- debemos empezar por resolverlas y denunciarlas. Desde nuestra asociación, defendemos y apoyamos a la mujer durante un tiempo (gestación, parto y lactancia) en que está doblemente marginada como mujer y como madre.

Reconocimiento a nivel internacional

También se lamentan de haber perdido el instinto, por lo que deben recuperarlo transmitiendo de mujer a mujer el correspondiente aprendizaje.

-¿Cabe considerar que el único fundamento en la vida de las mujeres es la maternidad?

-No queremos volver a esos tiempos, pero tampoco creemos que la maternidad sea algo desfasado, «un estorbo» en la realización y aspiraciones de la mujer. Por lo demás, en este aspecto, el amamantamiento es un proceso psicosexual y para ser satisfactorio debe basarse en la confianza y en la autoestima. En este sentido, la tarea que

desempeña Vía Láctea está reconocida en otros lugares del mundo y es recomendada por los profesionales sanitarios. Nuestra asociación se encuentra entre las primeras de España y esto debería considerarse un orgullo para Zaragoza y Aragón, contar con un grupo de mujeres, que sin ánimo de lucro, prestan un servicio a la mujer.

-¿Qué han de hacer aquellas que deseen ponerse en contacto con ustedes?

-Llamarnos a cualquiera de estos dos teléfonos, el 322803 o el 349920, o bien escribimos al apartado de correos, 11181-

-¿Actividades propias de la Asociación?

-Impartimos charlas sobre maternidad en general. Es necesario divulgar que hoy son las madres más cultivadas las que amamantan en mayor número, en tanto que las menos favorecidas se ven forzadas a la lactancia artificial.

Se consideran dentro del área de cultura

Siguen adelante sin otra ayuda ni subvención que su propio esfuerzo.

De hecho se consideran dentro del área de cultura, aunque los responsables de los departamentos correspondientes no lo entiendan así, salvo raras excepciones.

-La maternidad-afirman-es la máxima expresión de la cultura biológica, y se ve infravalorada y marginada. A la mujer se le ha arrebatado su propio cuerpo, ha perdido su autonomía, delega su embarazo en los «profesionales» y vive su parto como una «enfermedad», y al llegar el momento de amamantar ya no puede más y acude en busca de lo que le ofrece la sociedad de consumo, que le anula la capacidad para sentirse segura de su propio cuerpo para criar a su hijo. Así el parto, siendo la más sublime de las experiencias humanas compartibles, se ha convertido en la afirmación del poder masculino sobre el cuerpo de la mujer.

-¿La cultura puede cambiar esta situación?

-Sí, porque se impone a la biología. Vía Láctea está por la tarea de culturizar en un auténtico sentido para recuperar la unidad perdida. Dolor y placer dependen del aprendizaje cultural. Nuestra cultura nos ha arrebatado el placer de ser madres, y Vía Láctea persigue recuperarlo con un sentido más completo de la cultura.

Por eso importa que se abran muchas puertas que ahora permanecen cerradas

ANEXO I B

NOTICIAS DE PRENSA LOCAL REFERIDAS A LAS ACTUACIONES ORGANIZADAS POR LOS GALM DE LA REGIÓN DE MURCIA OBJETO DE ESTUDIO

Se recopilaron un total de noticias relacionadas con la actividad de los GALM estudiados, publicadas en prensa local (digitalizadas) entre los años 2005 y 2013. De ellas se han seleccionado por su interés 10 noticias de prensa. Los criterios de selección utilizados han sido:

- Variedad de GALM protagonistas
- Año de publicación
- Variedad de actuación (tetadas públicas, charlas, actos de la SMLM, talleres en centros educativos, encuentros de grupos, y celebración de Congresos)

Noticia 3: Diario “20 minutos” 27/6/2005

56.000 firmas para pedir la baja maternal de 6 meses

Una antigua reivindicación de los grupos pro lactancia consigue movilizar a miles de personas, **en apenas 20 días, a través de Internet**

T. Ros/ D. Sánchez. 27.06.2005 - 01:30h

Hace dos semanas y media, Irene Balsalobre, presidenta de Lactando (un grupo de apoyo a la lactancia materna), comenzó a recoger firmas a través de www.petitiononline.com para pedir al Gobierno que amplíe la baja de maternidad, al menos, a seis meses. Esta iniciativa, que apoya la Federación Española de Grupos ProLactancia, ya ha recibido más de 56.000 firmas de apoyo (hombres y mujeres).

En la actualidad, la baja por maternidad en España es de 16 semanas. Las 6 primeras las tiene que disfrutar la madre y el resto, se las pueden repartir ambos progenitores.

A falta de saber si la nueva propuesta será viable, la responsable de política de género de Comisiones Obreras, Maite Garabieta, reconoce que los sindicatos aún no han conseguido nada en su lucha por ampliar la baja a 5 meses: «Es complicado que se apruebe, aunque la medida es necesaria». Además, Garabieta insiste en que la implicación paterna en el ámbito familiar es imprescindible.

Dinos qué opinas en ... www.20minutos.es

Noticia 4: Diario “La Verdad” (Murcia) 8/10/2006

Domingo, 8 de octubre de 2006

MURCIA

LA VERDAD

MURCIA

Un sorbo de vida

Un centenar de madres dieron el pecho a sus hijos en la calle conmemorando la Semana de la Lactancia Materna

M. DE LA VIEJA/MURCIA

En la plaza de Santo Domingo se concentraron ayer casi un centenar de madres con sus hijos lactantes. Había niños con tan sólo unos días de vida y bebés de tres años cogidos con fruición al pecho de sus respectivas madres. En los rostros de madres y niños se apreciaba un gesto de serena felicidad. Los pequeños porque estaban saciando su apetito con el mejor y más saludable de los alimentos, el que la sabia naturaleza dispone para ellos.



EN LA GLORIA. Los pequeños se alimentan de la leche materna en la plaza de Santo Domingo. / JUAN LEAL

Las madres porque sentían que estaban haciendo lo mejor por la salud de sus hijos y estableciendo con ellos una corriente de afectividad que los mantendrá unidos para siempre.

Imprimir

Enviar

Publicidad

Los grupos de apoyo a la lactancia materna y crianza de la Región organizaron ayer esa actividad, con motivo de conmemorar la Semana Mundial de la Lactancia Materna. De todas formas, en las localidades de Puente Tocinos, Molina de Segura, Mar Menor, Lorca, Cartagena y Murcia hay grupos que organizan actividades durante todo el año.

Noticia 5: Diario “La Verdad” (Murcia) 28/10/2007

laverdad.es Murcia

CLIC

En pro de la lactancia materna

28.10.07 -

En un ambiente de alegría y convivencia, más de 200 madres y padres se dieron ayer cita en Yecla, para participar en el II Encuentro de Grupos de Apoyo a la Lactancia Materna, organizada por la Asociación Pro-Lactancia Materna Vínculo.



ENSEÑANZA. Un padre muestra a su bebé varias fotografías de lactancia materna. / CARMEN ORTÍN.

Noticia 6: Diario “La Verdad” (Murcia) 7/10/2007

laverdad.es Murcia

MURCIA

Un centenar de madres reivindica los beneficios de la lactancia materna

07.10.07 - EFE

Un centenar de madres participaron ayer en la plaza de Santo Domingo de Murcia en la concentración convocada para dar de mamar a sus hijos, en una iniciativa enmarcada en la Semana Mundial de la Lactancia Materna.

Según fuentes de la Asociación de Matronas, que organiza estos actos, junto a otros organismos, el pasado año se dieron cita en esta convocatoria unas 70 mujeres murcianas, que dieron el pecho a sus hijos en público para reivindicar, como en esta segunda ocasión, los beneficios de la lactancia materna. La concentración tuvo lugar entre las 12 y 14 horas. Por la tarde se repartieron folletos informativos sobre la lactancia y se celebraron juegos para los niños y actividades destinadas a toda la familia.

Esta Semana Mundial de la Lactancia Materna se celebra en 2007 bajo el lema La primera hora es importante, y con él llaman a que se alimente al recién nacido en esos primeros minutos de vida «porque ayuda a reducir la pérdida de sangre de la madre después del parto, estimula la subida de la leche, y refuerza el vínculo entre la madre y el hijo». En la Región de Murcia existen siete grupos de apoyo a la lactancia materna y un hospital, el Virgen del Castillo de Yecla, con la distinción de Hospital amigo de los niños por su apoyo a este tipo de alimentación.



A MAMAR. Una madre alimenta a dos niños a la vez durante el acto celebrado ayer en la plaza de Santo Domingo de Murcia. EFE

Noticia 7: Diario “La Opinión” (Murcia) 5/03/2009

Viernes 06 de marzo de 2009

laopinióndemurcia.es » Murcia



Talleres sobre las ventajas de dar el pecho

10:14 ☆☆☆☆☆



Tweet 0

Recomendar 0

La Asociación Liga de la Leche de Murcia viene promoviendo la lactancia materna entre las murcianas con diversas actividades. Así, han realizado talleres y cursos para mostrar los beneficios que tiene para el desarrollo del niño recibir leche natural y no la artificial de venta en farmacias.



