

La culpa de las madres. Promover la lactancia materna sin presionar a las mujeres*

Maternal Guilt: How to Promote Breastfeeding without Pressure on Women

Ibone Olza
Departamento de Especialidades Médicas,
Facultad de Medicina
Universidad de Alcalá
ibone.olza@uah.es

Dolores Ruiz-Berdún
Universidad de Alcalá
lola.ruizberdun@uah.es

Stella Villarrea
Universidad de Alcalá
stella.villarrea@uah.es

ISSN 1989-7022

RESUMEN: La promoción de la lactancia materna se centra en los beneficios para la salud de los lactantes y sus madres. Este modelo ha sido tachado por algunas críticas feministas de paternalista y culpabilizador para las madres que no logran amamantar o prefieren no hacerlo. En el presente artículo se revisa el sentimiento de culpa en relación a la lactancia, así como los posibles factores que lo promueven. Por último, se plantea un modelo feminista de apoyo a la lactancia que reconozca la complejidad de la experiencia del amamantamiento, así como informar de sus beneficios y las numerosas dificultades a las que tienen que hacer frente las madres. Se recomienda abordar la naturaleza sexual de la lactancia, reivindicar el placer en el amamantamiento, cuidar la salud mental materna en el posparto, incluyendo a los padres, y promover políticas de apoyo a los cuidados de los bebés y sus madres desde el respeto absoluto y la formación independiente de los profesionales sanitarios son los objetivos de esta contribución.

ABSTRACT: Breastfeeding promotion traditionally focuses on the health benefits for infants and their mothers. This model has been dismissed by some feminist critics as paternalistic and blaming for mothers who fail to breastfeed or opt for formula feeding. This article reviews the feeling of guilt in relation to breastfeeding, as well as the possible factors that promote it. We propose a feminist model of breastfeeding support that recognizes the complexity of the breastfeeding experience, that reports its benefits and the many difficulties that mothers have to face. We recommend addressing the sexual nature of breastfeeding, to advocate for pleasure in lactating, to offer care for maternal mental health in the postpartum period, including fathers and to promote policies to support the care of infants and their mothers and the independent training of health professionals.

PALABRAS CLAVE: lactancia, culpa, feminismo

KEYWORDS: maternal guilt, breastfeeding support, feminism

1. Introducción

Tanto la organización Mundial de la Salud como la Asociación Española de Pediatría recomiendan que los bebés sean alimentados con leche de sus madres, de forma exclusiva, los primeros seis meses de vida, y a partir de ese momento y hasta al menos los dos primeros años, complementarla con la introducción paulatina de otros alimentos. La promoción de la lactancia materna se centra en difundir los beneficios para la salud tanto del lactante como de la madre, señalar los riesgos de los sucedáneos de fórmula derivada de leche de vaca frente a la leche materna y promover cambios en la asistencia sanitaria en torno al parto y nacimiento.

La Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños (IHAN) fue lanzada de manera conjunta por la OMS y UNICEF en el año 1991 para promover y apoyar la lactancia de manera global. En 2009 fue renombrada en castellano como Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN). La IHAN propone diez pasos para lograr incrementar la tasa de lactancia que van, entre otros aspectos, desde informar a las embarazadas de los beneficios del amamantamiento a no dar a los recién nacidos otros alimentos que no sean leche materna salvo indicación médica, fomentar el alojamiento conjunto o formar a los profesionales sanitarios en lactancia materna. Con ello también se pretende evitar la promoción comercial directa de las leches adaptadas a las madres, lo que cuida el código internacional de Comercialización de Sucédáneos de Leche Materna adoptado por la OMS desde 1981.

* Este artículo se ha realizado bajo los auspicios del Proyecto "Filosofía del nacimiento: repensar el origen desde las humanidades médicas (FILNAC)", FI2016-77755-R, Programa Estatal de Investigación, Desarrollo e Innovación Orientada a los Retos de la Sociedad, Ministerio de Economía y Competitividad, 2016-19, (AEI/FEDER/UE).



