

# Cuerpo y leche. Unidades de neonatología, poder médico y tráfico de leche materna

Olga Achón Rodríguez

Universidad de Barcelona  
olga\_achon@yahoo.es

## Body and Milk. Neonatology Units, Medical Power and Breast Milk Traffic

ISSN 1989-7022

**RESUMEN:** El trabajo trata de dar cuenta de la concepción médica del cuidado de bebés prematuros y la exclusión que ésta ocasiona de las madres de las áreas de neonatología. Por otro lado trata de indagar en la concepción de las madres como receptáculos de una doble contaminación necesaria: el cuerpo y su leche. Es de la propia experiencia de la autora de donde surge el ánimo por este estudio, cantera de material (auto) etnográfico. Atestigua, a través de un trabajo de campo realizado durante tres meses en la ciudad de Santiago de Chile (Chile), la resistencia de las madres de hijos prematuros hospitalizados, tanto en unidades de neonatología pertenecientes a red pública como a red privada, al poder médico, cuya máxima representación se encuentra en la práctica del tráfico de leche materna. La ayuda mutua y la expresión del nacimiento de un grupo resistente se expresan en la donación encubierta de leche. Sugieren la necesidad de desmitificar la maternidad y la lactancia.

**PALABRAS CLAVE:** unidades de neonatología, participación en el cuidado de los bebés prematuros, poder médico, tráfico de leche, lactancia humana, Santiago de Chile

**ABSTRACT:** This work describes the medical conception of premature babies and the resulting exclusion of the mother of the neonatology areas. It aims to show that the mother is viewed as containing a double vector of pollution, its body and its milk. This study begins from the author's very own experience, a quarry of (self) ethnographic material. It shows, through a fieldwork of three months in the city of Santiago de Chile (Chile), the resistance manifested by the mothers of preterm hospitalized children in neonatology units belonging to both the public and private health care system to the medical power. This resistance is maximally expressed in breast milk traffic –the covert donation of milk- as a manifestation of reciprocal help within a resistance group.

**KEYWORDS:** neonatology units, participation in the healthcare of premature babies, medical power, breastmilk traffic, human lactation, Santiago de Chile

## 1. Introducción

El ámbito del saber pediátrico ha ido generando dentro de las unidades de neonatología estrategias de vigilancia y control sobre el cuidado de los bebés prematuros. Estos saberes, que dan fruto a prácticas médicas de cuidado, limitan severamente el contacto de las madres con los bebés bajo pretexto del mantenimiento de la asepsia y las condiciones adecuadas a su crecimiento. El poder de la ciencia médica se expresa a través de estas prácticas que desarrolla el personal de salud, dirigidas a la expulsión de las madres de las unidades y a su resituamiento en los límites de las mismas. Esta exclusión mengua el poder de las madres que se entregan, por el temor a la muerte de sus hijos o a los problemas que pudieran derivarse de su condición, a este saber, aun teniendo certeza que el contacto que puedan tener con ellos es vital para su correcto desarrollo.

La madre, en atención a determinadas prácticas de cuidado experto, viene a ser interpretada como vía de contaminación, al igual que su leche. Esto se expresa intensamente a través, por ejemplo, de los controles bacteriológicos que se realizan sobre la leche, y también mediante la observación de los protocolos de asepsia que afectan el cuerpo de la madre y los implementos que ésta ocupa durante la extracción de la misma. Es la práctica del personal de salud por la que se manifiesta tal concepción, la que se evidencia toda vez se intenta evitar el contacto madre-hijo. Los intentos de aproximación de la madre al hijo revelan la exigencia de un modo de conducta prudente y reservado, cuando no entregado al poder del personal, que extinga la posi-

Achón Rodríguez, Olga (2017): "Cuerpo y leche. Unidades de neonatología, poder médico y tráfico de leche materna".  
En Massó Guijarro, Ester: *Mamar: mythos y lógos sobre lactancia humana*.  
IILEMATA. *Revista Internacional de Éticas Aplicadas*, nº 25, 157-179



Received: 01/05/2017  
Accepted: 30/06/2017

bilidad de un contagio o el restablecimiento de un orden dirigido a la purificación del área y del paciente.

Tal representación impacta sobre las mujeres afectando negativamente la percepción que poseen sobre sí mismas como madres y su capacidad para el cuidado del hijo. Las dificultades que enfrentan las madres de bebés prematuros en relación a su participación en el cuidado y alimentación de sus hijos en los servicios o unidades de neonatología son algunos de los factores explicativos de las bajas tasas de establecimiento de lactancia materna y de las dificultades para el establecimiento del vínculo de apego. Los inconvenientes que estas madres suelen encontrar en relación a dicha participación tienen diversa naturaleza estando relacionados, por un lado, con la condición de prematuridad de sus hijos y, por otro, con las prácticas que desarrollan los profesionales que intervienen en el mismo.

La consecuencia que se relaciona directamente con la participación frustrada de las madres en las unidades de neonatología producto de tal concepción sobre la madre y su leche, y que nos interesa para este estudio, es la incapacidad sentida para preservar la vida del hijo y la percepción de fracaso ante la misma. La ansiedad vivida fruto de la situación de salud precaria del hijo y la incertidumbre a propósito de los problemas que pueda sufrir a largo plazo, sumada a aquella provocada por la necesidad de establecer contacto piel a piel y amamantarlo, la torna, por lo demás, sujeto de intervención por parte del personal a cargo: enfermeras, matronas y psicólogos. En consecuencia se medicaliza el duelo. Tales obstáculos intervienen negativamente en el establecimiento exitoso del vínculo de apego relevante asimismo para el aseguramiento de la instauración de la lactancia. Estrechamente relacionado con la *renuncia al amamantamiento causada*, se encuentra la promoción de una alimentación inapropiada basada exclusivamente en la lactancia artificial y la exclusión de la posibilidad de entregar leche materna al servicio, obtenida de otras madres dispuestas a ofrecerla.

El presente trabajo tiene como objetivo el estudio de las prácticas de exclusión de las madres de las áreas de neonatología, y en consecuencia de los procedimientos destinados al cuidado de los hijos, que se establecen como medida de prevención del contacto madre-hijo. Pretende revelar los efectos que tales prácticas generan sobre las madres y cómo influyen en el modo en que son representadas como agentes contaminantes.

Ofrece entre otros hallazgos la exposición de testimonios de madres que en ausencia o bajos niveles de producción de leche materna propia aceptaron leche de otras madres, tanto de aquellas cuyos hijos estaban ingresados en el área de neonatología, como de otras situadas a su exterior, para su entrega a los servicios dietéticos de leche del hospital. Asimismo presenta el discurso de las madres que ofrecieron o trataron de ofrecer su leche materna a aquellas otras con dificultades en la producción de leche. A esta práctica irregular que hallamos en el transcurso del trabajo de campo y que tratamos de visibilizar la denominamos *tráfico de leche materna* por situarse fuera de los límites de lo reglamentario en las unidades de neonatología. Su aparición da cuenta del contexto de control social característico de estas unidades que afecta a las madres; por otro, revela la ansiedad materna por el cuidado y la supervivencia de los hijos. El conocimiento mutuo, la experiencia hermana que viven estas madres y el encuentro repetitivo en las distintas dependencias de las unidades marcan la decisión tanto del ofrecimiento o la donación, como de la recepción de la leche.

## 2. Apuntes metodológicos

La primera aproximación al terreno de la investigación la realiza la autora en calidad de madre de un hijo recién nacido prematuro internado en la unidad de neonatología del Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile el año 2010, en Santiago de

Chile (Chile). Fruto de esta situación surge la inquietud por estudiar las representaciones sociales que posee el personal de salud sobre dos aspectos fundamentales, las madres y la lactancia. Consecuencia de aquellas se instauran al interior de la unidad prácticas consideradas expertas que afectaron su experiencia, relativas al cuidado del hijo recién nacido, al establecimiento de una relación de apego y de la lactancia. La observación de lo que allí acontecía tanto a ella como al resto de madres usuarias de la unidad, y la necesidad esencial de comunicar las vivencias significativas, la llevaron a realizar un incipiente trabajo de campo que se ampliaría varios años después.

La exposición de la experiencia de la autora tiene importancia para el trabajo si entendemos que ésta actúa como un indicador expresivo de la realidad que acontece en las unidades de neonatología. El recurso a la autobiografía se revela centro de la orientación metodológica por una razón fundamental, esta es la evitación de la búsqueda de un conocimiento objetivo. Antes bien, lo que la investigadora pretende es la indagación sobre un conocimiento subjetivo, es decir, dependiente de los sujetos. Consecuentemente las vivencias de la autora relativas al objeto de estudio son –de igual modo que aquellas experimentadas por el resto de informantes- un elemento valioso para su ulterior interpretación. La escisión por tanto entre investigador e informante se torna fútil y, al contrario, la subjetividad se perfila como una condición indispensable para la producción de conocimiento.

Fundamentalmente interesa a la autora el estudio crítico de la concepción que posee el personal de enfermería y médico sobre las madres como sujetos inexpertos para el cuidado de los hijos prematuros, cuya presencia presagia una contaminación del área y del paciente. Fruto de tal consideración el personal desarrolla su clínica impactando sobre los modos continuamente esbozados por las madres para el cuidado de los hijos. En consecuencia las madres emprenden la búsqueda de un modelo de conducta deseable por personal que suele derivar en un comportamiento sumiso. La traducción de tal representación en la práctica del personal de salud se evidencia a través de lo que conceptuamos como formas de desintegración de la díada madre-hijo y de desacreditación de la función maternal. Éstas terminan de caracterizar la situación de sumisión que padecen las madres en las unidades, y que se suscita en la interacción con el personal de salud cuyo resultado es percibido por ellas como tácticas de desautorización. Las prácticas posteriores de resistencia se dan en cuanto las madres generan estrategias en contra de tales conductas, entre las que se encuentra la donación y recepción subrepticia de leche materna.