Talleres sobre las ventajas de dar el pecho L. O.

Noticia 8: Diario “La Opinión” (Murcia) 17/10/2010

Semana de la Lactancia

Dar el pecho previene el cáncer en la madre y el alzhéimer en el hijo

La asociación Lactando recuerda los beneficios de la lactancia materna y entrega los premios de su III Concurso Fotográfico

04:00 ☆☆☆☆☆



A. GARCÍA Los beneficios de la lactancia materna son innumerables y así lo han difundido desde la Asociación Lactando de Murcia en los últimos días con motivo de la celebración de la Semana Mundial de la Lactancia Materna. «Dar el pecho tiene beneficios para toda la familia», afirmó ayer la presidenta de la asociación, Rocio Martín-Gil, quien destacó que «en la madre hay menos riesgo de depresión postparto, de cáncer ginecológico y de mama, así como de artritis y diabetes». Pero a esto también se unen las ventajas que tiene para el niño ser alimentado con la leche de su madre y no con una artificial, ya que se reduce la posibilidad de que desarrolle obesidad y alzhéimer en la edad adulta y ayuda en el desarrollo del cerebro.



El Paraninfo de la Universidad de Murcia acogió la entrega de premios del III Concurso Fotográfico Lactando y la conferencia de la doctora Rosa Jové. FRAN BÉCARES

NOTICIAS RELACIONADAS

- * Seminario del doctor Carlos González. Murcia
Galería: Semana de la Lactancia Materna

Martín-Gil hizo hincapié en que los niños que no son amamantados tienen más intolerancias alimentarias, más infecciones, problemas gastrointestinales y están más expuestos a sufrir una muerte súbita que aquellos a los que se les da el pecho. Así, la presidenta de Lactando indicó que la leche materna es más natural que cualquier otra y que «el propio cuerpo de la madre ejerce como depuradora eliminando los contaminantes que pueden tener algunos de los alimentos que hubiera consumido, como pesticidas, y al niño le llega un alimento sin toxinas».

www.laopiniondemurcia.es/murcia/2010/10/17/dar-pecho-previene-cancer-madre-alzheimer-hijo/277006.html

Noticia 9: Diario “La Verdad” (Murcia) 3/10/2010

MURCIA

Cien familias reivindican la lactancia materna y la crianza en brazos

03.10.10 - 00:49 - LA VERDAD | MURCIA.

Un centenar de familias murcianas se sumaron ayer a la 'fiesta' de la lactancia materna. En la plaza de Santo Domingo, un grupo de madres dio de mamar a sus hijos para reivindicar esta forma natural de alimentar a los niños, que la Organización Mundial de la Salud recomienda que se inicie media hora después del parto.

Este año, el programa de actos también sirve para reivindicar la crianza en brazos. Así, se han organizado dos marchas a pie, los próximos días 7 y 10, desde Santo Domingo hasta el Malecón, en las que los padres dejarán a un lado los carritos y portarán a sus hijos en bandoleras y tomados. Defienden que de esta forma se estrechan los vínculos afectivos. Las actividades se completan con una exposición de fotos, y con las charlas de Rosa Jové Montanyola, titulada 'La crianza feliz' (día 15); y de Carlos González Rodríguez, sobre 'Las necesidades afectivas de los niños' (día 22).

Noticia 10: Diario "La Opinión" (Murcia) 17/10/2011

Semana de la Lactancia Materna

Tetada pública en Santo Domingo

04:00 ☆☆☆☆☆



Tweet 2

Recomendar 3

ANA GARCÍA Reunidas para dar el pecho. Eso es lo que hicieron ayer medio centenar de madres en la tetada pública, como ellas mismas lo definen, que se celebró en la plaza de Santo Domingo de Murcia, mujeres entre las que se encontraban Rocío, María, Clara o Laura, y que cargaban a sus hijos en brazos para concienciar a la población sobre la importancia de la lactancia materna.



La cita logró reunir a medio centenar de mujeres con sus hijos. En primer plano, a la izquierda, una madre embarazada da el pecho a su hijo mayor. GLORIA NICOLÁ:

NOTICIAS RELACIONADAS

* **Las mujeres con mayor nivel educativo y social alargan más la lactancia. Murcia**

Algunos de los niños eran aún bebés que no se movían de sus capazos, pero otros, ya más crecidos, corrían detrás de los globos y jugaban entre ellos. Y es que no existe una edad para dejar de amamantar a un hijo, aunque los expertos recomiendan que se mantenga esta alimentación, al menos, hasta los dos años. Eso es lo que hará Virginia García, una de las mujeres que acudió ayer a la cita junto a su pequeño Mario, de poco más de cuatro meses. Esta madre tiene claro que le dará el pecho todo el tiempo que pueda. «Ya nos informamos antes de que naciera de los beneficios de dar el pecho y las propias amigas me han aconsejado que lo haga mientras pueda. Es lo mejor para ellos y para su salud», dijo.

La actividad de ayer se encuentra dentro de los actos organizados por la asociación Lactando, dentro de la Semana Mundial de la Lactancia Materna, con el fin de que las familias vean la lactancia como una parte fundamental de la alimentación de los niños y recordar a las madres que «trabajar y amamantar es posible», como indicó Rocío Martín, presidenta de la asociación.

<http://www.laopiniondemurcia.es/murcia/2011/10/09/tetada-publica-santo-domingo/3...>

Noticia 11: Diario "La Opinión" (Murcia) 6/10/2012

MURCIA

Tan natural como la vida misma

Una veintena de madres han participado esta mañana en una 'tetada' pública en la plaza de propiedades y beneficios de la leche materna

06.10.12 - 18:25 - LAVERDAD.ES | MURCIA



VÍDEO ▶

Reivindicar las propiedades y beneficios de la leche materna. Con este objetivo y un año más, alrededor de una veintena de madres con sus pequeños han participado esta mañana en una 'tetada' pública en la plaza de Santo Domingo, organizada por la Asociación Lactando de Murcia, coincidiendo con la Semana Mundial de la Lactancia Materna.

EDICIÓN: Águilas | Lorca

29/04/12 | ACTUALIDAD | 1 COMENTARIO

La Asociación Lactancia Feliz de Águilas será la anfitriona del congreso FEDALMA

Según palabras de Julia Sánchez Carrasco, presidenta del Grupo Anfitrión del noveno Congreso FEDALMA: “Son varios los motivos por los que han querido traer el Congreso a Águilas; el primero es que en la mitad sur de España todavía no se había celebrado un Congreso Fedalma.

Cada año una asociación miembro de FEDALMA se encarga de ser la anfitriona de este congreso eligiendo un lema en el que este grupo quiera hacer hincapié en el desarrollo del apoyo a la lactancia materna. Bajo este lema se desarrollan objetivos y se intenta implicar a otras organizaciones, personas y organismos en el proyecto.

En esta edición el lema es: “Lactancia materna: un compromiso social”

A través del mismo se pondrá de relieve la importancia de que toda la sociedad y todos los ámbitos se impliquen en la protección y apoyo a la lactancia materna, para que las familias, que así lo eligen, puedan ejercer su derecho a amamantar y a vivir positivamente esta experiencia.

La Federación Española de Asociaciones y Grupos pro Lactancia Materna (FEDALMA) organiza desde su fundación un Congreso anual que sirve de punto de encuentro para todas aquellas personas y organizaciones que en España trabajan para apoyar a las madres que deciden amamantar a sus hijos.

El Congreso cumple asimismo la función de proporcionar formación a las asesoras de lactancia, incorpora las últimas investigaciones sobre lactancia materna y ofrece espacios de reflexión y debate sobre la situación de la lactancia y el trabajo desarrollado por las asociaciones y grupos de apoyo como movimiento social en auge.

Anexo II

INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

ANEXO IIA. Hoja de registro

ANEXO IIB. Guión de Entrevista

ANEXO IIC. Cuestionario

ANEXO IIA

HOJA DE REGISTRO

Fecha: _____ Hora comienzo: _____ Hora final: _____

Grupo: _____ Lugar de reunión: _____

N.º Asistentes: (madres/ acompañantes)	
Coordinadora/as	
Organización de la reunión	
N.º de participaciones y tiempos	
Temas tratados	
Consultas de las madres	
Clima de la reunión - estrategias de escucha activa - expresión de sentimientos y motivos - expresión de distintas opiniones - espacio de intimidad	

ANEXO IIB. GUIÓN DE ENTREVISTA

ENTREVISTA PARA RESPONSABLES/COORDINADORAS DE GRUPOS DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA (GALM)

Categoría 1: Datos personales

1. Edad
2. Nivel de estudios
3. Ocupación
4. Personas que componen la unidad familiar (pareja, hijos, otros)

Categoría 2: Información sobre maternidad/lactancia

5. Lactancias de los hijos: meses de lactancia materna (LM) exclusiva y meses de lactancia materna complementaria
6. ¿Cómo ha sido su experiencia con la lactancia materna?
7. ¿Qué apoyos recibió en su lactancia?
8. ¿Quién le ayuda en el cuidado de los hijos?
9. ¿Recibió usted lactancia materna?
10. En caso afirmativo ¿Durante cuánto tiempo?
11. ¿Cómo ha adquirido su formación en lactancia materna?