Pese a los esfuerzos realizados en los últimos años por instituciones varias y grupos de apoyo, el porcentaje de bebés que son amamantados los primeros seis meses de vida sigue siendo reducido, aunque la tendencia es al alza. En España se observa un aumento progresivo de las tasas de lactancia en los últimos años: un 66% de los bebés reciben leche de su madre a los tres meses, y se estima que un 46,9% de los bebés siguen recibiendo leche materna a los seis meses, aunque no se especifica en las estadísticas si es de forma exclusiva o parcial. Sin embargo, sólo una minoría de madres amamanta de forma exclusiva esos seis primeros meses. Según datos de la Organización Mundial de la Salud, las tasas más bajas a nivel mundial de lactancia se dan precisamente en Europa, donde sólo un 25% de los bebés siguen recibiendo leche materna a los seis meses y, de estos, sólo la mitad son amamantados de forma exclusiva¹.

La pérdida de la cultura del amamantamiento, con la introducción masiva de las leches de fórmula a mediados del siglo pasado y la incorporación de la mujer al mundo laboral fuera del hogar, hace que la mayoría de las mujeres que van a ser madres hoy en día no fueran amamantadas apenas por sus madres y que no hayan crecido con experiencias cercanas de lactancia. A pesar de todos los esfuerzos, son muchas las madres que no logran amamantar tanto como hubieran deseado y algunas expresan posteriormente un sentimiento agrí dulce o de culpa, que puede a su vez interferir negativamente en la relación con el bebé y/o en la autoestima materna. Tanto en los entornos sanitarios como en las redes sociales, a menudo se hace referencia a la “presión” que reciben las embarazadas y madres recientes para amamantar a sus bebés, como una de las principales causantes de ese sentimiento de culpa y sufrimiento emocional que muchas mujeres expresan haber tenido en su posparto. La alimentación de los bebés se ha convertido en un tema de debate social, que hace que las madres vivan con presión, culpa o vergüenza su decisión de alimentar a sus hijos con leche artificial o, también, de prolongar la lactancia pasados los dos primeros años.

2. Críticas feministas a la promoción de la lactancia

Desde los feminismos hay diversas perspectivas o posicionamientos acerca de la promoción de la lactancia, algunas aparentemente irreconciliables. Hay autoras que afirman que la promoción de la lactancia contribuye a incrementar el sentimiento de culpa de las madres y a potenciar la dicotomía entre buenas o malas madres, según amamanten o no a sus bebés. Este enfoque critica que la promoción de la lactancia sea una cuestión eminentemente médica, muy centrada en los beneficios de la leche para la salud, que deja de lado las experiencias de las madres. El eslogan “el pecho es lo mejor” ha sido tachado por algunas autoras feministas de moralizante y culpabilizador ya que, según ellas, lleva implícito el juicio negativo hacia las mujeres que optan por la lactancia artificial, el cual puede ir incluso acompañado de la acusación, velada o no, de no querer dar “lo mejor” a sus bebés (Wolf, 2007). Desde otras perspectivas feministas, por el contrario, se considera que la disminución de las tasas de lactancia como una forma de desempoderamiento de la mujer ejecutada desde la alianza del patriarcado y el capital y no como un logro feminista (Massó Guijarro, 2013).

Es interesante analizar las contradicciones socioculturales en torno a los pechos de las mujeres. Iris Young ya estudió la vivencia de crecer teniendo pechos, reconociendo la experiencia del cuerpo para las niñas y las mujeres, en una sociedad patriarcal que cosifica los pechos (Young, 2005). Según esta autora, en esta sociedad el pecho se ve como un objeto que satisface el deseo sexual del macho. Así, el valor que se les da a los pechos,

como objetos de deseo perfectos, dificulta otro tipo de vivencia, más centrada en los sentimientos y desde luego obstaculiza la lactancia. Young también señaló cómo en esta dicotomía a la mujer que amamanta es percibida cómo alguien desexualizado. La omisión de la dimensión sexual de la lactancia se reitera en la promoción de la lactancia, lo que también va a dificultar la experiencia.

La literatura feminista recoge hasta qué punto la culpa y la vergüenza son experiencias comunes de muchas mujeres e influyen enormemente en la decisión de como alimentar al bebé. Algunas autoras han analizado este fenómeno de la culpa en la lactancia y las experiencias de las mujeres desde la crítica al sistema médico tradicionalmente patriarcal. Según ellas, al incidir tanto en los aspectos nutricionales y mecánicos de la lactancia, en vez de en la experiencia de las madres, los profesionales perpetúan el paternalismo médico y la imagen de la buena madre que se sacrifica por completo por su bebé (Taylor & Wallace, 2012). Se pone casi todo el acento en la transferencia mecánica de la leche y en sus ventajas para la salud del bebé, lo que hace que algunas mujeres sientan que su pecho pertenece al bebé y no a ellas. Según estas mismas autoras, esta promoción centrada en la salud contribuye a separar o disociar el cuerpo de la experiencia maternal de amamantar (Young, 2005).