El trabajo de campo, por tanto, se realiza en dos fases. Una de aquellas denominada de aproximación que se desarrolla inicialmente en la sala de Parto Patológico en la que estuvo ingresada la investigadora durante 5 días, y posteriormente en el interior del área de neonatología en la que permaneció internado el hijo prematuro de ésta y cuya duración se extendió durante 1 mes y 10 días. La experiencia del nacimiento prematuro del propio hijo irrumpe bruscamente trastocando ideas preconcebidas y naturalizadas que poseía la autora sobre el parto, la relación de apego y la lactancia. La observación y comunicación de las experiencias del resto de madres con las que la autora compartió estado y escenario, derivó en el deseo de efectuar una investigación sobre las dificultades para el cuidado de los hijos prematuros y para el establecimiento de la lactancia, que tienen lugar en las unidades de neonatología y que se relacionan con la atención recibida por parte del personal médico, de enfermería y auxiliar. En este tiempo se logró la realización de cuatro entrevistas en profundidad a madres usuarias de la unidad de neonatología. La observación participante y la descripción detallada de la unidad sirvieron de apoyo para el posterior desarrollo de la investigación.

La segunda etapa se desarrolla durante el año 2016 a través de la realización de 20 entrevistas, algunas informales y otras en profundidad, a madres cuyos hijos prematuros hubie-

sen estado ingresados en unidades de neonatología después del nacimiento, tanto en instituciones privadas como públicas. Trata la autora de este modo de indagar más allá de su experiencia, buscando testimonios que sirvan de confirmación o contraste de los datos obtenidos en la primera fase de la investigación. La toma de contacto con parte de estas madres se realizó en el contexto de las movilizaciones anuales lideradas por la Asociación de Padres de Prematuros (Asprem-Chile), que se desarrollan con el objeto de reivindicar mejoras en el sistema estatal de coberturas de servicios y garantías de salud para prematuros. En este escenario diversas entrevistas informales se llevaron a cabo a modo de tanteo con madres participantes de la marcha. Tiempo después se realizaron otras en profundidad a un grupo de menor tamaño de madres cuya selección se efectuó siguiendo un criterio relativo a la calificación subjetiva de la experiencia propia y al conocimiento de estrategias de donación/recepción subrepticia de leche materna entre madres de hijos prematuros.

Cuadro 1. Relación de informantes.

NOMBRE	HOSPITAL	TITULARIDAD	SEMANAS (Gestación)	PESO (Kg.)	TALLA (Cm.)
	PRIMERA	FASE	INVESTIG.		
María José	Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile	Privada	26 Placenta previa / Hospitalización y cesárea urgencia	760	32
Alicia	Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile	Privada	32 Parto vaginal espontáneo causa desconocida	1.325	40
Ana María	Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile	Privada	33 Predamsia y cesárea urgencia	2.150	43
Rayen	Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile	Privada	29 Rotura prematura de membranas / Cesárea urgencia	1.280	38
	SEGUNDA	FASE	INVESTIG.		
Pamela	Hospital Clínico de la Universidad de Chile "Dr. José Joaquín Aguirre"	Pública	Embarazo gemelar 32 Cesárea Programada	1.425 1.840	38 43
Catalina	Hospital Clínico San Borja Arriarán	Pública	32 Insuficiencia placentaria / Hospitalización y cesárea Programada	1.710	43
Verónica	Hospital Clínico San Borja Arriarán	Pública	Embarazo gemelar 29 Acortamiento del cuello uterino / Hospitalización y cesárea urgencia	970 1.230	39 42
Ema	Clínica Dávila	Privada	33 Predamsia / Cesárea urgencia	1.285	40
Camila	Clínica Dávila	Privada	29 Rotura prematura de membranas / Parto vaginal	1.310	41
Claudia	Clínica Dávila	Privada	31 Rotura prematura de membranas / Cesárea urgencia	1.750	40
Johana	Hospital Regional de Rancagua	Público	26 Oligohidramnios / Hospitalización y cesárea urgencia	650	33
Silvia	Hospital San José	Público	35 Parto prematuro espontáneo posible causa infección y rotura de membranas / Cesárea urgencia	2.900	44

### 3. Desintegración

#### 3.1. Separación temprana

"Lo vi cuando nació no más, cuando me lo sacaron y después se lo llevaron" (Johana).

"Yo la conocí al otro día" (Catalina).

"Recién pude ver a mi hijo al día siguiente, eso fue terrible desgastante" (María José).

Del total de madres entrevistadas ninguna, salvo una, pudo tocar a su hijo el día mismo del nacimiento, y en todos los casos las madres hubieron de pasar entre uno y dos días para verlo nuevamente. En plena era del así denominado *nacimiento industrializado* (Odent, 2006, 2011a, 2011b) es de común conocimiento que las madres encuentran impedimentos en el establecimiento del primer contacto con el hijo recién nacido. Para el caso de las madres de hijos nacidos pre término el modo regular de proceder de los equipos médicos que atienden partos o realizan cesáreas, previene estrictamente éste contacto. El mismo pareciera que se encuentra dificultado únicamente por la condición de prematuridad caracterizada, a grandes rasgos, por una insuficiencia respiratoria y una termorregulación ineficaz.

En respuesta a esta condición los equipos médicos intervienen tempranamente. Entre los exámenes que más comúnmente se realizan en un bebé prematuro se encuentran, la gaseometría arterial para verificar los niveles de oxígeno en la sangre, los exámenes de sangre para verificar los niveles de glucosa, calcio y bilirrubina, la radiografía del tórax y el monitoreo cardiorrespiratorio. Después de nacer, en gran número de casos, se traslada al bebé a una Unidad de Cuidados Intensivos (UCIN) y se le deposita en una incubadora, que controla la temperatura del aire. Las máquinas de monitoreo ubicadas en su cercanía realizan un análisis continuo de la respiración, la frecuencia cardíaca y el nivel de oxígeno en la sangre del bebé.

1. Fotografía de la autora. Unidad de Cuidados Intensivos.



En estas condiciones, y en consecuencia, la madre de un bebé prematuro ve su oportunidad de contacto precoz con el hijo truncada. El parto patológico tiene como resultado un producto patológico al que es necesario someter a observación y tratamiento. Sin embargo la condición de prematuridad no es el único factor explicativo de la restricción del primer contacto. El paradigma de la asepsia, que concibe a la madre como una entidad contaminante, es uno de aquellos e inicia aquí su despliegue. Para el caso del bebé nacido por parto vaginal los efectos nocivos derivados de esta restricción sobre su sistema inmunológico serán menores que para el caso de los bebés nacidos por cesárea, pero en ambos casos la pérdida de la ocasión del contacto con la madre los expone a un medio ambiente para el que no están preparados. No obstante, y aun en los casos en que los bebés no son prematuros extremos y presentan un test de Apgar aceptable, el equipo limita el contacto.

Es el caso de Ana María cuyo parto prematuro se presentó en la semana 33 y cuyo bebé pesaba 2.100 gramos:

“No pude comprender esto. Lo vi un segundo y se lo llevaron. Había leído algo sobre los microbios y los anticuerpos. Tampoco me pareció que era tan chico. Pasó unas semanas en incubadora. Hubiera preferido que me lo pasaran. Sigo enojada con los médicos por esto aunque no quise mostrar mi enojo en ese minuto” (Ana María).

En la actualidad una petición así se estima descabellada y sólo las madres de bebés nacidos a término pueden aspirar a tener un contacto en los minutos posteriores al nacimiento. En la mayoría de casos analizados por nosotros los bebés tenían pesos inferiores y el embarazo se interrumpió en semanas anteriores (salvo en el caso de Ema que tuvo a su bebé en la semana 33 y el de Silvia cuyo embarazo se extendió hasta la semana 35). Algunos presentaron problemas respiratorios u otros relacionados con la temperatura. Sólo una de las madres entrevistadas logró establecer este primer contacto. Madre de dos hijos en el momento del nacimiento prematuro, Claudia tuvo necesidad de “exigir” –en sus propias palabras- que le entregasen al hijo:

“Mi segundo embarazo fue complicado, nació mi hijo con una malformación, entonces no me lo quisieron pasar. Fue como que me lo quitaron. Y después me lo trajeron al rato, como una hora o dos horas, pero me dio mucha lata porque yo sé que si un niño viene normal te lo pasan al tiro, por mi primer hijo. Con la Cata yo dije, yo no quiero eso, y de hecho, bueno, yo tenía expectativas súper altas, quería parto normal, ojalá sin anestesia, y bueno, terminó siendo cesárea de urgencia y todo. Pero sí le dije a la matrona y le exigí que la mirara completa, que me dijera si estaba bien, y si estaba relativamente estable que por favor me dejara estar con ella. Y se me respetó todo. Ella, gracias a Dios la Cata nació llorando por sí sola, respiró muy bien, al principio, después presentó algunas apneas y por eso le pusieron oxígeno. Pero nació y me la pasaron. Entonces, yo tuve, o sea, ella tuvo su control y me la pasaron, eso fue. Y me la dieron y me la pusieron acá al lado, le pude hablar, le pude dar besos, pude estar con ella” (Claudia).

Tales testimonios nos hacen reflexionar a propósito de las razones que guían este comportamiento del profesional médico que deriva en la separación temprana, a pesar de contar a día de hoy con estudios que sugieren mejoras en el proceso de estabilización del bebé recién nacido prematuro en cuanto ha sido puesto en contacto con la madre en el momento inmediatamente posterior al nacimiento. Y más allá un aumento en el desarrollo cognitivo y motor de los bebés prematuros, así como una disminución en los niveles de estrés (Ludington et al., 1994, 1999, 2000, 2004; Charpak et al., 2001; Legault y Goulet, 1995) toda vez se estimula el contacto con la madre. Y especulamos que el fundamento de una práctica tal de desintegración de la díada madre-hijo es la concepción de la madre como entidad contaminante propia del paradigma médico higienista de matriz positivista. Lo pone en evidencia el testimonio de algunas de las madres entrevistadas cuando comentan a propósito de esta experiencia de desintegración:

“Me acuerdo que escuché que la matrona se llevaba a mi gordita porque estaba “cochinita” y después de eso ya no pude estar con mi guagua” (Alicia).

“Y a mí guagüita me la mostraron así nomás, poh, a la pasada y yo la pedí para darle un besito pero se la llevaron igual nomás. Y entonces la doctora me dijo que tenían que tenerla lejos de los bichos” (Catalina).