Categoría 3: Relación con el grupo

12. ¿Cómo conoció la existencia de los grupos de apoyo a la lactancia materna?
13. ¿Desde cuándo participa en un GALM?
14. ¿Cuánto tiempo lleva asumiendo responsabilidades en un GALM?
15. ¿Qué le motivó a implicarse activamente en un grupo para ayudar a y apoyar a mujeres/madres en sus lactancias?

Categoría 4: Información sobre el GALM

16. ¿Cuándo nació el grupo?
17. ¿Cómo y por qué se gestó la idea de fundar un grupo de apoyo a la LM?
18. ¿Qué ideales y valores acompañaron a la creación del grupo?
19. ¿Cuáles son las funciones del GALM?
20. ¿Cómo se organiza y estructura el grupo?
21. ¿Qué actuaciones ha realizado el grupo desde su nacimiento?
22. ¿Qué actuaciones se mantienen hoy en día?
23. ¿Dónde se reúne el GALM?
24. ¿Con qué temporalidad se realizan las reuniones?
25. ¿Se preparan previamente las reuniones?
26. ¿Cómo se organizan las reuniones?
27. ¿Cuáles son los temas más tratados?
28. ¿Qué estrategias comunicativas y educativas se utilizan para el asesoramiento y el apoyo a las madres?
29. ¿Qué clima se genera en las reuniones?
30. ¿Cuál es el grado de participación de las mujeres?
31. ¿Cómo son las relaciones que se establecen en las reuniones?
32. ¿Se generan relaciones más allá de los espacios de reunión?

Categoría 5: Influencia del grupo en la salud y bienestar

33. ¿Qué cosas considera que aporta el grupo a las mujeres/madres que acuden a él?
34. ¿Considera que el GALM influye positivamente en el bienestar de las madres, sus bebés y su familia?
35. ¿En qué aspectos se evidencia esta influencia?
36. ¿Qué contribución crees que realiza el GALM a la salud y bienestar de la comunidad o entorno social cercano?

Categoría 6: Relaciones con la comunidad

37. ¿Mantiene el grupo relaciones con otros GALM?
38. En caso afirmativo ¿Se realiza algún tipo de iniciativa o proyecto común?
39. ¿Pertenece el grupo a alguna red local, regional o nacional?
40. En caso afirmativo ¿Qué implicaciones tiene para el grupo?
41. ¿Qué relación existe entre el grupo y los profesionales sanitarios del centro de atención primaria y/o hospital de referencia?
42. ¿Conocen estos profesionales la existencia del grupo?
43. ¿Recomiendan a las madres la participación en el GALM?
44. ¿Difunden las informaciones o campañas promovidas por el GALM?
45. ¿Apoyan la tarea del grupo?
46. ¿Mantiene el grupo alguna relación con profesionales socio sanitarios de otros ámbitos?
47. En el entorno social cercano (asociaciones locales de la mujer, vecinos, etc.), ¿conocen la existencia del GALM?
48. ¿Qué tipo de relaciones mantiene el grupo con éstos agentes de la comunidad?
49. ¿Recibe el grupo algún tipo de ayuda del Ayuntamiento u otra entidad local, regional o nacional?

Categoría 7: Experiencia de la mujer como responsable del GALM

50. ¿Cómo describiría su función en el GALM?
51. ¿Cómo se siente con su participación en el grupo?
52. ¿Qué le motiva a seguir implicándose en el grupo?
53. ¿Cómo vive su pareja su participación e implicación en el GALM?
54. ¿Y su familia?
55. ¿Qué cosas le ha aportado el GALM a su vida personal y familiar (como mujer/madre)?
56. ¿Considera usted que el GALM ha influido positivamente en su calidad de vida o en la de su familia?
57. ¿En qué aspectos concretos se evidencia esta influencia?
58. ¿Encuentra dificultades para seguir con este proyecto?
59. En caso afirmativo: ¿cuáles?
60. ¿Se considera una persona que influye positivamente en la salud de otros?

Categoría 8: Retos de futuro

61. ¿Qué perspectivas de futuro tiene respecto a su implicación en el GALM?
62. ¿Qué retos de futuro considera que se plantean para el GALM?

ANEXO IIC. CUESTIONARIO

Estimada amiga:

Solicitamos su colaboración, de forma voluntaria, para participar en un estudio que estamos realizando en las Facultades de Educación y Enfermería de la Universidad de Murcia, sobre los grupos madres de apoyo a la Lactancia Materna (LM) en la Región de Murcia. Señale, por favor, en cada pregunta la opción u opciones que considere más adecuadas. La información aquí recogida será utilizada exclusivamente para nuestra investigación preservando en todo momento el anonimato de las mujeres participantes.

Muchas gracias por su colaboración.

CUESTIONES

1. Edad: _____ años
2. Nivel de estudios:
 - Sin estudios
 - Estudios básicos (EGB, ESO)
 - Estudios medios (bachiller, técnico, técnico superior)
 - Estudios universitarios
 - Otros: _____
3. Ocupación: _____
4. Miembros de la unidad familiar con quien convive:
 - Marido/ pareja
 - Hijos
 - Padres/ suegros
 - Otros: _____
5. Nº de hijos: _____ Edades: _____
6. Lactancias de los hijos:

	1º hijo/a	2º hijo/a	3º hijo/a	4º hijo/a
meses de LM exclusiva				
meses de LM complementaria				
7. ¿Recibe ayuda en el cuidado de sus hijos?
 - No
 - Si ¿De quién?: _____
8. ¿Comparte con alguien las decisiones sobre la crianza de sus hijos?
 - No
 - Si ¿Con quién?: _____
9. ¿Recibió información/ formación sobre lactancia materna antes o durante el embarazo?
 - No
 - Si ¿De quién?: _____
10. ¿Recibió usted lactancia materna?
 - No
 - Si ¿Sabe por cuánto tiempo?: _____

11. ¿Qué le motivó a ponerse en contacto con un grupo de apoyo a la lactancia materna (GALM)?
- Problemas con la lactancia
 - Para compartir la experiencia de lactancia con otras madres
 - Para recibir información
 - Para recibir apoyo
 - Otros: _____
12. ¿Cómo se enteró de la existencia de este grupo?
- Por un profesional sanitario
 - Por amigas
 - Por un familiar
 - A través de la información de la web
 - A través de la información de folletos o carteles
 - Otros: _____
13. ¿Cómo contacto por primera vez con el grupo?
- A través de la web
 - Por teléfono
 - Acudiendo a una reunión
 - Otros: _____
14. ¿Cuánto tiempo lleva participando en el GALM?: _____ meses
15. ¿Suele ir acompañada a las reuniones?
- No
 - Si ¿Por quién?: _____
16. ¿Ha participado en alguna otra iniciativa organizada por el GALM?
- No
 - Si ¿Cuál?: _____
17. ¿Ha encontrado dificultades para participar en el GALM?
- No
 - Si ¿Cuáles?: _____
18. ¿Recomendaría a otras madres contactar con un GALM?
- No
 - Si ¿Por qué?: _____
19. ¿Mejoraría algo del grupo?
- No
 - Si ¿Qué aspecto?: _____
20. En un futuro, ¿le gustaría poder ayudar o apoyar a otras mujeres/ madres en sus lactancias?
- No
 - Si ¿Cómo?: _____

Valoración de la experiencia:

(Valore del 1 al 5, considerando el 1 como “no-nada” y el 5 como “muy- mucho”)

21. En relación a las reuniones: valore del 1 al 5 su satisfacción con:

- Horario de las reuniones 1 2 3 4 5
- Lugar de las reuniones 1 2 3 4 5
- Solución de problemas planteados 1 2 3 4 5
- Clima encontrado en el grupo (respeto, acogida, etc.) 1 2 3 4 5
- Relaciones establecidas 1 2 3 4 5
- Funcionamiento del grupo 1 2 3 4 5

22. ¿Qué he recibido del GALM? Valore del 1 al 5 el apoyo encontrado.

- Conocimientos sobre lactancia materna 1 2 3 4 5
- Conocimientos sobre otros aspectos de la crianza 1 2 3 4 5
- Habilidades prácticas sobre el amamantamiento 1 2 3 4 5
- Apoyo emocional 1 2 3 4 5
- Apoyo material/ instrumental 1 2 3 4 5

(préstamo de libros, sacaleches, portabebes, etc)

23. Tras mi participación el GALM, considero que:

- Me siento animada para seguir participando en el grupo 1 2 3 4 5
- Tengo más confianza en mi capacidad de amamantar 1 2 3 4 5
- Esta experiencia facilitará mi papel como madre 1 2 3 4 5
- Esta experiencia influirá positivamente en la salud de mi bebe 1 2 3 4 5
- Mejorará mi bienestar como mujer/ madre 1 2 3 4 5
- Mejorará el bienestar de mi familia 1 2 3 4 5

24. Describa brevemente qué le ha aportado el GALM en su vida personal y familiar:

25. Desea hacer algún otro comentario o aportación:

GRACIAS

ANEXO III. MODELO DE ENTREVISTA

INFORMANTE: MACARENA FECHA DE REALIZACIÓN: 26/06/2011

Te lo concedo gustosamente (consentimiento para ser grabada)

Edad: 35 años

Nivel de estudios: Universitarios, Licenciatura.