Las feministas también señalan cómo el poder médico perpetua la opresión de las mujeres. En las maternidades los clínicos son los expertos y, por ejemplo, en la atención al parto y la lactancia, aún se apoyan en la tecnología más que en la escucha a las experiencias de las madres. A pesar de los movimientos para recuperar el protagonismo de la mujer parto y la búsqueda de su empoderamiento, el sistema todavía considera muchas veces que las mujeres no saben tomar decisiones informadas de forma adecuada (Wolf, 2006). Incluso se constata a menudo que los profesionales sanitarios perciben a las madres que deciden no amamantar como más irracionales o poco informadas (Benoit, Goldberg, & Campbell-Yeo, 2016).

Según estas autoras, la promoción de la lactancia disminuye la autonomía y desempodera a las mujeres. Les quita además el estatus y la capacidad de decisión. Como ejemplo explican que, si sólo se informa a las madres de los beneficios de la lactancia materna y no se habla de la lactancia artificial, ni se explica cómo hacer un biberón, es como si se pensara que las mujeres no van a saber elegir lo mejor por sí mismas. ¿Qué elección se hace libre en un contexto de opresión patriarcal? (Benoit et al., 2016).

Joan B. Wolf, ante las campañas de promoción de la lactancia centradas en difundir los riesgos de la lactancia artificial, que comparaban el biberón con fumar durante el embarazo, se preguntaba si era ético provocar miedo y ansiedad a las madres para intentar que amamanten y cuestionaba las, según ella, presuntas ventajas de la lactancia materna, criticando la metodología de los estudios, en su opinión, poco rigurosos (Wolf, 2007). Para esta autora, la presión para amamantar se incluía en algo más amplio: la obligación de la "maternidad total". Una especie de código moral que presiona a las madres para que renuncien a su individualidad o queden relegadas a meras sirvientas, cuya tarea principal consiste en proteger a sus criaturas de todos los riesgos.

Amamantar, hoy en día, parece más difícil de lo que muchas madres imaginan o esperan. En un estudio con 1500 madres estadounidenses que expresaban su deseo de amamantar de forma exclusiva, tan sólo el 39% lo lograba a los dos meses (Gregory et al., 2015). Las que no habían logrado cumplir sus expectativas de lactancia tenían más riesgo de presentar sintomatología depresiva, lo que lleva a los autores a concluir lo importante

que es que los profesionales tengan presentes esas expectativas de las mujeres en la atención que ofrecen (Gregory et al., 2015). Los motivos por los cuales es tan bajo el porcentaje de madres que logran amamantar como desearían son numerosos y complejos, por eso es importante analizar la promoción que se está haciendo de la lactancia desde diversas ópticas, necesariamente multidisciplinares, que incluyan lo social y lo cultural.

En internet es posible encontrar foros de apoyo a madres con nombres tan elocuentes como "Alimentación con biberón libre de culpa" ("Guilt free bottle feeding"²). Suzanne Barston, fundadora del foro, cuenta en su libro, *Bottled up* (juego de palabras que viene a decir algo así como, "*harta del biberón*"), su frustrante experiencia con la lactancia y el enorme sentimiento de culpa que tuvo tras decidir pasarse a la lactancia artificial. El subtítulo del libro, *Cómo la manera en que alimentamos a los bebés ha llegado a definir la maternidad y por qué no debería ser así*, recoge la experiencia de muchas madres que han sentido dolor, pena, impotencia, frustración, culpa y vergüenza al intentar amamantar y/o al renunciar a ello, y optar por una lactancia mixta o directamente artificial.