Las declaraciones de Alicia y Catalina aportan evidencias sobre la concepción de la madre como un cuerpo que contiene y del que emana el germen de una posible contaminación. Los bebés bajo esta concepción nacen sucios y deben mantenerse alejados de microbios cuya dispersión tiene origen en el cuerpo de la madre, aquél que en el contexto del quirófano se encuentra sin esterilizar. Los efectos sobre la autopercepción de esta concepción de la madre como un cuerpo que contamina, se manifiestan ya en este momento. Se gesta entonces un duelo que se profundiza en las maternidades y que posteriormente será problematizado:

“El problema comenzó en el puerperio. Que es cuando después del parto te pasan a puerperio. Y ahí fue horrible. Porque mis bebés se quedaron en la neo y te ponen junto con todas las mamás que están con

los bebés al lado tuyo. El trato de las enfermeras, de las matronas, fue horrible. Tampoco me ayudaron para bajar a la neo a ver a las niñas, no hubo ayuda de ningún tipo. En la sala ahí fue horrible. Te ponen con todas las mamás con guagua y tú sin saber de tus hijos y tú con las mamás con bebés y escuchando" (Verónica).

La experiencia de la autora presenta similitudes sobre este aspecto. El regreso a la sala común horas después de la cesárea impactó negativamente en su estado de ánimo sintiéndose sumamente desorientada. En aquellas horas posteriores y durante toda la noche sucesivos turnos de enfermeras llegaban para controlar su estado. Ninguna de aquellas entregó información a propósito de la situación en que pudiera encontrarse el hijo recién nacido:

"A la mañana siguiente después de la extracción de la sonda vesical llegó una enfermera con un botecito de cristal precintado y un folleto instructivo. Recuerdo perfectamente sus palabras: "lea el papelito y comience rapidito a sacarse leche porque su hijo la necesita. Evite que el pezón roce la boca del pote". Estas palabras impactaron en mí profundamente. Leí el folleto e inmediatamente comencé a destrozarme los pechos. Para entonces algunas de las pacientes que poblaban la sala habían cambiado salvo, para mi suerte, mi vecina de cama pues fue gracias a su solicitud de silla de ruedas que supe de la posibilidad de visitar a mi hijo" (Olga).

La falta de información y de oportunidad de ver al hijo que acusan las madres se presenta en casi todas las entrevistas como un hecho negativo recurrente que interviene en el deterioro del estado de ánimo y de la autoestima. En ocasiones esta falta de atención la vive de forma similar el padre que se encuentra en dificultades para ver tanto al hijo como a la madre:

"Yo recién pude ver a mi hijo al día siguiente, porque el mismo día fui y la neo estaba cerrada. No había nadie y nadie sabía nada ni como entrar ni nada, así que tuve que irme no más. Pero al día siguiente lo pude ver. Igual me miraron feo y me preguntaron que por qué no había ido anoche. Yo dije que estaba cerrado, pero como que me miraron mal" (Carlos, esposo de la autora).

"Al otro día, como yo soy porfiá, y soy mamá de tres hijos ya empecé a reclamar porque no quería que estuviera sola en la neo. La verdad es que me trataron de retrasar el que yo pudiese ingresar a la neo. Yo pedí que me sacaran vías, todo, porque me decían que como tenía una vía no podía ingresar, yo decía, "no, me importa, sácamela", a mí no me interesa, "yo voy a ir a ver a mi hija". O sea, la Cata nació como a las 2 de la mañana y a las 6 de la tarde fui a verla" (Claudia).

Una vez negado el contacto en quirófano, el estilo de trabajo del personal de enfermería produce y representa una prolongación de la actitud del equipo médico de oposición al contacto entre la madre y el hijo. El sentimiento expresado por las madres derivado del modo de proceder del personal pendula entre la irritación y el pesar, y las conductas desarrolladas en consecuencia son o bien de resistencia contra las limitaciones de acceso al hijo, o de docilidad. De tal modo gran parte de las informantes expresaron haber tolerado las prácticas de desintegración y mostrado una actitud dócil frente al personal de enfermería. Las razones para ello se hallan fundamentalmente en la legitimidad otorgada por ellas al personal para tomar decisiones, resultado de la autoridad que detentan merced su saber experto:

"Yo la conocí al otro día y me dejaban verla como dos horas más menos. Porque como no podía caminar mucho... Iba en silla de ruedas a verla. Pero el papá estaba constantemente ahí y él me informaba a mí. Después a los días como yo evolucioné bien a los días iba todos los días" (Catalina).

"Al despertar quería ver a mi hija y la matrona me dijo que no podía, que estaba en neonatología y ahí me empezó a explicar que tenían que tenerla con remedios y que tenía que esperar a que pudiera caminar porque tampoco podía caminar. Pasaron cuarenta y ocho horas hasta que no la vi. Porque me tuvieron en recuperación, una noche, y al otro día me dejaron pasar a cama. Me dijeron que tenía que dejar pasar ese tiempo porque me tenían que sacar primero la sonda. Entonces, ya después cuando pude pasar a la sala, recién pude ir a la neo" (Silvia).

La experiencia de la autora reviste similitudes con aquellas narradas por las informantes. Durante su estadía en la sala de parto patológico, y después de saber que era posible solicitar una silla de ruedas para desplazarse hasta el servicio de neonatología, percibía ac-

titudes de parte del personal de enfermería que dificultaron la realización de la primera visita al hijo. Recuerda como sostenían un discurso referente al estado de salud de las madres antes de pasar a ver por primera vez al hijo. Y aunque autorizaron su visita al servicio aun teniendo una vía abierta, hubieron de pasar 39 horas hasta poder ver nuevamente al hijo y tener un primer contacto con él –únicamente extendiendo su mano a través de un orificio de la incubadora.

2. Fotografía de la autora. Primer contacto.



No fue este el caso de Claudia. Ella sintió la necesidad de *reclamar* y *exigir* el retiro de las vías intravenosas que interpretaba como un obstáculo para el encuentro con su hija. Las razones por las cuales el personal de enfermería argumenta la inadecuación de la visita de la madre ingresada tras el parto a la unidad de neonatología, suelen tener relación con su estado de salud. Sin poseer evidencia científica que certifique que el uso de vías intravenosas o sondas vesicales representan un riesgo para los pacientes ingresados en la unidad, nos atrevemos aquí a poner en cuestionamiento tal fundamento toda vez existe bibliografía que demuestra, por ejemplo, el bajo riesgo que presenta la práctica del “piel con piel” (*skin-to-skin care*, en su denominación inglesa) incluso con bebés que precisan dispositivos como la intubación endotraqueal o las vías intravenosas.

### 3.2. La madre visitadora

Una vez acontecido el nacimiento, las madres entrevistadas pasaron de media entre cuatro y cinco días hospitalizadas. Sobre este período todas refieren una sensación de tristeza derivado, entre otras razones, del temor recurrente a la muerte del hijo y de desconcierto e inseguridad resultado de su percepción del cuidado de un bebé prematuro como una empresa compleja y exigente. La llegada inesperada del hijo genera un sobresalto emocional en el que se mezclan sentimientos de culpa y de pérdida de la oportunidad de “ser madre a través del parto vaginal” (María José). De algún modo las madres resienten la inexistencia de un verdadero rito de paso en el que ser protagonistas, y desarrollar una función a la vez principal y trascendental. La cesárea se experimenta como un suceso sin participación y en consecuencia en algún grado ajeno. Esta percepción sobre el nacimiento coopera de forma similar a la desintegración original ocasionada merced la separación temprana, en la generación de un sentimiento de frustración ante el parto y el nacimiento, constitutivo del duelo materno.

La conclusión de este período ocasiona una transformación radical de la mujer que muta de paciente hospitalizado a madre visitadora:

“Yo estaba en el hospital, después de cuatro días me dieron el alta. Y luego fue esto de sacar leche, llevarla al hospital. Eso fueron los tres largos meses. Y sí, fue todos los días la visita, que tenía que ir a verlo igual, eso fueron los tres largos meses...” (Johana).

“Estuvimos 28 días en la neo. Pasaba el día entero fuera de casa. De la casa a la micro [autobús] y de la micro a la clínica y así. Entra, sale, sale, entra” (Claudia).

“La Connie estuvo dos semanas en la neo. La suerte mía que el hospital me queda al ladito pero... te encargo el cuento este de ir y venir. Agotada. Y no te dejan mucho estar ahí y como que molestas. Esa fue mi impresión a lo menos” (Silvia).

“Claro, ese es un tema importante. A la final la que está internada es la guagua. Pero la guagua te necesita, pues. Entonces, es como raro que la mamá tenga que estar haciendo visitas, no sé, a mí se me aparece como raro” (Ema).

“Para mí lo más fuerte era que a determinada hora todas las visitas nos teníamos que ir. Tu hijo queda ahí dentro y la puerta queda cerrada. Ni siquiera una persona detrás del mesón que queda frente a la entrada de la neo quedaba. Era atroz” (María José).

“Iba todos los días en micro hasta el centro para ir al hospital. A veces me llevaba mi pololo [novio]. Pasaba harto rato en los sillones que estaban fuera” (Rayen).

La forma habitual que revisten los servicios de neonatología es la hospitalaria, por lo que decimos que su estructura fragmentada en espacios bien delimitados, tiene relación con la función de exclusión de aquello considerado ajeno. Lo impropio del hospital es aquel personaje paradójico que, aunque sano, se le presume contaminante. En nuestro caso es la madre que visita, que se tolera pero que se la reconoce como una *entidad fuera de lugar* (Douglas, 1973), la que representa una anomalía en el contexto de la unidad y que por lo tanto debe ser, sino extirpada, por lo menos sujeta a control. La ansiedad de una posible contaminación se evidencia nuevamente aquí a través de los protocolos de limpieza establecidos, muestra de la rigidez de las categorías consideradas antagónicas en el sistema de pensamiento médico: el personal de salud investido de autoridad y la madre visitadora. La percepción de la visita de la madre como riesgosa apunta hacia la prevención del riesgo que pudiera implicar la contaminación del área, pero también se relaciona con la resistencia al orden establecido en su interior.