Ocupación: Matrona en centro de salud

Miembros unidad familiar: Mi marido, dos niñas, y yo

Mi hija mayor tiene cinco años y mi hija menor 14 meses.

A mi hija la mayor la he estado lactando hasta que ha cumplido cinco años, que hicimos un destete pactado, promovido por mi parte desde varios meses atrás. Y a la pequeña continuó lactando. Ellas han compartido lactancia un año y medio.

Pues; estupenda, maravillosa. No se, para mi ha sido un descubrimiento, algo que nunca me había planteado. Lo había visto como algo natural, que sí que haría, pero una vez puesta en ello ha sido un descubrimiento fantástico. Algo que me ha acercado mucho a mis hijas y que me ha permitido descubrir muchas cosas de mi misma.

El principal apoyo ha sido el de mi pareja. También he tenido mucho apoyo del grupo. Yo empecé a acudir a un grupo de apoyo cuando estaba embarazada, o sea que ese grupo de apoyo, ese grupo de mujeres fue un gran apoyo para mí. También un grupo de yoga, que curiosamente lo conformaban las mismas mujeres responsables del grupo de apoyo. Y, después, mi familia, mi madre, mis hermanos y mi familia política, sobre todo ellos porque me han respetado mucho.

Me ayuda mi marido.

Se que sí recibí LM, y mi madre recuerda que tres meses.

Soy enfermera y, además, desde hace poco soy matrona. Yo era enfermera cuando me quedé embarazada, y la verdad es que en la carrera se tocó muy de puntillas la lactancia materna. Fue a raíz de mi embarazo y de mi asistencia a los grupos de apoyo cuando empecé a formarme. A partir de ahí comenzó mi interés personal, de forma autodidacta, a través de lecturas de libros, de artículos, y luego asistiendo a cursos, congresos etc., de manera personal.

Conocí al grupo de apoyo a la LM a través de una de mis cuñadas que dio a luz diez meses antes que yo, ella con sus dos hijos anteriores había tenido una lactancia fallida y tenía mucho interés en dar de mamar a su tercera hija. Además sus dos anteriores hijos eran intolerantes a la lactosa y tuvo muchos problemas. Ella inicio la lactancia con mastitis, con problemas, y entonces contactó con un grupo de apoyo. Yo estaba embarazada y ella me informó que había una charla de parto natural, así que asistí a la charla. Ese fue mi primer contacto con la asociación. Luego me apunte a yoga para embarazadas y resulto que las responsables de uno de los grupos de la asociación iban también a yoga para embarazadas, y a partir de ahí fui yo también a las reuniones.

Participo desde hace seis años. Asumiendo responsabilidades desde octubre de 2006, o sea casi cinco años.

Yo asistí al grupo de XXX porque no había ninguno en el municipio de Murcia, había en varias pedanías, pero no en Murcia. Entonces, como me pareció tan importante la labor que se realizaba desde los grupos de apoyo, y como lo veía una necesidad en la etapa del postparto y de la lactancia, en la que las madres están tan perdidas, pensé en crear uno. Pensé que en mi ciudad tenía que haber algo donde las mujeres pudieran acudir y que no tuvieran que desplazarse. A raíz de ahí y, una vez que ya fui madre, empecé a implicarme más, me hice socia, y le dije a la junta directiva que me gustaría, que tenía intención de montar una sede en Murcia, y pase a formar parte de la junta directiva.

La filosofía del grupo es el apoyo mutuo entre mujeres, no solo la ayuda emocional en las lactancias que sí funcionan y se inician con normalidad, y que a pesar de ello necesitan apoyo, porque vas cansada, surgen dudas, y necesitas el apoyo y la compañía de otras mujeres para saber que todo es normal, sino también y sobre todo por aquellas mujeres que tenían problemas con la lactancia. Yo soy enfermera y veía que había un gran vacío en la asistencia sanitaria con esas mujeres, con esos problemas, y era una manera, desde mi posición de madre lactante, no como profesional, sino como madre, de ayudarlas y de orientarlas. A veces también como profesional, aprovechaba mi posición en el grupo, para orientarlas, porque a las mujeres tu les estas diciendo una cosa como madre y el pediatra otra, y al que hacen caso por supuesto es al pediatra porque es médico. Mucho por las mujeres que su lactancia funciona con normalidad pero también por las mujeres que tienen problemas y que querían lactar para que pudieran seguir con la lactancia.

Si, básicamente el apoyo mutuo de una igual a otra igual, el apoyo emocional, el poder decir a una madres; eso que te pasa es normal, es normal que los niños pidan cada hora o cada dos horas. Hablarles de la normalidad de la lactancia a demanda, de la normalidad del sueño infantil, que es diferente del adulto, los despertares nocturnos, el normalizar la lactancia nocturna, la práctica del colecho, siempre siguiendo las normas de seguridad. Porque todavía

en la sociedad se ve muy mal dormir con los hijos y todas nosotras que llevamos lactando mucho tiempo lo hemos logrado así, porque de otra manera es imposible porque iríamos muertas. Eso en cuanto al apoyo a la madre, la normalización de la lactancia y pautas de crianza. Además, ahora mismo el grupo de apoyo si cubre otras funciones como la solución de problemas de lactancia, pero yo, personalmente como profesional sanitario, creo que eso no es una función de los grupos de apoyo y que le estamos haciendo un gran favor al sistema de salud, porque le estamos quitando ese problemas de encima, porque muchos profesionales no tienen esa formación en lactancia materna y no saben solucionarlos. Creo que esa es función de los profesionales de salud. Nosotras estamos para apoyar, para acompañar a las mujeres, y para orientar lo mejor posible.

Nosotros pertenecemos a una asociación más amplia. Nuestro grupo hace reuniones de madres, una vez al mes. Hacemos charlas, bueno antes, íbamos a las clases de educación maternal y el día que tocaba la lactancia, pues íbamos, nos presentábamos, hablábamos de la función de los grupos de apoyo, y todo eso. También, eso lo seguimos haciendo, nos acercamos una vez al mes, al grupo de yoga para embarazadas que hay aquí en el barrio, y bueno y ya a nivel de asociación, todas las socias y responsables de las sedes, colaboramos en los actos que se hacen con motivo de la semana mundial de la lactancia materna, en las conferencias que hacemos a lo largo del año, las responsables de sede participamos de la junta directiva, entonces participamos en todo lo que se organiza en la región a lo largo del año.

Nuestra sede tiene tres vocales, y las tres tenemos voz y voto en la asociación. En nuestras reuniones nos solemos distribuir entre las mujeres para no estar juntas, y una de ellas se encarga de moderar la reunión para dar los turnos de palabra y que no se desmadre. Las otras dos, detectan si hay madres con problemas, que lo manifiestan en la reunión, para de manera personalizada atenderlas, ayudarlas y si fuera necesario derivarlas a un profesional sanitario.

Nos reunimos una vez al mes en el centro de salud.

Antes sí que había un tema del mes que era común para todas las reuniones de las sedes de la asociación para ese mes. Eran temas correlacionados, pero si por ejemplo el tema era la alimentación complementaria y a la reunión llegaban muchas mujeres embarazadas, pues no se hablaba de eso y acabábamos hablando de los primeros días. Simplemente estructurábamos un poco el tema, le dábamos la información de la OMS y de la AEP, un poco la información que manejen los organismos internacionales y nacionales competentes en la materia, hablábamos de nuestra experiencia, y luego las mujeres intervenían espontáneamente, y así la reunión se desenvolvía según quería el grupo. Pero últimamente, no se hace así, el tema es libre, cada uno llega y habla, y muchas veces las reuniones son para solventar los problemas de lactancia. Ahora una reunión se estructura de la siguiente manera;

las madres llegan, se sientan, siempre nos ponemos en círculo y los niños se ponen en medio con colchonetas en el suelo para jugar, entonces, la persona que va a llevar la reunión a modo de moderadora, se presenta, expone en que consiste la reunión, en que consiste la asociación, y entonces habla de su experiencia con la lactancia y luego pasan a presentarse las madres y explican porque han venido. Yo he venido porque estoy embarazada y quiero aprender, o yo he venido porque me han salido grietas en el pezón, y así.

Los temas van por rachas, pero se habla mucho de la normalidad en el número y frecuencia de las tomas, el sueño infantil también sale mucho, las tomas nocturnas, también mucho de problemas de grietas por malos agarres, de problemas de enganche, alguna mastitis también nos llegan. El grupo cada vez tiene más información, además cada vez hay más profesionales sanitarios dentro del grupo que colaboramos, entonces cuando hay problemas de lactancia pues somos nosotras quienes los abordamos. Yo soy matrona y, entonces, cuando hay un problema quien se dedica a solventarlos soy yo. Yo apporto mis conocimientos profesionales. También derivamos al hospital, a veces derivamos a la enfermera de lactancia del Hospital, que también nos conoce

Normalmente se practica la escucha activa, y esto es que la madre expone su problema y se le intenta devolver lo que ella ha dicho, para que ella misma encuentre la solución con una pregunta, a ver ella que piensa, o que consideraría más adecuado, o si está dispuesta a cambiar algo, o hacer otra cosa. Se intenta que sea así. Nosotras a nivel personal intentamos hacer algo de formación a nivel de consejería para llevar las reuniones de la mejor manera posible, poder orientar a las madres, acompañándolas sin imponerles nada. Aún así se le intenta dar la información que está fundamentada en la evidencia científica y se les explica por qué decimos o hacemos eso. Ya cada una según sus circunstancias personales que tome sus decisiones, o que sean otras mujeres las que les cuenten su experiencia.