Los trabajos señalan que las mujeres que sienten culpa al dar el biberón piensan que están haciendo daño a sus bebés (Thomson, Ebisch-Burton, & Flacking, 2015). Pocos estudios han analizado las experiencias de esas madres que optan por una lactancia mixta o artificial. En su estudio de seiscientas madres que alimentaban a sus bebés total o parcialmente con leche de fórmula, Fallon y col. encontraron que el 56% de ellas habían pensado durante el embarazo que amamantarían a sus bebés de forma exclusiva (Fallon et al., 2016). El 67% expresaban haber sentido culpa por dar el biberón. Un abrumador 76% sentían que tenían que defenderse o justificar su elección frente a otras madres o profesionales de salud. Pese a ello, el 67% se sentía satisfecha con su experiencia y 36% se sentían apoyadas por los profesionales. Sentían más culpa, y se encontraban peor, quienes querían dar el pecho y lo dejaban que quienes, desde un inicio, daban solo biberón. Pero estas últimas expresaban haber percibido más el estigma asociado a optar por la lactancia artificial (Fallon et al., 2016).

3. La culpa como síntoma depresivo

Algo que no se suele tener en cuenta es que el sentimiento de culpa por no amamantar puede ser un síntoma nuclear de depresión posparto, un trastorno altamente prevalente, que se estima padece, como mínimo, una de cada ocho madres en el año que sigue al parto. A veces la dificultad con la lactancia puede ser un síntoma o un desencadenante de la depresión: la relación entre depresión posparto y dificultades en la lactancia es bidireccional y compleja.

Las madres deprimidas tienen más riesgo de abandonar la lactancia (Taveras et al., 2003). La depresión incrementa el riesgo de cese de la lactancia por diversas vías. A nivel cognitivo dificulta el amamantamiento, al ser más probable que la madre no lo disfrute, que piense que su leche no es suficiente o que sienta dificultad para interactuar con el bebé (Dennis & Moloney, 2009; Stuebe et al., 2012 y 2014). La sintomatología ansiosa y depresiva puede hacer que la madre se preocupe obsesivamente por la salud del bebé, por la cantidad de leche que produce o por controlar las tomas con detallado registro escrito, lo que entorpece y dificulta la experiencia. Inversamente, las madres que tienen dificultades tempranas con la lactancia tienen más riesgo de deprimirse, sobre todo si tienen dolor al amamantar o grietas en los pezones, lo que sin duda contribuye al componente inflamatorio que ahora se considera causante de muchas depresiones. A su vez, el destete precoz es un factor de riesgo para el incremento de la ansiedad y la depresión mater-

nas, lo que seguramente tenga que ver con la caída brusca de algunas neurohormonas en el cerebro de la madre (Ystrom, 2012). También es destacable el efecto tan deletéreo que puede tener el parto en el inicio de la lactancia. Especialmente si el parto es intervenido, medicalizado o termina en cesárea, y si tras el mismo se mantiene a madre y bebé separados durante horas o incluso días, comenzar la lactancia va a ser sumamente difícil y frustrante. Esa separación del bebé en las primeras horas de vida es un estrés grande para el bebé, pero también para la madre. Cabe pensar si esa agresividad que se desencadena en las mamíferas cuando son separadas de sus crías no sea uno de los aspectos que subyacen en muchas depresiones posparto, donde la agresividad no puede ser exteriorizada (se supone que hay un médico que decide separar al bebé de su madre) pero si interiorizada en forma de culpa.

En un estudio cualitativo analizando las experiencias de madres que referían haber sufrido malestar emocional significativo en el posparto, las dificultades con la lactancia eran recurrentes. Para la mayoría de estas mujeres la lactancia se convertía en una batalla tras una experiencia de parto decepcionante. Muchas describían como esperaban que fuera mucho más sencillo, una madre decía que era *"lo más difícil que habían hecho en su vida"*. Estas madres decían que los profesionales les habían "informado" de las ventajas y beneficios de la lactancia, pero no les habían ofrecido apoyo práctico real ante las numerosas dificultades y dudas que tenían (Coates, Ayers, & de Visser, 2014).

En un estudio sobre la experiencia de la lactancia cuando se sufre depresión, una madre se expresaba así:

"La lactancia era muy importante para mí... Una enfermera me hizo sentir fatal. Básicamente me dijo que le estaba haciendo daño a mi bebe al no darle un suplemento. Mi cabeza no paraba de hacerme preguntas: Dios mío, ¿qué hago? ¿Seré una madre terrible? ¿Estoy matando de hambre a mi bebe?" (Olson, Holslander, & Bowen, 2014, 11).