Estos servicios se conciben como áreas acopladas a las maternidades y las secciones quirúrgicas al interior de los hospitales o clínicas, en las que se ingresan a los recién nacidos a término y de pre término, con complicaciones relativas a su condición de prematuridad o enfermos. La configuración de sus fronteras condiciona negativamente el modo en que las relaciones entre madres e hijos hospitalizados se establecen. De hecho es su diseño el que determina en primer lugar la desintegración de la díada madre-hijo, más allá de las prácticas posteriores que desarrolla el personal de enfermería. Podríamos decir que su apariencia es manifestación de la concepción médica de la madre como una entidad disociable del hijo que engendra un peligro para el mismo y no una garantía de mejora, además de un riesgo para la reproducción del orden social y la perpetuación del poder médico. Se trata de un espacio reservado únicamente a los pacientes y al personal de salud con límites bien definidos que ordenan la experiencia y previenen el desorden. En estos contextos hospitalarios las madres no pueden sino comportarse como una visita y observar las reglas de su uso. La representación social común de las estructuras hospitalarias inhibe en las madres la producción de una imagen distinta del servicio, por lo que terminan aceptando su forma, acomodándose al mismo, quedando restringida la posibilidad de una reflexión crítica sobre las mismas. En consecuencia la actitud inicial adoptada es de aprobación del modelo, que lleva incorporado la marca de la desintegración.

## 3. Fotografía División de Pediatría UC. Servicio de Neonatología.



Extraído de la página web Medicina.uc.cl:

<http://medicina.uc.cl/junio-2012/el-programa-ecmo-uc-neonatal-pediatico-paso-la-barrera-de-los-100-pacientes>

Un aspecto esencial del mismo es la existencia de personal autorizado para la administración del área y el cuidado del paciente: la enfermera. Ella representa la autoridad del saber médico y actúa como baluarte del poder a través de la reproducción del orden al interior del servicio. Para gran parte de las madres entrevistadas la enfermera representa una guía, pero también un freno para el contacto con el hijo y la participación en su cuidado. En las entrevistas con las madres y en la propia experiencia de la autora se ha podido constatar la existencia de prácticas por parte del personal que limitan el contacto con el hijo, condicionan el nivel de confianza en la madre para establecer una interacción satisfactoria con él, que cuestionan el modo de proceder a su cuidado y las resitúan en los lindes del servicio sin motivos médicos justificados. A modo de ejemplo baste la obligación de la madre de salir en horario de visita sin razón aparente, las actitudes de desaprobación frente a las preguntas que hace la madre, la censura frente a los modos desplegados por la madre en la interacción con el hijo, entre otros:

“Me dijeron que no cantara mucho, que bajara la voz. Pero mira, un día preguntamos, pedimos que si se podía bajar el ruido del monitor y nos dijeron que no, entonces...” (Alicia).

“Por ejemplo, un día llegué y tú no sabías por qué, pero la luz era fuerte, yo a lo menos la sentí más fuerte. Está bien, uno no puede ser metiche con estas cuestiones, pero entonces agarré un pañal [pañó] de los de la neo y lo puse arriba de la incubadora, así como tapándola. Y ahí llega la enfermera y lo sacó de un tirón... que nosotros no podíamos hacer qué cuestiones, que qué cosa es lo que pensamos que era la neo... O sea mal, en este sentido las visitas eran..., y por ejemplo, cuando uno iba, preguntaba, le daban la información... te la dan como rápido, como así, andaban todo apurás. En ese sentido también” (Johana).

“Fue el segundo día. Al rato después que me explicaron cómo estaba mi hijo, me dejaron tocarlo, pero despacito y sin tocar los cables y tubos que tenía. Me dejaron con él y en eso llegó una auxiliar de enfermería y me dijo que le había movido el catéter. Yo le dije que no había tocado eso, pero igual me retó y no me dejó tocarlo más. Me quedé sentado mirándolo no más y me puse a cantarle” (Carlos, esposo de la autora).

Constituye muestra de la asiduidad con la que el personal de enfermería realiza estas prácticas de desacreditación de la función maternal, la incorporación en el Manual de Lactancia Materna del Ministerio de Salud de recomendaciones a propósito del modo en que la madre debe ser considerada en la unidad por parte del personal:

“Gestos y palabras de los profesionales se inscriben en la identidad materna y en la representación del hijo contribuyendo a orientar relaciones seguras o inseguras hacia los hijos. Mensajes como bebé débil, flaco, flojo porque no succiona o madre que no sabe cuidar, alimentar, calmar, etc., pueden contribuir a generar relaciones disfuncionales así como gratificaciones verbales positivas, las orientan funcionalmente” (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2010a).

En la actualidad es común advertir, incluso en interacciones sociales cotidianas, mensajes sobre este tipo de prácticas –de desintegración, de resituamiento y de desacreditación de las madres-, tanto así que interpretamos que en Chile las mismas se conciben como parte integrante de la cultura médica de atención hospitalaria en el país. Para Silvia un solo apelativo era adecuado para describir al personal de enfermería del hospital en el que estuvo su hija ingresada: “Eran medio... eran brutas, sí, eran brutas [silencio]. Eran brutas” (Silvia).

Bajo estas condiciones la participación de la madre en el cuidado del hijo se presenta complicada. En general la calificamos de pasiva pues se limita fundamentalmente a la escucha de instrucciones y sugerencias de cuidado. No se permite en estas áreas una participación que implique un verdadero aprendizaje basado en el ensayo y el error. Y en ningún caso el cuidado se deja al arbitrio de la madre, impedida de tomar ninguna decisión sobre el mismo. Similarmente a lo que ocurre en otros países de la región, en Chile, en general, parece no haber penetrado el modelo de participación en los servicios de neonatología basado en el cuidado compartido entre madres y enfermeras, antes al contrario y como revelan los trabajos de Gallegos Martínez, Monti Fonseca y Silvan Scochi para el caso mexicano, esta participación se observa desigual en relación al poder que muestran poseer madres y enfermeras:

“La forma como viene dándose esa participación, donde la madre no participa en la toma de decisiones, no contribuye para la construcción del cuidado compartido entre madres y enfermeras, las distancia y fortalece la ejecución del cuidado fragmentado, dividido en partes, de acuerdo con el valor atribuido a cada cuidado, pues la madre participa en los cuidados más domésticos que son los menos valorados por su menor exigencia intelectual” (Gallegos Martínez, Monti Fonseca y Silvan Scochi, 2007, 246).

Cuando la participación se hace efectiva se genera la oportunidad para que el personal de enfermería desacredite a la madre. La experiencia de la autora provee ejemplos notables de este tipo de ejercicios de desempoderamiento y desautorización, como en aquella ocasión en la que se reprendió a la autora por haber colocado incorrectamente un pañal a su hijo y se la responsabilizó, en consecuencia, por haberse manchado la incubadora de deposiciones. Lamentable es como califica la autora el modo en que se condujo una enfermera la primera vez que trató de amamantar a su hijo en la sala de cuidados intermedios. Detenidamente miraba su rostro y decidió tomarse unos segundos antes de realizar el intento cuando, en el momento más mágico de su estadía en el servicio, una enfermera interrumpió diciendo: “Vamos, ¿a qué espera? Introdúzcale el pezón en la boca”. La violencia simbólica del poder se manifiesta a través de estas prácticas que intervienen directamente en el desarrollo de actitudes de sometimiento de la madre.

4. Fotografía de la autora. Amamantando en los Servicios de Neonatología.



## 5. Fotografía de la autora. Amamantando en los Servicios de Neonatología.



Si la participación en el cuidado del recién nacido se realiza con dificultades, mayor resistencia encuentran las madres con respecto a la realización de métodos que implican un mayor contacto con los bebés prematuros, esto es, el Método Canguro y el “piel con piel”:

“Para mí era súper importante el tema del apego. Yo había leído mucho, quería estar con ella, vi videos en internet en donde a los prematuros en Estados Unidos, por ejemplo, se los dan a los papás, que estén piel a piel, acá no se dio eso. Entonces, claro, falta el tema del apego. De hecho a mí eso me complicó mucho porque por ejemplo a ella, después de pasarle un medicamento, donde la tuvieron a cero de alimentación por todo un día, al otro día le colocaron un catéter de alimentación en un bracito y era muy delicado. Y yo, bueno, en un minuto estaba sentada viendo a mi guagua y una matrona me dijo “yo te la paso”, ábrete la polera, me explicó cómo hacer el tema del canguro, súper bien. Llegó una enfermera y me dijo “y usted, ¿por qué está con la guagua?” [Pone voz de pesada y aguda]. Y yo... ¡eh!, “porque me la pasaron”. “¡No!, sabe que aquí le corrió el catéter, estoy segura que le corrió el catéter.” Y yo ya... me moría de pena, me moría de angustia, pedí que por favor le hicieran una radiografía, y gracias a Dios no había pasado nada, pero me la quitaron y no pude tenerla más. Y después a los otros día yo ya, me daba nervio pedirla. Sí, después cuando estuvo un poco menos grave ya me la fueron pasando más” (Claudia).

Del total de informantes sólo dos tuvieron la oportunidad de experimentar con el Método Canguro, Catalina y Claudia –cuyos recién nacidos pesaron 1.710 y 1.750 gramos respectivamente. Decimos experimentar, pues en ningún caso se hizo uso del mismo como un “método”, es decir, no fue practicado a modo de procedimiento sustitutivo de la incubadora. Para ser más exactos, las madres entrevistadas lograron un contacto con el hijo “piel con piel”. En Chile el Método Canguro no es una práctica normalizada, antes al contrario aquello que suele practicarse son aproximaciones al “piel con piel”. Los inconvenientes que suelen encontrar las madres para poder experimentar estas prácticas de cuidado tienen directa relación con la reticencia de las enfermeras que temen por el estado de los pacientes prematuros, sobre todo de aquellos más pequeños y que precisan algún tipo de soporte para el mantenimiento de las funciones vitales –a pesar de los avances en la literatura que demuestran que su puesta en marcha es factible y segura incluso en recién nacidos de 26 semanas de gestación y que requieren equipamiento médico de cierta complejidad (Baley, 2015). Como pone de manifiesto el trabajo de Chia y Sellick, es el poco espacio en las unidades, la escasez de personal para supervisar la técnica y observar los protocolos, además del poco tiempo disponible para instruir a la madre, aspectos que juegan en contra para la puesta en marcha de estos procedimientos (Chia y Sellick, 2006, 25).