Normalmente es un clima bueno. Nuestras reuniones son muy numerosas, son difíciles de llevar porque hay mucho barullo y al final las personas hacen grupillos, es lo normal, además, a veces van cuatro o cinco personas con problemas de lactancia importantes y tenemos que atenderlas. Pero, en general, es un clima bueno. También es verdad que, a veces, nosotras detectamos la necesidad de una mayor formación en consejería para que no se produzcan situaciones de tensión, porque hay mujeres que vienen con determinadas pautas de crianza que a veces son incompatibles con una lactancia a demanda y entonces, es difícil poder llegar a ellas.

Las mujeres participan en las reuniones y se contestan entre ellas. Al principio de la reunión, si que están más calladas pero conforme tú te vas callando y las vas dejando hablar, ellas participan más. Esperas unos segundos a ver si alguien espontáneamente quiere contestar y si no pues contestas tú.

A nivel mío personal, las relaciones son muy buenas. Yo he hecho amigas en el grupo de lactancia, amigas que ahora son íntimas. Y ellas pues también hacen amigas.

Ahora mismo no lo se, la verdad, yo te puedo hablar de mi experiencia personal. En mi caso sí se han establecido relaciones más allá del espacio de reunión. Yo me desvinculé del grupo cuando me hice matrona, me desvinculé de la participación activa, porque yo no quería ser la matrona del grupo, yo quería ser una mama más y dar el apoyo como yo lo entendía. Hubo un tiempo que me desvinculé más del grupo, salí de la junta directiva aunque seguía colaborando. La responsabilidad del grupo la tomaron dos compañeras, pero ahora, por circunstancias de la sede, me pidieron que me incorporara otra vez. Desde la asociación, se intentan hacer convivencias, varias al año, para que las socias se relacionen y de ahí salen relaciones de amistad.

Yo creo que el grupo aporta a las madres seguridad, ante todo seguridad, y la certeza de que están haciendo las cosas bien. También les aporta tranquilidad al ver que si tienen un problema de lactancia las cosas se pueden solucionar y la lactancia puede continuar con normalidad y ser algo agradable. Además acompañamiento y un sitio donde poder desahogarse con tranquilidad sin sentirse juzgadas.

Yo creo que sí influye en su calidad de vida. Se evidencia en muchas cosas porque en el momento en que tu a una madre le devuelves las riendas de su crianza y se siente segura, empiezan a sentirse fuerte. Tienen la información y no importa que alguien con bata blanca les diga que lo están haciendo mal. Ellas tienen información basada en la evidencia, saben que profesionales formados en lactancia materna están diciendo eso. Ellas vuelven a retomar las riendas de la crianza y alimentación de sus hijos, y al sentirse seguras, pues saben que lo que hacen está bien, que su hijo se está criando de forma adecuada, sana y feliz, y por tanto ellas son felices también. Después, también, las mujeres que tienen problemas con la lactancia, recuperan la esperanza, ven que hay alguien las entiende y que alguien las puede encaminar hacia la solución de su problema. Antes era, o dejo la lactancia, o sigo así, que lo estoy pasando fatal.

En el bienestar de la familia también influye porque en el momento que la mujer está bien puede empezar a comunicarse con su pareja. Es más fácil decirle; "mira esto es normal y necesito que me ayudes de esta manera", o puede decirle a su madre o a su suegra o a sus hermanas, que es eso lo que quiere hacer, que está segura. Creo que cuando ella se siente bien y segura con lo que hace, las demás personas empiezan a respetar su decisión y a verla feliz.

La verdad es que no hemos hecho ningún estudio aquí en el barrio sobre la influencia del grupo, además, aquí vienen muchas mujeres que no son de esta zona de salud. Yo no se si desde que este grupo está aquí han aumentado las tasas de lactancia o la duración. No se si los profesionales de la salud lo habrán hecho. Pero, entiendo que estas mujeres se encontraran mejor físicamente, bueno los beneficios que todos conocemos para ellas y para sus hijos, tendrán menos enfermedades y eso tendrá una influencia social. Menos residuos de basuras, menos gasto, etc. Bueno, a lo mejor las farmacias están algo más tristes.

Con respecto al resto de los grupos de la asociación sí que hay relación porque hacemos cosas juntas, nos conocemos, y cuando una no puede ir a su reunión puede ir otra de otra sede. Con respecto a otros grupos de lactancia, conocemos a algunas y hemos estado en muchas semanas mundiales, por lo menos en cuatro que yo me acuerde. Hemos hecho actos conjuntos con otros grupos, hemos ido juntas a reuniones de UNICEF y hemos estado yendo al hospital a visitar a las madres puérperas. En algunos casos no nos hemos conocido físicamente pero si hemos hablado por teléfono o nos hemos mandado correos.

Tenemos mucha mas presencia a nivel mediático, porque podemos hacer actos importantes en la semana mundial, más que otros grupos que son solo locales. Somos muchas más mujeres, bueno mujeres y hombres, trabajando por la lactancia. También estamos federadas por lo que tenemos relación con otros grupos de lactancia de fuera de la región. Las ventajas son más presencia y por lo tanto llegamos a un número mayor de mujeres.

Conocen a las responsables, por lo menos a dos de nosotras. Normalmente nos conoce el coordinador del centro de salud, que es con el que renovamos los permisos para reunirnos allí, y él a su vez pide el permiso al Servicio Murciano de Salud. En un principio queríamos vernos en la asociación de las mujeres de la flota, pero tuvimos problemas con ellas, no nos dejaron y por eso acudimos al centro de salud. Al principio de reunirnos, le solicitamos a él poder hacer una reunión para conocer a todo el equipo, médicos de familia, pediatras, matronas, etc. Para que conocieran quienes éramos, que es lo que íbamos a hacer. Siempre se les ha dicho que eran bienvenidos en nuestras reuniones. Aunque no se ha vuelto a hacer esa reunión.

La matrona nos deriva muchísimas embarazadas y, después, alguno de los pediatras también nos deriva madres. Gracias a algunas de las mamás del grupo, ellos se han formado en lactancia, han leído libros y, ahora, están dando buenos consejos de salud. Luego hay otros que no quieren saber nada y otros que están en contra.

Si, con la unidad de salud medioambiental del hospital, con ellos sí que hemos estado en contacto. Con el coordinador de formación continuada del hospital también porque en los cursos que organizan de capacitación en lactancia normalmente dejan algún hueco para las madres de los grupos de apoyo. Y después, algún contacto hemos tenido con periodistas a la

hora de difundir información, y también pues cada mama que está en el grupo pues aporta su profesión. Hemos tenido mamas que trabajan en la biblioteca, pues hemos organizado algo allí.

Ahora mismo no recibimos ayudas, la verdad. Sí que hemos pedido ayudas al Instituto de la mujer, a la Comunidad Autónoma, a la Consejería de Sanidad. Hemos colaborado a nivel institucional con el Instituto de la mujer en una campaña sobre lactancia y trabajo. Pero a nivel de colectivos o asociaciones de la zona, no. Ya te digo que tuvimos una mala experiencia al principio. Este verano que cierra el centro de salud por la tarde, si nos han concedido reunirnos en una sala de allí, pero porque la madre que lo ha solicitado es socia.

Mi función en el grupo ha evolucionado. Al principio era una mama que le daba pecho a su bebé y que tenía experiencia y formación. Era enfermera y por eso me sentía más segura, tenía experiencia con la educación para la salud y aunque no había llevado nunca grupos, me sentía mas suelta para hablar sobre hábitos saludables, para hablarles a las personas sobre hábitos sanos de alimentación. Al año de empezar me presenté al examen de matrona y empecé la residencia. Fue entonces cuenta me dí cuenta de que algo que no pretendía ser una charla, porque esto pretenden ser reuniones abiertas, terminaban siendo eso. Yo acaparaba con mi información, y todo porque yo era matrona y la gente me preguntaba. Las reuniones se estaban convirtiendo en un taller de lactancia y eso, para mí, no es un grupo de apoyo. Esa es la función que yo he rechazado, y por eso dí un paso atrás. Ahora sigo allí, pero cuando voy yo no intervengo, no digo que soy matrona, a no ser que haya algún problema o haya que mandar alguna medicación tópica, entonces sí.

Me siento muy satisfecha, es algo que a mi me hace sentir bien. Ver que llega una mujer fatal, hecha polvo, desconcertada, deprimida, que no sabe que hacer, no sabe si continuar con la lactancia, y que sale de allí con una sonrisa, con esperanza, y que sabe que te puede llamar cuando lo necesite, o sea que eres accesible, porque no hay gente accesible. Bueno eso me hace sentir satisfecha.