El apoyo que brindan los profesionales en estos casos puede ser contraproducente, ya que pocas veces detectan o escuchan el sufrimiento materno. Algunos llegan a proponer que si la madre está deprimida deje la lactancia puesto que esto es una "carga o esfuerzo innecesario" sin comprender la dimensión del problema (Olza, Serrano Drowselsky, & Muñoz Labián, 2011). Wiessinger señala que llamar culpa a lo que sienten las madres cuando no logran amamantar no es correcto. Según esta autora lo correcto sería hablar de enfado, resentimiento y arrepentimiento o lamento (Wiessinger, 1996). Recoge así el sentir de muchas madres, que sienten que con un mejor apoyo por parte de los profesionales o de su entorno seguramente hubiera sido más fácil amamantar y prolongar la lactancia tal y como deseaban. Según esta autora hay que hablar de que la lactancia no es lo mejor sino lo normal, hay que informar de los riesgos de las fórmulas adaptadas, pero sobre todo hay que comprender que apoyar la lactancia es tarea de toda la sociedad y no sólo de cada madre.

Aunque en la promoción de la lactancia se describe esta como una experiencia íntima y satisfactoria, lo cierto es que muchas mujeres no lo viven así. Para algunas amamantar es doloroso o desagradable. Las mujeres que tuvieron abusos sexuales o emocionales en la infancia pueden tener flash-backs, recuerdos intrusivos de las experiencias de abusos, que hacen que la lactancia les resulte especialmente difícil o que directamente opten por no amamantar (Kendall-Tackett, 1998). Las madres que tienen antecedentes de trastorno de conducta alimentaria, anorexia o bulimia también expresan dificultades mayores con la alimentación del bebé que pueden ser obstáculo añadido para la lactancia (Torgersen et al., 2010). Por eso es clave detectar y acompañar a estas madres desde el embarazo,

ofreciendo información sobre los beneficios de la lactancia, pero también nombrando todo este abanico de experiencias emocionales, como veremos más adelante.

Más recientemente se ha descrito la desagradable sensación al amamantar que experimentan algunas madres, que puede a su vez generar rechazo a dar el pecho o al bebé³, como un posible indicador de desregulación neurohormonal (Watkinson, Murray, & Simpson, 2016).

Por último, resulta importante recordar que hay un pequeño porcentaje de mujeres para las que la lactancia exclusiva va a ser casi imposible, porque tienen hipogalactia, o esta va a estar contraindicada, por ejemplo, si precisan tratamiento antineoplásico. Es importante tener presente las voces de estas madres a la hora de promover la lactancia, escuchando sus vivencias.

4. ¿De quién es la culpa? Medicina paternalista y sociedad consumista

Algunos profesionales sanitarios aluden al miedo a culpabilizar como razón para no incidir en la promoción de la lactancia. Myriam Labbok analiza este argumento de los profesionales que no promocionan la lactancia para no incrementar el sentimiento de culpa de las madres. En su artículo, "Exploración de la culpa en las madres que no amamantan: el rol de los médicos", analiza la responsabilidad que tiene los médicos y profesionales sanitarios, así como la sociedad en su conjunto, en que tantas mujeres no logren amamantar tanto como deseaban o esperaban (Labbok, 2008). Para esta autora la lactancia es un derecho de la madre, pero, sobre todo, del bebé (Labbok, 2006).

Según Labbok:

"Dado que la lactancia es un derecho del niño, le corresponde a la madre realizar esa tarea. Solo ella puede hacerlo. Sin embargo, desde el *constructo* de los derechos, a la madre sólo se le puede pedir que acepte esa tarea si el resto de la sociedad le apoya en ello. Por lo tanto, es responsabilidad de la familia, de los lugares de trabajo, de los servicios de salud, y de la sociedad en su conjunto asegurarse de que cada madre tenga todo el apoyo y facilidades que necesite para poder amamantar. Los culpables de que las madres no logren amamantar son la sociedad, los sanitarios y los legisladores (Labbok, 2008, 81).

Labbok señala que muchos médicos no tienen suficientes conocimientos de lactancia. Pero en vez de reconocer esta carencia con franqueza ante sus pacientes, prefieren decirles que no pasa nada por dar el biberón. También destaca el enorme beneficio que supone para la industria farmacéutica el que las madres no consigan amamantar, algo que no se suele visibilizar.