La intervención de la madre en el cuidado del hijo prematuro en los servicios de neonatología, considerada como una práctica conducente al establecimiento de la vinculación afectiva y al aseguramiento de la lactancia materna, ha penetrado lenta y tímidamente en la cultura médica en Chile.

De los argumentos mayormente ocupados históricamente por el personal de enfermería para limitar el contacto entre las madres y los hijos prematuros hospitalizados, destaca el relativo a la necesidad de mantener libre de gérmenes el área. De acuerdo con esta consideración desde el advenimiento del parto hospitalario se restringió el contacto entre la madre y el hijo recién nacido. Esta premisa se consideró básica para la práctica del cuidado de los recién nacidos, y más aún, de aquellos nacidos prematuros. Su validez, sin embargo, vino a ser refutada en cuanto se llevó a cabo investigación sobre la factibilidad de admitir en las salas de cuidado de prematuros a las madres, sin que ello supusiese un incremento en la frecuencia de aparición de infecciones en los bebés. Se trata de los trabajos de McBryde (1951), Barnett et al. (1970) y Klaus y Kennel (1983), entre los más importantes, por los que se confirma que es posible introducir a las madres en las áreas de cuidado de los recién nacidos a término o prematuros sin que ello implique peligro clínico alguno o interrumpa la organización de la atención hospitalaria (Barnett et al., 1970, 203). La demostración que la admisión de la madre no significaba un aumento en el riesgo de infección derivó asimismo en el mayor desarrollo de protocolos de limpieza e higiene. Observados estos, la restricción del contacto de la madre con el hijo prematuro carece de sentido.

Sin embargo todavía es un asunto vigente la exclusión de las madres de los servicios de neonatología o la restricción del tiempo de las visitas, que interpretamos como prácticas de resituamiento en sus límites. En Chile, y según lo observado en nuestro trabajo de campo y lo recogido en las entrevistas, a las madres se les restringe la posibilidad de encuentro con el hijo a través de horarios establecidos para las visitas:

“Es súper importante eso, para un niño, que nosotras tengamos horarios de visita más extendidos, que no nos sintamos una visita. La idea es que estemos con los niños al 100%, ellos necesitan de nosotras, de nuestra contención, que les toquemos, que les cantemos, que les hablemos. Todo eso ayuda para que un niño prematuro salga adelante mucho más rápido” (Pamela).

La superación de este obstáculo pasa por la comprensión de la díada madre-hijo como una entidad inseparable cuya desintegración repercute negativamente en el proceso de maduración extrauterino del prematuro y dificulta el establecimiento de la lactancia. A largo plazo la separación entorpece la instauración de una vinculación afectiva segura y positiva.

La exclusión y resituamiento de las madres en las fronteras de las unidades se aprecia asimismo en el establecimiento de horarios para los lactarios, esto es, aquellos lugares en los que la madre puede sacarse leche para entregarla en los servicios dietéticos del hospital. El aspecto de estos espacios varía dependiendo de los hospitales o clínicas por las que nuestras informantes han pasado. Según su percepción los espacios eran exigüos, con poco mobiliario, insuficientes y proporcionaban poca privacidad. En la experiencia de la autora el espacio del lactario no resultó ser cómodo por razones relativas a la inexistencia de bombas de extracción de leche y a la nula intimidad en que debía realizar la extracción. El lugar no permitía intimidad alguna y salvo que la madre tuviese una máquina sacaleches propia, la extracción manual era el único modo posible de extraer leche materna. Profundizaba la sensación de incomodidad el hecho de tener que pedir al personal de enfermería que abriesen la puerta del lactario, que en ocasiones se encontraba cerrada incluso en horario de atención, o que entregasen paños estériles para la extracción. Estas solicitudes acrecentaban en la madre la sensación de exclusión del servicio, toda vez ponían de manifiesto la condición del espacio como un área clausurada y la interpre-

tación de la madre por parte del personal como una visita molesta. El establecimiento de horarios, por otro lado, causaba en ellas dificultades para la organización autónoma del tiempo llegando a entorpecer el acceso a información relevante:

“El tema del lactario que era por horarios. Yo creo que debería ser así como extendido para que pudieras ir en cualquier momento. Debería ser extendido porque a veces justamente pasaba el médico a la hora que yo tenía que estar sacándome leche, entonces para la información, para saber, conversar con el médico, a esa hora me complicaba, me complicaba un poquito ese tema” (Pamela).

No obstante, la consecuencia más grave que se deriva de esta restricción horaria al servicio del lactario es la inhibición del estímulo del pezón, preciso para la secreción de la leche. Las madres necesitan de esta estimulación para poder producir un volumen adecuado de leche para el hijo hospitalizado. La imposición de horarios se traduce en la inexistencia, gran parte del día, de un espacio adecuado a la extracción de leche materna que, a su vez, incide negativamente en el establecimiento de la lactancia con posterioridad al alta médica:

“Como era tan chica, no sabía succionar, entonces en la misma clínica hay una salita para sacar leche. Era dos veces al día. Pero dos veces al día no es suficiente. Porque tienes que tener el estímulo, aparte que el estrés de estar ahí, eso también... Por lo menos a mí me afectó. Entonces yo no tuve casi nada de leche. Casi nada” (Ema).

Para las madres entrevistadas la posibilidad de acceso a un sacaleches se presentó variable. En unos casos no tuvieron acceso a ningún tipo de dispositivo, en otros sólo disponían de sacaleches manual, y en los menos podían servirse de eléctricos simples (en ningún caso eléctricos dobles):

“Yo tenía que sacarme [manual] todos los días leche, porque no tomaba en un principio. Después me sacaba en casa con una maquinita que me prestaron y me la llevaba donde estaba él, pues en la clínica o en el hospital cuando estuvo en el hospital” (Johana).

Los procesos de resituamiento en los límites de los servicios de neonatología tienen lugar en ocasión del establecimiento de horarios, que restringen el acceso permanente de las madres a este espacio protegido. El horario devuelve al margen a la *anomalía*, una y otra vez. No obstante, en el tiempo en que se faculta la visita nuevas estrategias, más o menos conscientes, se generan con el ánimo de limitar la presencia y la participación de las madres en el cuidado de los hijos hospitalizados.

El impacto derivado de la puesta en marcha de este tipo de prácticas de desintegración de la díada madre-hijo sobre el establecimiento de la lactancia se tradujo en nuestro grupo de informantes en una baja tasa de madres que alimentaron exclusivamente a su hijo con leche materna directamente del pecho. En el momento en que realizamos estas entrevistas solo una madre había logrado establecer una lactancia de este tipo, que se extendía hasta el octavo mes. El resto fue progresivamente abandonando la lactancia a través de un proceso lento en el que se combinaba la alimentación a pecho y de leche artificial, hasta que se destetó totalmente al hijo. Esto debido a factores relacionados con la estimación subjetiva de la cantidad de leche producida y de la calidad de la misma, por un lado, y por otro debido a las sugerencias de pediatras de iniciar alimentación artificial –al interpretar el peso del bebé como inadecuado- o de introducir comida sólida en la dieta –comúnmente a los 6 meses de edad:

“Tomó hasta los seis meses él, o sea los tres meses y luego que salió tomó tres meses más y ahí ya no quiso tomar más” (Johana).

“Sí, relleno y ahora puro relleno. No se pudo nada más. Nada más que hacer” (María José).

“No, no. Cuando se pudo al principio y si no fórmula, que la mayoría fue fórmula. El tema era que yo, mi leche no, era mala. Ella tomaba lechecita en la casa cuando le dieron el alta, pero entonces ella bajó de peso, así que me dijeron, “suspéndale y solo relleno” (Alicia).

“Me salió súper poca, así que ya después no valía la pena porque el dolor era para mí y la leche... no salía nada. No, yo me puse demasiado mal y se me cortó la leche porque mi hija estaba mal. O sea a mí no me lo habían dicho pero a mi marido se lo dijeron que no pasaría más de las 72 horas. Entonces igual en esas condiciones... [Silencio] Ver a tu hijo lleno de máquinas, de cables, que no veís que avance en el peso... es estresante. Es fuerte porque tú no esperái vivir eso. Y en el momento te preocupas por el relleno, esa leche le hará bien, le va a provocar problemas estomacales, de estitíquez, al principio, ¡claro! Toda la cosa nueva, sobre todo porque es prematuro, puede causar algún problema” (Ema).

El sentimiento comúnmente expresado por las madres oscilaba entre la tristeza y la culpa. Este hallazgo está en sintonía con los resultados derivados de la Encuesta Nacional de la Lactancia Materna en la Atención Primaria (ENALMA), elaborada en Chile por la Subsecretaría de Salud Pública dependiente del Ministerio de Salud. Según ésta “es posible señalar que entre menor peso, mayor es el riesgo de no lograr la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, siendo en todas las categorías menor al promedio nacional de 56,3%.” (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2013, 25).

#### 4. El tráfico de leche materna. Resistiendo al orden

Cuando hablamos de extracción de leche materna en lactario hacemos referencia a un procedimiento altamente reglamentado que sigue un protocolo de higiene pautado por el personal de enfermería. El objetivo de este protocolo es la obtención de leche bajo condiciones sanitariamente aptas, que limiten la presencia de microorganismos en cantidad superior a las permitidas en las normas vigentes y que se presuman nocivas para la salud de los recién nacidos prematuros hospitalizados. Se trata asimismo de una garantía de seguridad para el hospital, que limita de tal modo la adjudicación de responsabilidades que pudieran derivarse de problemas sanitarios. Bajo la autoridad de los servicios las madres deben observar una serie de normas relativas a la limpieza del cuerpo y de los instrumentos que usen durante y después de la extracción (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2010a, 137).