Lo que siempre me ha motivado, es lo que yo he recibido del grupo, que siempre me han apoyado y he tenido a una persona cuando lo he necesitado, cuando me he sentido flaquear. Eso ha sido para mí tan grande, y me ha aportado tanto en la lactancia de mis hijas que creo que se lo debo a otras mujeres.

Mi marido nunca se ha metido y me ha apoyado siempre. De hecho, yo no hubiera podido montar el grupo sin su apoyo porque alguien tenía que estar ahí, echándole un ojo a la cría. Él venía a las reuniones y estaba con mi hija, entonces solo tenía a la primera. Yo atendía consultas de lactancia por teléfono y llegó a ser algo muy presente en nuestras vidas. A él le llegó a angustiar, era mi trabajo y las consultas de lactancia, ir a los domicilios, hablar una hora

por teléfono. Llegó a ser algo angustioso y creo que eso fue también uno de los factores que me hizo echar un paso atrás.

Mi familia lo vive bien, están orgullosos y contentos. Ellos han tenido que cambiar también muchas concepciones. Yo se lo he mostrado como algo natural, como lo más normal del mundo, y ellos, pues, lo han visto así. Mi hija ha estado siempre conmigo y mi marido también, por lo que no ha interferido demasiado en mi vida familiar.

Yo creo que el empezar a participar en los grupos de lactancia me abrió la luz, para hacerme matrona. O sea, que a nivel personal el grupo me ha aportado muchísimo. A él le debo la profesión a la que me dedico ahora, porque gracias a mi participación estaba super formada y aprobé el examen, y gracias a ello hice la residencia. Estaba en contacto con mujeres lactantes y mujeres embarazadas, ya estaba allí realizando una labor. Luego también me ha ayudado a crecer mucho como persona, me hizo ver la maternidad como un proceso de crecimiento y a madurar mucho a nivel personal. Gracias al grupo empecé a interesarme por temas de crianza respetuosa y por otra forma de trato a los niños.

Sí, ha contribuido mucho. Yo he cambiado mi modo de alimentación, he cambiado mi estilo de vida, estoy buscando una casa para irme a vivir a la huerta. Además soy mucho más respetuosa con las personas. Gracias a la formación que tengo en consejería pues, respeto mucho más otros puntos de vista. Me ha servido para muchas cosas. (Fuera de la grabación, me comenta que los grupos han influido incluso en la forma de parir a sus hijas, la primera en una clínica de parto respetuoso y la segunda en casa)

La dificultad para mi es que soy matrona y este hecho interfiere para estar en relación bis a bis con las madres. Yo ahora quiero montar, como matrona, una consulta de postparto y crianza en mi zona de salud, en la que hablaremos de todo, pero en la que yo si soy consciente de que soy la matrona.

Yo creo que sí, claro.

Ahora mismo echar otra vez el paso atrás. Para mí es dificultoso porque cuando tu sabes que hace falta gente y que se cuenta contigo, pues me cuesta trabajo decir no, pero creo que es lo mejor y lo voy a tener que hacer de aquí a poco tiempo.

Para el grupo, pues no lo sé, yo te hablo de que voy a seguir colaborando. Mis compañeras son las que dirán que desean para el grupo. Ahora ella está muy ilusionada, está leyendo un montón de cosas, no solo de lactancia. Aquí empezas y no paras, no solo de lactancia, de parto, de crianza, etc. Ella va ahora al grupo de yoga, y está muy emocionado por eso yo la apoyo mucho, de hecho somos vecinas y amigas.

ANEXO IV: TABLAS ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Edad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	24	1	1,2	1,2	1,2
	25	1	1,2	1,2	2,4
	27	1	1,2	1,2	3,5
	28	3	3,5	3,5	7,1
	29	3	3,5	3,5	10,6
	30	4	4,7	4,7	15,3
	31	9	10,6	10,6	25,9
	32	12	14,1	14,1	40,0
	33	11	12,9	12,9	52,9
	34	11	12,9	12,9	65,9
	35	6	7,1	7,1	72,9
	36	6	7,1	7,1	80,0
	37	3	3,5	3,5	83,5
	38	4	4,7	4,7	88,2
	39	3	3,5	3,5	91,8
	40	2	2,4	2,4	94,1
	41	3	3,5	3,5	97,6
	43	1	1,2	1,2	98,8
	44	1	1,2	1,2	100,0
	Total	85	100,0	100,0	

Estudios

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	2	5	5,9	5,9	5,9
	3	25	29,4	29,4	35,3
	4	55	64,7	64,7	100,0
	Total	85	100,0	100,0	

Ocupación

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	5	5,9	5,9	5,9
administ	5	5,9	5,9	11,8
admtvo	1	1,2	1,2	12,9
ag.viaje	1	1,2	1,2	14,1
amacasa	3	3,5	3,5	17,6
arq.tec	1	1,2	1,2	18,8
arquitec	1	1,2	1,2	20,0
asescom	1	1,2	1,2	21,2
aux.enfe	2	2,4	2,4	23,5
auxadmin	1	1,2	1,2	24,7
auxenfer	2	2,4	2,4	27,1
banca	1	1,2	1,2	28,2
bibliote	1	1,2	1,2	29,4
biologa	1	1,2	1,2	30,6
cajera	1	1,2	1,2	31,8
casa	1	1,2	1,2	32,9
comercia	1	1,2	1,2	34,1
contable	1	1,2	1,2	35,3
criar	1	1,2	1,2	36,5
delinean	1	1,2	1,2	37,6
desemp	1	1,2	1,2	38,8
desemple	1	1,2	1,2	40,0
diseño	1	1,2	1,2	41,2
Ed.infan	1	1,2	1,2	42,4
edsocial	1	1,2	1,2	43,5
empresar	1	1,2	1,2	44,7
enfermer	2	2,4	2,4	47,1
escultor	1	1,2	1,2	48,2
estenfer	1	1,2	1,2	49,4
estudian	1	1,2	1,2	50,6
farmaceu	1	1,2	1,2	51,8
farmacia	1	1,2	1,2	52,9
florista	1	1,2	1,2	54,1
funciona	2	2,4	2,4	56,5
gerente	1	1,2	1,2	57,6
higdenta	1	1,2	1,2	58,8
limpiad	1	1,2	1,2	60,0
logopeda	1	1,2	1,2	61,2
madre	1	1,2	1,2	62,4
maestra	7	8,2	8,2	70,6
mamamare	1	1,2	1,2	71,8
medfam	1	1,2	1,2	72,9
Monitora	1	1,2	1,2	74,1

optometr	1	1,2	1,2	75,3
paro	2	2,4	2,4	77,6
profdanz	1	1,2	1,2	78,8
profesor	4	4,7	4,7	83,5
profFP	1	1,2	1,2	84,7
profpian	1	1,2	1,2	85,9
profsec	3	3,5	3,5	89,4
profuniv	1	1,2	1,2	90,6
secdir	1	1,2	1,2	91,8
supervis	1	1,2	1,2	92,9
t.social	2	2,4	2,4	95,3
tasadora	1	1,2	1,2	96,5
teclab	1	1,2	1,2	97,6
veterin	1	1,2	1,2	98,8
veterina	1	1,2	1,2	100,0
Total	85	100,0	100,0	

Unidad familiar

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	8	9,4	9,4	9,4
	2	76	89,4	89,4	98,8
	4	1	1,2	1,2	100,0
	Total	85	100,0	100,0	

Nº hijos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	4	4,7	4,9	4,9
	1	50	58,8	61,7	66,7
	2	21	24,7	25,9	92,6
	3	5	5,9	6,2	98,8
	4	1	1,2	1,2	100,0
	Total	81	95,3	100,0	
Perdidos	Sistema	4	4,7		
Total		85	100,0		

Edad del primer hijo (meses)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	5	5,9	6,6	6,6
	2	6	7,1	7,9	14,5
	3	3	3,5	3,9	18,4
	4	3	3,5	3,9	22,4
	5	4	4,7	5,3	27,6
	6	3	3,5	3,9	31,6
	7	2	2,4	2,6	34,2
	8	2	2,4	2,6	36,8
	10	4	4,7	5,3	42,1
	11	1	1,2	1,3	43,4
	12	2	2,4	2,6	46,1
	14	1	1,2	1,3	47,4
	16	1	1,2	1,3	48,7
	17	5	5,9	6,6	55,3
	18	1	1,2	1,3	56,6
	20	1	1,2	1,3	57,9
	23	1	1,2	1,3	59,2
	24	6	7,1	7,9	67,1
	28	1	1,2	1,3	68,4
	29	1	1,2	1,3	69,7
	30	1	1,2	1,3	71,1
	35	1	1,2	1,3	72,4
	36	4	4,7	5,3	77,6
	40	1	1,2	1,3	78,9
	42	1	1,2	1,3	80,3
	48	5	5,9	6,6	86,8
	54	1	1,2	1,3	88,2
	60	2	2,4	2,6	90,8
	66	1	1,2	1,3	92,1
	72	2	2,4	2,6	94,7
96	2	2,4	2,6	97,4	
132	1	1,2	1,3	98,7	
240	1	1,2	1,3	100,0	
	Total	76	89,4	100,0	
Perdidos	Sistema	9	10,6		
	Total	85	100,0		