Las propias experiencias personales que los pediatras y médicos han tenido con sus lactancias o las de sus parejas parecen ser un factor de peso en cómo asesoran a las madres. Un estudio con médicas estadounidenses mostró que, quienes más apoyaban la lactancia en su trabajo, habían dado de media cuatro meses más el pecho que quienes no promovían la lactancia; es decir, la experiencia personal influía muchísimo en el apoyo a la lactancia que las médicas podían dar luego a sus pacientes. De hecho, quienes expresaban que no promovían la lactancia entre sus pacientes aducían que no querían presionar a las madres y reconocían que ellas mismas se habían sentido presionadas o juzgadas al dar biberones a sus bebés (Sattari et al., 2013).

5. Omisión del padre

Los padres juegan un papel fundamental en la promoción de la lactancia materna; se les debe considerar aliados, animándoles a participar. Esto casi no se menciona en la crítica que algunas feministas hacen de la promoción tradicional de la lactancia. Hay estudios

que recogen sus experiencias y que expresan sobre todo su deseo de ser más partícipes en la lactancia, de estar más mejor informados (Brown & Davies, 2014). En ese mismo estudio, aunque los hombres describían la lactancia en términos positivos muchos expresaban haberse sentido excluidos, haber tenido dificultad para apoyar a su pareja, haber sentido impotencia y frustración por no saber cómo apoyar en los momentos de crisis.

En otro estudio los padres también echaban de menos haber tenido más información, para aprender su nuevo rol y poder defender y apoyar la lactancia mejor (Tohotoa et al., 2009). El cómo influye el padre en ese sentimiento de culpa de algunas madres por no haber logrado amamantar no ha sido estudiado hasta la fecha.

6. Promoción feminista de la lactancia materna: a la lactancia sin fomentar la culpa

Es clave que la promoción de la lactancia no contribuya al, ni sea causa de, malestar materno en puerperio para que la culpa o la obligación no condicionen la relación con el bebé ni la autoestima materna. Benoit propone un modelo de promoción de la lactancia, desde la perspectiva de una fenomenología feminista, que pasa por escuchar las experiencias de las mujeres en un sistema sanitario y médico que define como patriarcal (Benoit, Goldberg y Campbell-Yeo, 2016). Partiendo de ahí, esta es nuestra propuesta para un apoyo a la lactancia materna feminista que no promueva la culpa. Se centra en tres elementos: informar sin presionar, cuidar la salud mental y reivindicar el placer.

- *Informar* de lo que de verdad significa y conlleva la lactancia, poniendo el acento no tanto en los beneficios de la salud como en la diversidad de experiencias y maneras de afrontar las dificultades. Por todo ello nos parece interesante señalar que el énfasis debería estar no sólo en la alimentación de los bebés, sino también en sus necesidades emocionales y afectivas y en la importancia de que la interacción en la diada madre bebé sea satisfactoria para ambas partes. Todos los bebés necesitan contacto estrecho, cariño, presencia, que se les hable y ser tenidos en cuenta, pero además hay que recalcar que, como dice el proverbio africano, para criar a un bebé se necesita un poblado. Las madres necesitan sentirse sostenidas y estar bien para poder cuidar a sus bebés saludablemente y alimentarles de forma óptima. Para ello es importante promover un modelo no médico que facilite la creación de espacios de encuentro de madres y parejas, dando la palabra desde el no-juicio y contribuyendo al empoderamiento. En este sentido es crucial el papel de las matronas, desde el ámbito sanitario, y de los grupos de apoyo a la lactancia y otros espacios comunitarios donde se puedan compartir experiencias de crianza. Es necesario redefinir la lactancia desde la experiencia de las mujeres, siendo la escucha de esas voces lo que facilite la educación de los hombres y las parejas, así como de los profesionales. Es preciso enfatizar la libre elección. Hay que reconocer y nombrar la dificultad enorme que conlleva amamantar y criar en una cultura que no cuida la crianza ni facilita los cuidados. Desde ese reconocimiento hay que visibilizar experiencias diversas, tanto de madres que amamantan en su trabajo, o prolongan la lactancia durante años, como las de las madres que han optado por lactancia artificial, sus razones y sus experiencias etc. Igualmente nos parece importante fomentar la creación de espacios de formación y reflexión para profesionales, donde puedan también revisar sus propias experiencias con la lactancia, tanto como hijos-as como madres o padres.