Específicamente en el lactario las madres deben: “[...] sacarse joyas, tomarse el cabello, retirar la ropa de la cintura hacia arriba y lavarse las manos con jabón, los pechos solo con agua. Secarse las manos y pechos utilizando toalla desechable. Colocarse el delantal limpio, cubriendo la espalda y abierto hacia delante [...]” (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2011, 10). El lavado de manos que allí se realiza se denomina *clínico* y se efectúa siguiendo unas pautas particulares, que tornan más artificioso el protocolo y, por tanto, más exigente el proceso de extracción (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2011, 14-15).

Inicialmente la madre es entrenada por parte del personal (matrona o enfermera) lo que supone una exposición del cuerpo frente al personal a menudo intimidante. La inseguridad de la madre a menudo impide que la extracción culmine con un volumen considerado adecuado por parte del personal, es entonces cuando frente a las expectativas iniciales se suscita un sentimiento de fracaso. La leche extraída y envasada en los recipientes suministrados por los Servicios Dietéticos de los hospitales, se etiqueta incluyendo el nombre del bebé hospitalizado y la fecha de extracción. Es en estos servicios, denominados SEDILE, que se realizan los controles nutricionales y bacteriológicos sobre la leche, a fin de establecer su adecuación para ser entregada a los bebés prematuros. En ocasiones la leche se desecha. Cuando esto ocurre el servicio informa a la madre y se reinicia el programa de entrenamiento a fin de perfeccionar el procedimiento de lavado de manos y extracción de leche.

Extraer leche materna bajo estas condiciones produce un impacto negativo sobre la madre a nivel emocional. En proceso de duelo por la pérdida de oportunidad de parir por vía vaginal y en recuperación de la conmoción que implica el nacimiento prematuro, la madre trata de aceptar la situación, así como la condición de prematuridad del hijo. La imagen

ensoñada del abrazo materno las sume en una tristeza profunda ante la imposibilidad de contacto con el hijo. La extracción en consecuencia se experimenta como una obligación autoimpuesta que responde al firme compromiso que posee con la recuperación del hijo. Las madres entrevistadas dicen haber realizado todos los esfuerzos posibles por estimular la producción de leche, a pesar de considerar la extracción en estas condiciones como una empresa penosa. Sentarse en un lactario tratando de generar imágenes mentales positivas sobre el hijo, rodeada de otras madres en situación análoga, bajo protocolos sumamente rígidos llevaron a la autora a generar sentimientos trágicos sobre los que más tarde poetizó: “cada tres lágrimas, una gota de leche”.

Una leche recolectada y manipulada bajo las reglas de la asepsia. No se trata de una leche simplemente, se trata de un producto que el servicio sacraliza a través de los protocolos de extracción y los controles bacteriológicos, y que mana de un cuerpo contaminante. Esa es la mayor de las paradojas que aparecen frente a un observador agudo. A mayor tiempo de hospitalización del hijo más y más naturaliza la madre el protocolo hasta que termina concibiéndose a sí misma como una contaminación. Tejidos, mucosas, pelo, uñas, todo acaba convirtiéndose en un elemento de desorden, promesa de contagio o corrupción de la leche. Recuerda la autora aquel pensamiento inevitable que surgió inesperadamente en el minuto previo al primer amamantamiento del hijo, “¡no iré a contaminar yo a mi hijo!”. La misma reflexión la realizaron parte de las madres entrevistadas:

“¡Claro! ¿Cómo iba a ser eso? Era tanto lavarse que luego era como raro dar el pecho (...) yo al principio igual me lavaba el pezón hasta que, después en casa cuando ya salimos de la neo, comencé con problemas en el pezón. Una asesora de lactancia después me retaba... que cómo era eso de lavarse tanto el pecho, que con la pura saliva del bebé, eso tenía que ser. Pero, claro, uno queda vacunado con tanto lavado” (Ana María).

La leche materna por tanto viene a ser concebida en el servicio como una vía de contaminación. Ya no es únicamente el cuerpo de la madre, sino su leche cuya eliminación, luego de pasados los controles, es encarnación de la exclusión que experimenta la madre. Asimismo, la prohibición de entrega de leche donada por otras madres al servicio, que comparten su leche de forma desinteresada, la interpretamos como una táctica de prevención contra el desorden. En la donación se encuentra el origen de la formación de un grupo resistente al poder, que podría llegar a poner en tela de juicio las prácticas que se dirigen a la desintegración de la díada madre-hijo. La madre que ofrece es figura de subversión y resistencia en el contexto del servicio. En nuestro grupo de informantes sólo una había intentado socorrer a una madre a través de la entrega solidaria de leche materna. Se presiente en ella un poder liberador que atenta contra el orden y las razones para el establecimiento de las prohibiciones:

“Yo tenía harta y me daba tanta pena ver a aquella mamá tratando de sacarse. Es muy duro esto, nadie lo sabe lo duro que es. Y así es, unas tienen y otras no, y cuando tu veís a una mamá en esa situación, uno puro quiere darle. Me sobraba, claro, la leche. Y esa leche se botaba, claro. Y a ella no le salía mucha leche, no le salía mucha leche. Ahí estaba el problema y estaba angustiada. Entonces yo le dije que si quería yo le podía dar. Y bueno, no quiso pero sí, yo sí, lo volvería a hacer [ofrecer leche materna]. Si yo tengo leche pa’ dar, la regalo nomás. [...] Si no es cosa que la leche no tenga que pasar por el Sedile, ¿qué tiene que sea mía o de ella si igual van a ver que esté bien, la leche?” (Claudia).

Desafiando a la autoridad encontramos la entrega subrepticia de leche materna. Sin poseer datos científicos a propósito de la magnitud de su incidencia en Chile, su aparición durante el trabajo de campo da cuenta de un modo particular de resistir al poder médico. Según nuestra interpretación se trata de prácticas aisladas o anecdóticas, más no por ello faltas de interés sobre todo si las estudiamos a la luz de las relaciones de poder insertas dentro de las áreas de neonatología. A nuestro entender suponen una resistencia al orden que expulsa a las madres y las resitúa en los márgenes de los servicios. Una resistencia a una autoridad que las desacredita y desempodera frente al hijo y merma su

autoestima. Una resistencia al poder que puede llegar a calificarlas como malas madres o incompetentes, y que las interpreta como vectores de infección o contaminación. Se trata de un acto de rebeldía contra un poder que, al fin y al cabo, no les permite ser madres pues tienen vedado su acceso al hijo.

Las formas en las que esta resistencia se ha presentado durante nuestro trabajo de campo son dos, en un caso las madres al interior de una unidad de neonatología se han entregado leche y en otro las madres han recurrido a leche de otras madres que se encontraron al exterior del servicio. A esta práctica la denominamos *tráfico de leche materna* por situarse fuera de los límites de lo reglamentario en las unidades de neonatología. Su aparición da cuenta del contexto de control social característico de estas unidades que afecta a las madres y revela la ansiedad materna por el cuidado y la supervivencia de los hijos.

En el primer ejemplo de *tráfico* encontramos a una madre que frente a un descenso sentido en la producción de leche, y ante la preocupación que le suscitaba el más que probable suministro de leche artificial a su hijo por parte del servicio, buscó entre sus redes sociales de cuidado una madre aliada que le entregase leche materna. Su población, un barrio urbano periférico, sirvió de cantera de donantes:

“Yo me conseguí porque a mí se me cortó, por el estrés se me cortó y me conseguí y la llevé. Era de una madre de fuera del hospital, que tenía harta leche. Justo su guaguüita nació en el tiempo de la mía. Igual ella me decía que le daba susto por el tema de los controles. Y claro, pero yo le dije que se la sacara igualito que me dijeron a mí, lavándose y con el gorro. Me dio para unas cuantas veces. Y nunca me botaron la lechecita de ella. Igual tú no querís depender de otra mamá y tampoco que le den relleno tan de guagua, por las cuestiones de la digestión y los problemas. Así que igual seguí sacándome hasta que me empezó a salir de nuevo. Y también en un minuto estuvo con fórmula, pero no tanto, no fue tanto, fueron como... menos de una semana que estuvo con fórmula”.

El segundo caso se trata de una informante que recibió el ofrecimiento de leche de una madre cuyo hijo se encontraba ingresado en el mismo servicio. Nuevamente la desconfianza hacia la leche artificial como sustituto de la leche materna, generaba un temor a propósito de las alteraciones que aquélla pudiera generar en el proceso digestivo del hijo, entre otras:

“Obviamente no se le podía dar leche de otra madre que no fuera la de una pero a mí ya no me quedaba. El tema de la preocupación, el cansancio, la neo me hizo mal y no tenía mucha leche. Y entonces a mí me ofreció una mamá leche, sí, porque ella tenía mucha leche. Nos encontrábamos en el lactario y conversábamos hartito y al final llegamos a un acuerdo. Le acepté su leche porque yo además veía cómo lo hacía y seguía los protocolos de la limpieza que nos había enseñado la matrona. Si no hubiese sido de ahí mismo, de la neo, no sé si la hubiese tomado. Entonces, al momento de ponerle el nombre y la fecha en el pote pues le ponía el mío y listo. Igual tenía el temor de si..., claro, si la mamá sale antes que uno...yo pensaba, tampoco no puedo acostumbrar a mi hija a la leche materna de otra persona porque no sé cuánto tiempo me la va a poder dar. Porque también corres ese riesgo, que el bebé de esa persona salga mucho antes que el tuyo y esa leche se acaba. Entonces igual es un tema súper complejo. [...] Fueron como tres veces que entregué de su leche porque ya ella, le quedaba poco tiempo en la neo y bueno, al final uno tiene que aceptar nomás que tiene que darle relleno. Y hasta el día de hoy es relleno nomás. Nada que hacer”.