Edad del segundo hijo (meses)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	2	1	1,2	3,6	3,6
	3	1	1,2	3,6	7,1
	4	2	2,4	7,1	14,3
	5	2	2,4	7,1	21,4
	6	1	1,2	3,6	25,0
	7	2	2,4	7,1	32,1
	9	1	1,2	3,6	35,7
	10	2	2,4	7,1	42,9
	17	1	1,2	3,6	46,4
	18	1	1,2	3,6	50,0
	19	2	2,4	7,1	57,1
	20	1	1,2	3,6	60,7
	24	6	7,1	21,4	82,1
	60	2	2,4	7,1	89,3
	72	1	1,2	3,6	92,9
	96	1	1,2	3,6	96,4
	180	1	1,2	3,6	100,0
	Total	28	32,9	100,0	
Perdidos	Sistema	57	67,1		
Total		85	100,0		

Edad del tercer hijo (meses)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	4	1	1,2	16,7	16,7
	7	1	1,2	16,7	33,3
	36	1	1,2	16,7	50,0
	54	1	1,2	16,7	66,7
	72	1	1,2	16,7	83,3
	168	1	1,2	16,7	100,0
	Total	6	7,1	100,0	
Perdidos	Sistema	79	92,9		
Total		85	100,0		

Edad del cuarto hijo (meses)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	7	1	1,2	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	84	98,8		
Total		85	100,0		

LM exclusiva del primer hijo (meses)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	4	4,7	5,8	5,8
	1	5	5,9	7,2	13,0
	2	5	5,9	7,2	20,3
	3	5	5,9	7,2	27,5
	4	5	5,9	7,2	34,8
	5	6	7,1	8,7	43,5
	6	26	30,6	37,7	81,2
	7	5	5,9	7,2	88,4
	8	4	4,7	5,8	94,2
	10	2	2,4	2,9	97,1
	12	1	1,2	1,4	98,6
	19	1	1,2	1,4	100,0
	Total	69	81,2	100,0	
Perdidos	Sistema	16	18,8		
Total		85	100,0		

LM exclusiva del segundo hijo (meses)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	2	1	1,2	3,8	3,8
	3	2	2,4	7,7	11,5
	4	2	2,4	7,7	19,2
	5	2	2,4	7,7	26,9
	6	12	14,1	46,2	73,1
	7	2	2,4	7,7	80,8
	8	3	3,5	11,5	92,3
	10	1	1,2	3,8	96,2
	19	1	1,2	3,8	100,0
	Total	26	30,6	100,0	
Perdidos	Sistema	59	69,4		
Total		85	100,0		

LM exclusiva del tercer hijo (meses)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	4	1	1,2	20,0	20,0
	6	3	3,5	60,0	80,0
	7	1	1,2	20,0	100,0
	Total	5	5,9	100,0	
Perdidos	Sistema	80	94,1		
Total		85	100,0		

LM exclusiva del cuarto hijo (meses)

		Frecuencia	Porcentaje
Perdidos	Sistema	85	100,0

LM complementaria del primer hijo (meses)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	1	1,2	2,0	2,0
	2	1	1,2	2,0	4,0
	4	1	1,2	2,0	6,0
	5	1	1,2	2,0	8,0
	6	1	1,2	2,0	10,0
	7	3	3,5	6,0	16,0
	8	5	5,9	10,0	26,0
	10	3	3,5	6,0	32,0
	11	1	1,2	2,0	34,0
	12	2	2,4	4,0	38,0
	14	1	1,2	2,0	40,0
	16	3	3,5	6,0	46,0
	17	3	3,5	6,0	52,0
	18	3	3,5	6,0	58,0
	19	2	2,4	4,0	62,0
	20	2	2,4	4,0	66,0
	23	1	1,2	2,0	68,0
	24	2	2,4	4,0	72,0
	25	1	1,2	2,0	74,0
	26	1	1,2	2,0	76,0
	27	1	1,2	2,0	78,0
	28	2	2,4	4,0	82,0
	29	1	1,2	2,0	84,0
	35	1	1,2	2,0	86,0
	36	3	3,5	6,0	92,0
	40	1	1,2	2,0	94,0
	42	1	1,2	2,0	96,0
	48	2	2,4	4,0	100,0
	Total	50	58,8	100,0	
Perdidos	Sistema	35	41,2		
Total		85	100,0		

LM complementaria del segundo hijo (meses)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	4	2	2,4	11,1	11,1
	7	1	1,2	5,6	16,7
	8	2	2,4	11,1	27,8
	10	1	1,2	5,6	33,3
	16	1	1,2	5,6	38,9
	17	1	1,2	5,6	44,4
	19	2	2,4	11,1	55,6
	20	1	1,2	5,6	61,1
	24	4	4,7	22,2	83,3
	26	1	1,2	5,6	88,9
	30	1	1,2	5,6	94,4
	48	1	1,2	5,6	100,0
	Total	18	21,2	100,0	
Perdidos	Sistema	67	78,8		
Total		85	100,0		

LM complementaria del tercer hijo (meses)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	23	1	1,2	33,3	33,3
	36	1	1,2	33,3	66,7
	54	1	1,2	33,3	100,0
	Total	3	3,5	100,0	
Perdidos	Sistema	82	96,5		
Total		85	100,0		

LM complementaria del cuarto hijo (meses)

		Frecuencia	Porcentaje
Perdidos	Sistema	85	100,0

Recibe Ayuda

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	22	25,9	28,6	28,6
	2	55	64,7	71,4	100,0
	Total	77	90,6	100,0	
Perdidos	Sistema	8	9,4		
Total		85	100,0		

Ayuda de la pareja

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	32	37,6	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	53	62,4		
Total		85	100,0		

Ayuda de un familiar

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	29	34,1	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	56	65,9		
Total		85	100,0		

Ayuda de una persona contratada

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	5	5,9	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	80	94,1		
Total		85	100,0		

Ayuda otros

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	4	4,7	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	81	95,3		
Total		85	100,0		

Decisiones

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	1	1,2	1,3	1,3
	2	78	91,8	98,7	100,0
	Total	79	92,9	100,0	
Perdidos	Sistema	6	7,1		
Total		85	100,0		

Decisiones con la pareja

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	76	89,4	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	9	10,6		
Total		85	100,0		

Decisiones con un familiar

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	5	5,9	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	80	94,1		
Total		85	100,0		

Decisiones con un profesional

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	1	1,2	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	84	98,8		
Total		85	100,0		

Decisiones con un GALM

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	2	2,4	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	83	97,6		
Total		85	100,0		

Decisiones con amigos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	3	3,5	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	82	96,5		
Total		85	100,0		

Decisiones otros

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	1	1,2	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	84	98,8		
Total		85	100,0		

Formación

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	14	16,5	16,5	16,5
	2	71	83,5	83,5	100,0
	Total	85	100,0	100,0	

Formación de la matrona

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	46	54,1	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	39	45,9		
	Total	85	100,0		

Formación del GALM

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	25	29,4	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	60	70,6		
	Total	85	100,0		

Formación de libros

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	20	23,5	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	65	76,5		
	Total	85	100,0		

Formación de familiares/amigas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	17	20,0	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	68	80,0		
	Total	85	100,0		

Formación web

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	6	7,1	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	79	92,9		
Total		85	100,0		

Formación otros

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	8	9,4	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	77	90,6		
Total		85	100,0		

Recibió LM

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	25	29,4	29,8	29,8
	2	59	69,4	70,2	100,0
	Total	84	98,8	100,0	
Perdidos	Sistema	1	1,2		
Total		85	100,0		

Tiempo (meses)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	9	10,6	16,7	16,7
	2	5	5,9	9,3	25,9
	3	18	21,2	33,3	59,3
	4	6	7,1	11,1	70,4
	5	1	1,2	1,9	72,2
	6	7	8,2	13,0	85,2
	7	1	1,2	1,9	87,0
	9	3	3,5	5,6	92,6
	12	1	1,2	1,9	94,4
	16	1	1,2	1,9	96,3
	24	1	1,2	1,9	98,1
	36	1	1,2	1,9	100,0
	Total		54	63,5	100,0
Perdidos	Sistema	31	36,5		
Total		85	100,0		

Motivo problemas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	36	42,4	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	49	57,6		
Total		85	100,0		

Motivo compartir experiencia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	30	35,3	96,8	96,8
	2	1	1,2	3,2	100,0
	Total	31	36,5	100,0	
Perdidos	Sistema	54	63,5		
Total		85	100,0		

Motivo información

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	52	61,2	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	33	38,8		
Total		85	100,0		

Motivo apoyo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	33	38,8	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	52	61,2		
Total		85	100,0		

Motivo otros

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	8	9,4	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	77	90,6		
Total		85	100,0		

Existencia por profesionales

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	39	45,9	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	46	54,1		
Total		85	100,0		