- *Cuidar a las madres*, y prestar atención especial a su salud mental materna en el puerperio. Avanzar hacia una atención sanitaria al embarazo, parto y posparto que empodere a las madres. Facilitar la derivación a equipos de salud mental perinatal en las situaciones complejas a la vez que integrar dichos equipos en la atención sanitaria. Escuchar a las madres que expresan sentimiento de culpa, ayudarles en la elaboración de esa pérdida o duelo por la lactancia, para que la relación con el bebé sea saludable independientemente de la alimentación. Facilitar el asesoramiento en re-lactancia, al igual que enseñar maneras de dar el biberón que mimeticen la lactancia materna.
- *Promover la lactancia por placer*, no por obligación. Para ello es imprescindible reconocer la lactancia como parte de la sexualidad. Urge crear espacios donde las mujeres y sus parejas puedan hablar de sexualidad durante la lactancia, compartir experiencias, revisar conceptos como la libido, desmontar la sexualidad coitocéntrica, expresar dificultades en la pareja, prevenir rupturas o, incluso, hablar de cómo mantener lactancia y crianza saludables en casos de separación, divorcio y otras situaciones o dificultades vitales.

La lactancia materna es un bien precioso para los bebés, las madres, las familias y el conjunto de nuestras sociedades. Contribuir a aumentar el espacio de información, elección y libertad en el que se toman las decisiones y se instauran y mantienen tanto los comportamientos individuales como las prácticas sociales ha sido el propósito fundamental de este artículo.

Bibliografía

- Benoit, Britney; Goldberg, Lisa y Campbell-Yeo, Marsha (2016): "Infant feeding and maternal guilt: The application of a feminist phenomenological framework to guide clinician practices in breast feeding promotion", *Midwifery*, vol. 34: pp. 58-65 [<http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2015.10.011>].
- Brown, Amy y Ruth Davies (2014): "Fathers' experiences of supporting breastfeeding: Challenges for breastfeeding promotion and education", *Maternal & Child Nutrition*, vol. 10, nº 4, pp. 510-526 [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4282396/>].
- Coates, Rose; Susan Ayers y Richard de Visser (2014): "Women's experiences of postnatal distress: A qualitative study", *BMC Pregnancy and Childbirth*, vol. 14, pp. 359-393 [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4288655/>].
- Dennis, Tamara R. y Margaret F. Moloney (2009): "Surviving postpartum depression and choosing to be a mother", *Southern Online Journal of Nursing Research*, vol. 9, nº 4, [http://www.resourcenter.net/images/snrs/files/sojnr_articles2/Vol09Num04Art06.html]
- Fallon, Victoria et al. (2016): "The emotional and practical experiences of formula-feeding mothers", *Maternal & Child Nutrition*, pp. 1-14. [<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/mcn.12392/full>].
- Gregory, Emily F. et al. (2015): "Are unmet breastfeeding expectations associated with maternal depressive symptoms?", *Academic Pediatrics*, vol. 15, nº 3, pp. 319-325 [[http://www.academicpedsjnl.net/article/S1876-2859\(14\)00431-8/fulltext](http://www.academicpedsjnl.net/article/S1876-2859(14)00431-8/fulltext)].
- Kendall-Tackett, Kathleen (1998): "Breastfeeding and the sexual abuse survivor", *Journal of Human Lactation: Official Journal of International Lactation Consultant Association*, vol. 14, nº 2, pp. 125-30.
- Labbok, Miriam (2006): "Breastfeeding: A woman's reproductive right", *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, vol. 94, nº 3, pp. 277-286 [<https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2006.04.008>].
- Labbok, Miriam (2008): "Exploration of guilt among mothers who do not breastfeed: The physician's role", *Journal of Human Lactation: Official Journal of International Lactation Consultant Association*, vol. 24, nº 1, pp. 80-84.
- Massó Guijarro, Ester (2013): "Lactancia materna y revolución, o la teta como insumisión biocultural: calostro, cuerpo y cuidado. *Dilemata*, vol. 5, nº 11, pp. 169-206 [<http://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/198>].