## 5. Conclusiones

En el presente trabajo hemos tratado de demostrar como el personal de salud de los servicios de neonatología, específicamente el personal de enfermería, practica formas diversas de desintegración de la diada madre-hijo. Estas incluyen ejercicios de resituamiento en los márgenes del servicio, cuanto no de exclusión de las madres, dirigidos fundamentalmente al mantenimiento del orden y la reproducción del poder del personal. La participación de las madres en este contexto se encuentra por tanto limitado a la realización de unas pocas tareas de poca consideración. En general calificamos de escaso y pobre el

entrenamiento que debiera generarse producto de una asociación entre enfermeras y madres para el cuidado compartido de los hijos hospitalizados. Antes al contrario, se practica con las madres la reprimenda ante el intento por cuidar al hijo y el reproche en cuanto se estima que la conducta de la madre pudiera producir un menoscabo en las condiciones de cuidado que se procuran en el servicio. La sensación de las madres de ser interpretadas por parte del personal de enfermería como una visita incómoda se recoge en el trabajo, así como las prácticas que intervienen en que esta percepción se construya, estas son de desacreditación de la función maternal y de desautorización de la madre.

Efecto de esta exclusión, que separa tempranamente a la madre del hijo y desintegra constantemente la diada, es el desarrollo de un comportamiento sumiso que interviene, a su vez, negativamente en el duelo materno. La necesidad, no obstante, de mostrarse como una buena madre se manifiesta en los intentos reiterados de contacto con el hijo en los horarios permitidos por los servicios. La madre visitadora se presenta en este contexto sometiendo a crisis el orden, observando el trabajo que desarrolla el personal de enfermería, preguntando por el hijo, tratando de tocarlo, cantando y realizando peticiones que se consideran inapropiadas. Desde la primera separación en quirófano a la madre se la estima como vía de contaminación por lo que su presencia se intenta neutralizar. El cuerpo mismo de la madre representa un peligro, como también su leche que se somete a intensos controles nutricionales y bacteriológicos. Una leche inocua para el hijo es la que deben obtener la madres, para lo que se impone protocolos de higiene que le recuerdan que ahí mismo, en su pecho, reside la contaminación. Ella en sí misma es una anomalía a la que mantener bajo vigilancia, tanto a su cuerpo, como a su leche.

## Bibliografía

- Baley, Jill (2015): "Skin-to-Skin Care for Term and Preterm Infants in the Neonatal ICU", *Pediatrics*, n.º 3, vol. 136, pp. 596-599. DOI: 10.1542/peds.2015-2335 [<http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/136/3/596.full.pdf>].
- Barnett, C. R., et al (1970): "Neonatal separation: the maternal side of interactional deprivation", *Pediatrics*, n.º 45, vol. 2, pp. 197-205.
- Bialoskurski, Maria, Cox, Carol L. y Hayes, Julie A. (1999): "The nature of attachment in a neonatal intensive care", *Journal of Perinatal Neonatal Nursing*, n.º 13, vol. 1, pp. 66-77.
- Blackburn, Susan (1998): "Environmental Impact of the NICU on Developmental Outcomes", *Journal of Pediatric Nursing*, n.º 13, vol. 5, pp. 279-289. DOI: [[http://dx.doi.org/10.1016/S0882-5963\(98\)80013-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0882-5963(98)80013-4)].
- Bowlby, John (1954): *Los cuidados maternos y la salud mental. Informe preparado bajo los auspicios de la Organización Mundial de la Salud, como aportación al programa de las Naciones Unidas en favor de la infancia sin hogar*, Washington, Publicaciones Científicas de la Oficina Sanitaria Panamericana. [<http://hist.library.paho.org/English/SPUB/41545.pdf>].
- Bowlby, John (2014): *Vínculos afectivos. Formación, desarrollo y pérdida*. Madrid, Ediciones Morata.
- Charpak, Natalie, Ruiz-Peláez, Juan G., Figueroa de C, Zita y Charpak, Yves (2001): "A randomized, controlled trial of kangaroo mother care: results of follow-up at 1 year of corrected age", *Pediatrics*, n.º 108, vol. 5, pp. 1072-1079. [<http://pediatrics.aappublications.org.ezproxy.puc.cl/content/pediatrics/108/5/1072.full.pdf>].
- Chia, Pauline; Sellick, Ken y Gan, Sharon (2006): "The Attitudes and Practices of Neonatal Nurses in the Use of Kangaroo Care", *Australian Journal of Advanced Nursing*, n.º 23(4), pp. 20-27. [<http://www.ajan.com.au/Vol23/Vol23.4-3.pdf>].
- Douglas, Mary, (1973): *Pureza y peligro: un análisis del concepto de contaminación y tabú*, Madrid, Siglo XXI.
- Gallegos Martínez, Josefina; Monti Fonseca, Luciana Mara y Silvan Scochi, Carmen Gracinda (2007): "Participación de madres/padres en el cuidado del niño prematuro en la unidad neonatal: significados atribuidos por el equipo de salud", *Revista Latino-americana de Enfermagem*, vol. 15, n.º 2, pp. 239-246. [<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000200008>]

- Ilabaca, Juan y Atalah, Eduardo (2002b): "Comparación de la prevalencia y porcentaje de acuerdo entre dos métodos de análisis de la lactancia materna", *Revista Chilena de Pediatría*, n° 6, vol. 73, pp. 583-589 [[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062002000600004&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062002000600004&lng=es&nrm=iso)].
- Ilabaca, Juan y Atalah, Eduardo (2002a): "Tendencia de la lactancia materna en el Servicio de Salud Metropolitano Sur", *Revista Chilena de Pediatría*, n° 2, vol. 73, pp. 127-134 [<http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062002000200004>].
- Jackson, Karin; Ternstedt, Britt-Marie y Schollin, Jens (2003): "From alienation to familiarity: experiences of mothers and fathers of preterm infants", *Journal of Advanced Nursing*, n°43, vol. 2, pp. 120-129 [<http://onlinelibrary.wiley.com.ezproxy.puc.cl/doi/10.1046/j.1365-2648.2003.02686.x/full>].
- Johnson, Amy N. (2007): "The maternal experience of Kangaroo Holding", *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, n°36, 568-573. [<http://dx.doi.org/10.1111/j.1552-6909.2007.00187.x>]
- Johnson, Amy N. (2008): "Promoting maternal confidence in the NICU", *Journal of Pediatric Health Care*, n°22, vol. 4, pp. 254-257 [[https://www-clinicalkey-com.ezproxy.puc.cl/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S0891524507004932.pdf?locale=en\\_US](https://www-clinicalkey-com.ezproxy.puc.cl/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S0891524507004932.pdf?locale=en_US)].
- Kearvell, Hayley y Grant, Julian (2010): "Getting connected: How nurses can support mother/infant attachment in the neonatal intensive care unit", *Australian Journal of Advanced Nursing*, n° 3, vol. 27, pp. 75-82 [[http://www.ajan.com.au/vol27/27-3\\_ Kearvell.pdf](http://www.ajan.com.au/vol27/27-3_ Kearvell.pdf)].
- Klaus, Marshal H. y Kennel, John H. (1983): "Parent to infant bonding : Setting the record straight", *The Journal of Pediatrics*, n° 102, pp. 575-576.
- Legault, Martine y Goulet, Céline (1995): "Comparison of kangaroo and traditional methods of removing preterm infants from incubators", *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, n° 24, vol. 6, pp. 501-506.
- Ludington-Hoe, Susan M., Anderson, Gene C.; Swinth, Joan Y.; Thompson, Carol y Hadeed, Anthony J. (2004): "Randomized controlled trial of kangaroo care: cardiorespiratory and thermal effects on healthy preterm infants", *Neonatal Network*, n° 23, vol. 3, pp. 39-48.
- Ludington-Hoe, Susan M.; Anderson, Gene C.; Simpson, Sharleen; Hollingsead, Annie; Argote, Luz Angela y Rey, Humberto (1999): "Birth-related fatigue in 34-36-week preterm neonates: rapid recovery with very early kangaroo (skin-to-skin) care", *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, n° 28, vol. 1, pp. 94-103 [<http://onlinelibrary.wiley.com.ezproxy.puc.cl/doi/10.1111/j.1552-6909.1999.tb01970.x/full>].
- Ludington-Hoe, Susan M.; Nguyen, Nhuha; Swinth, Joan Y. y Satyshur, Rosemary D. (2000): "Kangaroo care compared to incubators in maintaining body warmth in preterm infants", *Biological Research for Nursing*, n° 2, vol. 1, pp. 60-73 [<http://journals.sagepub.com.ezproxy.puc.cl/doi/abs/10.1177/109980040000200107>].
- Ludington-Hoe, Susan M.; Thompson, Carol; Swinth, Joan Y., Hadeed, Anthony J. y Anderson, Gene C. (1994): "Kangaroo care: research results, and practice implications and guidelines", *Neonatal Network*, n° 13, vol. 1, pp. 19-27.
- McBryde, Angus (1951): "Compulsory rooming-in in the Ward and Private newborn service at Duke Hospital", *J.A.M.A.*, n° 9, vol. 45, pp. 625:628. [[http://jamanetwork.com/pdfaccess.ashx?url=/data/journals/jama/7699/jama\\_145\\_9\\_004.pdf&routename=jama](http://jamanetwork.com/pdfaccess.ashx?url=/data/journals/jama/7699/jama_145_9_004.pdf&routename=jama) ]
- Ministerio de Salud, Gobierno de Chile (2010a): "Manual de Lactancia Materna Ministerio de Salud", Subsecretaría de Salud Pública, Departamento de Asesoría Jurídica, pp. 3-236 [[http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/manual\\_lactancia\\_materna.pdf](http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/manual_lactancia_materna.pdf)].
- Ministerio de Salud, Gobierno de Chile (2010b) "Orientación Técnica para Servicios Dietéticos de Leche (Sedile) y Central de Fórmulas Enterales", Ministerio de Salud, pp.1-112 [<http://web.minsal.cl/portal/url/item/981995bf3d45eff0e04001011e0158ef.pdf>].
- Ministerio de Salud, Gobierno de Chile (2011): "Norma y procedimientos de extracción de leche materna", Servicio de Salud Maule, Hospital Regional de Talca, Servicio Dietético de Leche, pp. 2-17 [[http://www.hospitaldetalca.cl/adicional/documentos/NORMA\\_Extraccion\\_de\\_leche\\_materna.pdf](http://www.hospitaldetalca.cl/adicional/documentos/NORMA_Extraccion_de_leche_materna.pdf)].
- Ministerio de Salud, Gobierno de Chile (2013): "Informe Técnico. Encuesta Nacional de Lactancia Materna en la Atención Primaria (ENALMA)", Subsecretaría de Salud Pública, pp. 2-47 [[http://web.minsal.cl/sites/default/files/INFORME\\_FINAL\\_ENALMA\\_2013.pdf](http://web.minsal.cl/sites/default/files/INFORME_FINAL_ENALMA_2013.pdf)].
- Novoa, José M.; Milad, Marcela; Vivanco, Guillermo; Fabres, Jorge y Ramírez, Rodrigo (2009): "Recomendaciones de organización, características y funcionamiento en Servicios o Unidades de Neonatología. Recomendación de Rama", *Revista Chilena de Pediatría*, n°80, vol. 2, pp. 168-187 [<http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062009000200010>].
- Odent, Michel (2006): *El granjero y el obstetra*, Buenos Aires, Editorial Creavida.