Existencia por amiga

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	33	38,8	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	52	61,2		
Total		85	100,0		

Existencia por familiar

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	7	8,2	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	78	91,8		
Total		85	100,0		

Existencia web

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	13	15,3	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	72	84,7		
Total		85	100,0		

Existencia folletos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	18	21,2	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	67	78,8		
Total		85	100,0		

Existencia otros

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	6	7,1	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	79	92,9		
Total		85	100,0		

Contacto

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	4	4,7	4,7	4,7
	2	18	21,2	21,2	25,9
	3	62	72,9	72,9	98,8
	4	1	1,2	1,2	100,0
	Total	85	100,0	100,0	

Tiempo participando (meses)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	20	23,5	23,8	23,8
	2	7	8,2	8,3	32,1
	3	3	3,5	3,6	35,7
	4	2	2,4	2,4	38,1
	5	6	7,1	7,1	45,2
	7	3	3,5	3,6	48,8
	8	4	4,7	4,8	53,6
	9	4	4,7	4,8	58,3
	11	4	4,7	4,8	63,1
	14	2	2,4	2,4	65,5
	15	2	2,4	2,4	67,9
	16	2	2,4	2,4	70,2
	18	2	2,4	2,4	72,6
	20	2	2,4	2,4	75,0
	21	1	1,2	1,2	76,2
	24	4	4,7	4,8	81,0
	30	1	1,2	1,2	82,1
	34	1	1,2	1,2	83,3
	36	3	3,5	3,6	86,9
	40	2	2,4	2,4	89,3
	48	5	5,9	6,0	95,2
	55	1	1,2	1,2	96,4
	60	2	2,4	2,4	98,8
	96	1	1,2	1,2	100,0
	Total	84	98,8	100,0	
Perdidos	Sistema	1	1,2		
Total		85	100,0		

Acompañada

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	60	70,6	71,4	71,4
	2	24	28,2	28,6	100,0
	Total	84	98,8	100,0	
Perdidos	Sistema	1	1,2		
Total		85	100,0		

Acompañada por pareja

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	12	14,1	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	73	85,9		
Total		85	100,0		

Acompañada por familiar

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	5	5,9	83,3	83,3
	2	1	1,2	16,7	100,0
	Total	6	7,1	100,0	
Perdidos	Sistema	79	92,9		
Total		85	100,0		

Acompañada por amiga

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	9	10,6	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	76	89,4		
Total		85	100,0		

Acompañada otros

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	1	1,2	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	84	98,8		
Total		85	100,0		

Participado

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	50	58,8	59,5	59,5
	2	34	40,0	40,5	100,0
	Total	84	98,8	100,0	
Perdidos	Sistema	1	1,2		
Total		85	100,0		

Participado en charlas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	23	27,1	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	62	72,9		
Total		85	100,0		

Participado en semana LM

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	10	11,8	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	75	88,2		
Total		85	100,0		

Participado en convivencias

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	9	10,6	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	76	89,4		
Total		85	100,0		

Participado otros

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	12	14,1	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	73	85,9		
Total		85	100,0		

Dificultades

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	84	98,8	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	1	1,2		
Total		85	100,0		

Recomendaría

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	2	85	100,0	100,0	100,0

Por apoyo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	48	56,5	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	37	43,5		
Total		85	100,0		

Por información

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	41	48,2	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	44	51,8		
Total		85	100,0		

Por compartir experiencia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	28	32,9	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	57	67,1		
Total		85	100,0		

Por otros

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	3	3,5	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	82	96,5		
Total		85	100,0		

Mejoraría

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	52	61,2	61,9	61,9
	2	32	37,6	38,1	100,0
	Total	84	98,8	100,0	
Perdidos	Sistema	1	1,2		
Total		85	100,0		

Más reuniones

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	5	5,9	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	80	94,1		
Total		85	100,0		

Más información

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	3	3,5	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	82	96,5		
Total		85	100,0		

Organización de las reuniones

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	4	4,7	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	81	95,3		
Total		85	100,0		

Horario

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	1	1,2	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	84	98,8		
Total		85	100,0		

Mejoraría otras

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	22	25,9	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	63	74,1		
Total		85	100,0		

Monitora/madrina

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	15	17,6	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	70	82,4		
Total		85	100,0		

Compartiendo experiencia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	65	76,5	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	20	23,5		
Total		85	100,0		

Concienciar profesionales/sociedad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	1	1,2	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	84	98,8		
Total		85	100,0		

Horario reuniones

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	3	12	14,1	14,1	14,1
	4	34	40,0	40,0	54,1
	5	39	45,9	45,9	100,0
Total		85	100,0	100,0	

Lugar reuniones

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	1	1,2	1,2	1,2
	2	3	3,5	3,5	4,7
	3	17	20,0	20,0	24,7
	4	29	34,1	34,1	58,8
	5	35	41,2	41,2	100,0
Total		85	100,0	100,0	

Solución de problemas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	3	6	7,1	7,1	7,1
	4	28	32,9	33,3	40,5
	5	50	58,8	59,5	100,0
	Total	84	98,8	100,0	
Perdidos	Sistema	1	1,2		
Total		85	100,0		

Clima

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	3	2	2,4	2,4	2,4
	4	17	20,0	20,0	22,4
	5	66	77,6	77,6	100,0
	Total	85	100,0	100,0	

Relaciones

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	2	1	1,2	1,2	1,2
	3	6	7,1	7,1	8,2
	4	30	35,3	35,3	43,5
	5	48	56,5	56,5	100,0
	Total	85	100,0	100,0	

Funcionamiento

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	2	1	1,2	1,2	1,2
	3	9	10,6	10,6	11,8
	4	34	40,0	40,0	51,8
	5	41	48,2	48,2	100,0
	Total	85	100,0	100,0	

Conocimientos en LM

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	2	1	1,2	1,2	1,2
	3	2	2,4	2,4	3,6
	4	18	21,2	21,4	25,0
	5	63	74,1	75,0	100,0
	Total	84	98,8	100,0	
Perdidos	Sistema	1	1,2		
Total		85	100,0		

Conocimientos en crianza

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	2	2,4	2,4	2,4
	2	2	2,4	2,4	4,8
	3	11	12,9	13,1	17,9
	4	24	28,2	28,6	46,4
	5	45	52,9	53,6	100,0
	Total	84	98,8	100,0	
Perdidos	Sistema	1	1,2		
Total		85	100,0		

Habilidad para amamantar

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	2	2	2,4	2,4	2,4
	3	9	10,6	10,7	13,1
	4	18	21,2	21,4	34,5
	5	55	64,7	65,5	100,0
	Total	84	98,8	100,0	
Perdidos	Sistema	1	1,2		
Total		85	100,0		

Apoyo emocional

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	2	2	2,4	2,4	2,4
	3	6	7,1	7,1	9,4
	4	11	12,9	12,9	22,4
	5	66	77,6	77,6	100,0
	Total	85	100,0	100,0	

Apoyo material

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	9	10,6	10,8	10,8
	2	6	7,1	7,2	18,1
	3	17	20,0	20,5	38,6
	4	22	25,9	26,5	65,1
	5	29	34,1	34,9	100,0
	Total	83	97,6	100,0	
Perdidos	Sistema	2	2,4		
Total		85	100,0		

Me siento animada

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	1	1,2	1,2	1,2
	2	1	1,2	1,2	2,4
	3	6	7,1	7,1	9,4
	4	25	29,4	29,4	38,8
	5	52	61,2	61,2	100,0
	Total	85	100,0	100,0	

Más confianza

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	1	1,2	1,2	1,2
	2	1	1,2	1,2	2,4
	3	5	5,9	6,0	8,4
	4	17	20,0	20,5	28,9
	5	59	69,4	71,1	100,0
	Total	83	97,6	100,0	
Perdidos	Sistema	2	2,4		
Total		85	100,0		

Facilita papel de madre

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	1	1,2	1,2	1,2
	3	9	10,6	10,7	11,9
	4	28	32,9	33,3	45,2
	5	46	54,1	54,8	100,0
	Total	84	98,8	100,0	
Perdidos	Sistema	1	1,2		
Total		85	100,0		

Salud del bebé

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	1	1,2	1,2	1,2
	3	3	3,5	3,6	4,8
	4	18	21,2	21,4	26,2
	5	62	72,9	73,8	100,0
	Total	84	98,8	100,0	
Perdidos	Sistema	1	1,2		
Total		85	100,0		

Bienestar como mujer

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	1	1,2	1,2	1,2
	3	4	4,7	4,8	6,0
	4	23	27,1	27,4	33,3
	5	56	65,9	66,7	100,0
	Total	84	98,8	100,0	
Perdidos	Sistema	1	1,2		
Total		85	100,0		

Bienestar familiar

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	1	1,2	1,2	1,2
	3	9	10,6	10,7	11,9
	4	31	36,5	36,9	48,8
	5	43	50,6	51,2	100,0
	Total	84	98,8	100,0	
Perdidos	Sistema	1	1,2		
Total		85	100,0		

**ANEXOS ADJUNTOS EN CD:
TRANSCRIPCIÓN DE LAS ENTREVISTAS**