- Olson, Tonia; Holstlander, Lorraine y Bowen, Angela (2014): "Mother's milk, mother's tears: breastfeeding with postpartum depression", *Clinical Lactation*, vol. 5, nº 1, pp. 9-15 [<http://www.ingentaconnect.com/contentone/springer/clac/2014/00000005/00000001/art00002>].
- Olza, Ibone; Serrano Drowselsky, Elena y Muñoz Labián, Carmen (2011): "Lactancia para psiquiatras: recomendaciones sobre el uso de psicofármacos en madres lactantes", *Archivos De Psiquiatría*, vol. 74, nº 2, pp. 1-16 [http://www.aeped.es/sites/default/files/4-lactancia_para_psiquiatras.pdf].
- Sattari, Maryam et al. (2013): "Personal breastfeeding behaviour of physician mothers is associated with their clinical breastfeeding advocacy", *Breastfeeding Medicine: The Official Journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*, vol. 8, nº 1, pp. 31-37 [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3568966/>].
- Stuebe, Alison M. et al. (2012): "Failed lactation and perinatal depression: Common problems with shared neuroendocrine mechanisms?", *Journal of Women's Health*, vol. 21, nº 3, pp. 264-272 [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3298672/>].
- Stuebe, Alison M. et al. (2014): "Prevalence and risk factors for early, undesired weaning attributed to lactation dysfunction", *Journal of Women's Health*, vol. 23, nº 5, pp. 404-412 [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4011403/>].
- Taveras, Elsie et al. (2003): "Clinician support and psychosocial risk factors associated with breastfeeding discontinuation", *Pediatrics*, vol. 112, nº 1, pp. 108-115 [<http://pediatrics.aappublications.org/content/112/1/108>].
- Taylor, Erin N. y Lora Ebert Wallace (2012): "For shame: feminism, breastfeeding advocacy, and maternal guilt", *Hypatia*, vol. 27, nº 1, pp. 76-98 [DOI: 10.1111/j.1527-2001.2011.01238.x].
- Thomson, Gill; Katherine Ebisch-Burton y Renee Flacking (2015): "Shame if you do-shame if you don't: Women's experiences of infant feeding", *Maternal & Child Nutrition*, vol. 11, nº 1 [DOI: 10.1111/mcn.12148].
- Tohotoa, Jenny et al. (2009): "Dads make a difference: An exploratory study of paternal support for breastfeeding in Perth, Western Australia", *International Breastfeeding Journal*, vol. 4, p. 15 [<https://internationalbreastfeedingjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1746-4358-4-15>].
- Torgersen, Leila et al. (2010): "Breastfeeding practice in mothers with eating disorders", *Maternal & Child Nutrition*, vol. 6, nº 3, pp. 243-252.
- Watkinson, Marcelina; Murray, Craig y Simpson, Jane (2016): "Maternal experiences of embodied emotional sensations during breast feeding: An interpretative phenomenological analysis", *Midwifery*, vol. 36, pp. 53-60 [<http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2016.02.019>].
- Wiessinger, Diane (1996): "Watch your language!", *Journal of Human Lactation: Official Journal of International Lactation Consultant Association*, vol. 12, nº 1, pp. 1-4 [<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/089033449601200102>].
- Wolf, Joan B. (2007): "Is breast really best? Risk and total motherhood in the national breastfeeding awareness campaign", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 32, nº 4, pp. 595-636 [<http://jhppl.dukejournals.org/content/32/4/595.long>].
- Wolf, Joan H. (2006): "What feminists can do for breastfeeding and what breastfeeding can do for feminists", *Signs*, vol. 31, nº 2, pp. 397-424 [<http://www.journals.uchicago.edu/doi/abs/10.1086/497279?journalCode=signs>].
- Young, Iris M. (2005): *On female body experience: "Throwing like a girl" and other essays*, New York, Oxford University Press.
- Ystrom, Eivind (2012): "Breastfeeding cessation and symptoms of anxiety and depression: longitudinal cohort study", *BMC Pregnancy and Childbirth*, vol. 12, nº 1, pp. 12-36 [DOI: 10.1186/1471-2393-12-36].

Notas

1. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/news/news/2015/08/who-european-region-has-lowest-global-breastfeeding-rates>
2. <http://guiltfreebottlefeeding.com/>
3. <https://www.breastfeedingaversion.com/on-guilt-and-shame>