Odent, Michel (2011a): *El bebé es un mamífero*, Santa Cruz de Tenerife, Editorial Ob Stare.

Odent, Michel (2011b): *El nacimiento en la era del plástico*, Santa Cruz de Tenerife, Editorial Ob Stare.

Penders, John; Thijs, Carel; Vink, Cornelis; Stelma, Foekje F.; Snijders, Bianca; Kummeling, Ischa; Van Den Brandt, Piet A. y Stobberingh, Ellen E. (2006): "Factors influencing the composition of the intestinal microbiota in early infancy", *Pediatrics*, n.º 118, vol. 2, pp. 511-21 [<http://pediatrics.aappublications.org/content/118/2/511>] DOI: [10.1542/peds.2005-2824].

## Notas

1. Definimos como *renuncia al amamantamiento causada* al abandono de la intención de amamantar o de la práctica del amamantamiento en ocasión de un contexto desfavorable determinado por prácticas, actitudes, concepciones culturales que provocan la pérdida del incentivo por amamantar o que directamente se dirigen a su privación.
2. Quisiéramos aquí hacer notar al lector que en el momento en que se desarrollaba la segunda etapa de la investigación existía el Banco de Leche del Hospital Sótero del Río perteneciente a la red pública de salud. Sin embargo, de las madres entrevistadas ninguna tuvo acceso al banco de leche. De las madres cuyos hijos nacieron en el hospital Sótero del Río ninguna pudo ser receptora de leche donada al banco, pues el servicio no estaba todavía operativo en el momento del nacimiento. En ausencia de banco de leche, las madres que forman nuestra muestra solo tuvieron acceso a leche de otras madres a través de la entrega gratuita.
3. Definimos "desintegración de la díada madre-hijo" a todo un conjunto de conductas desarrolladas por personal de salud cuyos efectos, buscados o no buscados, impactan negativamente sobre el proceso de establecimiento tanto de la relación de apego entre madres e hijos prematuros que se encuentran en situación de separación temprana en razón de la prematuridad, como de la lactancia. Se trata de un tipo de comportamiento que se manifiesta no únicamente en el desarrollo de procedimientos médicos y de cuidado que exigen la separación misma de la madre del hijo, sino que se establecen en los intervalos de tiempo intermedios entre atenciones que se disponen a la observación y vigilancia del paciente por parte del personal. Son las concepciones sociales que posee el personal sobre la madre como un sujeto contaminante y la lactancia como proceso inevitable a pesar del cual deben desarrollar su trabajo, las que guían este comportamiento muchas veces interpretado como necesario para el mantenimiento de la asepsia en el área y la protección del paciente. Principal consecuencia de esta forma violenta es la evitación, consciente o no, del establecimiento del vínculo entre madre e hijo.
4. Definimos "desacreditación de la función maternal" a toda acción dirigida al deterioro de la representación positiva de la madre como el sujeto apropiado para el cuidado del hijo. Efectos principales de las prácticas de desacreditación son la pérdida de la estimación propia y pública que la madre intenta organizar, y su consecuente desempoderamiento. Esto debido esencialmente al impacto que genera la estructura de jerarquía de poder presente al interior de estas instituciones sobre la madre.
5. Cuando nos referimos a "tácticas de desautorización" hacemos mención a aquel ejercicio de poder que ejecuta el personal de salud, consciente o inconscientemente, cuyo resultado es el desposeimiento de autoridad de la madre para el cuidado del hijo prematuro. A través suyo se evidencia la estructura de poder y la situación de subordinación de las madres dentro de tal esquema. Elemento esencial que organiza tal configuración es conocimiento médico autorizado, siendo su legitimación histórica y social su principal fortaleza.
6. La IV Marcha por la Prematurez se realizó en Santiago de Chile la mañana del sábado 26 de noviembre de 2016 en el centro de la ciudad.
7. Cuando se cite verbatim originales de estas personas, siempre se respetará, como es habitual en antropología, el habla dialectal del español-castellano correspondiente, y en tanto que no comprometa la plena comprensión del texto.
8. Esta observación, no obstante, puede también hacerse sobre cualquier parto hospitalario. Desarrollos técnicos y tecnológicos han profundizado la estandarización de los procesos de parto y la concentración de los nacimientos en los hospitales (Odent, 2006, 33-34). Michel Odent realiza una interesante observación: a pesar de estar altamente medicalizados (suministro de oxitocina, de anestesia peridural, realización de episiotomía, etc.) hemos terminado denominando a estos partos como "normales" (Odent, 2006, 36).
9. En un intento por prevenir la enfermedad y la muerte en los bebés prematuros la ciencia médica ha terminado patologizando esta condición. Numerosos estudios tratan de demostrar que aquello que podría estar produciendo enfermedad, en el caso de recién nacidos prematuros, es precisamente la separación de la madre y presentan datos interesantes a propósito del uso del método canguro en bebés nacidos prematuros (Ludington-Hoe et al., 1994, 1999, 2000, 2004; Legault y Goulet, 1995; Charpak et al., 2001).

10. El tiempo inmediatamente posterior al nacimiento es decisivo en lo que a su colonización bacteriana refiere. El bebé nace libre de gérmenes y aquellos para los que está preparado entrar en contacto son los microbios conocidos por el sistema inmunológico de la madre. Más aún la flora intestinal de cada uno de nosotros se forma en los minutos siguientes al nacimiento y representa el 80% del sistema inmunológico (Odent, 2006, 13). Los bebés nacidos por cesárea presentan con respecto a los bebés nacidos por parto vaginal, un número menor de Bifidobacterias y Bacteroides, mientras que suelen estar más colonizados por *Clostridium difficile*, una bacteria que suele encontrarse en el sistema digestivo de personas que suelen pasar mucho tiempo en los hospitales, o que han sido tratados con antibióticos (Penders et al., 2006).
11. Además de este tipo de concepción sobre la madre, colabora en el proceso de separación temprana la resistencia de los profesionales de la salud a cambiar de paradigma, por cuanto tal cambio precisa un examen crítico de las actitudes presentes en la intervención y una revisión de los protocolos. Como apunta Baley: "There may be resistance among health care providers regarding offering SSC (Skin to Skin Care). This resistance could stem from fear of harm to the infant or from lack of experience, time, or assistance to transfer the infant to the parent and/or monitor the infant's well-being. A nursing simulation-training program may help promote acceptance of SSC. Multiple guidelines for the provision of SSC have been published, and each facility needs to consider staffing, experience, and resources in the development of its institutional guidelines. Because SSC has been shown to be feasible and safe in the NICU in infants as young as 26 weeks' gestation, with benefits for both parents and infants, facilities are encouraged to offer this care when possible" (Baley, 2015, 598).
12. Sobre esto mismo apuntan Gallegos Martínez, Monti Fonseca y Silvan Scochi al repasar ciertos hitos en la historia de la hospitalización del parto, que las madres de bebés de prematuros, y aún aquellas cuyos hijos nacían a término, fueron paulatinamente concebidas como amenazas a la fragilidad del hijo y como fuente de infecciones, "siendo, por lo tanto, impedida de mantener contacto con él, mirando solo a través de ventanas" (Gallegos Martínez, Monti Fonseca y Silvan Scochi, 2007, 1-2).
13. Sobre este tipo de limitaciones, consideradas como factores que entorpecen la relación madre-hijo en el "período crítico" (Odent, 2011b, 42), o "fase sensible" (Klaus y Kennel, 1983) del nacimiento y que obstaculizan el establecimiento del vínculo de apego (Bowlby, 1954, 2014; Bialoskurski et al., 1999; Johnson, 2007) durante el período de hospitalización de los bebés prematuros, diversos autores apuntan que provocan ansiedad en la madre y generan una sensación de pérdida de control sobre la situación que afecta en el desarrollo del rol maternal y la vinculación afectiva (Johnson, 2008; Blackburn, 1998; Chia y Sellick, 2006). En tales estudios se señala a la enfermera como el profesional más apto para la promoción del proceso de vinculación madre-hijo, entre otros, y se indica la relevancia de la calidad del cuidado recibido por este profesional para el establecimiento de un vínculo positivo.
14. El reciente estudio de Jill Baley indica que las prácticas como el *skin-to-skin care* deben ser alentadas lo antes posible, y que son factibles y seguras incluso en las Unidades de Cuidados Intensivos con bebés prematuros de 26 semanas. En tanto, las implicaciones para la práctica clínica tienen relación con el desarrollo de guías y protocolos, así como con el continuo monitoreo cardiovascular y de posición tanto de la cabeza del bebe como de la estabilidad de los dispositivos endotraqueales o intravenosos:
- "Implications for Clinical Practice:
1. It has been shown that skin-to-skin care results in improved breastfeeding, milk production, parental satisfaction, and bonding.
  2. Both parents can be encouraged to provide skin-to-skin care, with appropriate guidelines and protocols, for both preterm and term infants in the NICU.
  3. Despite apparent physiologic stability during skin-to-skin care, it is prudent that infants in the NICU have continuous cardiovascular monitoring and that care be taken to monitor correct head positioning for airway patency as well as the stability of the endotracheal tube, arterial and venous access devices, and other life support equipment" (Baley, 2015, 596).
15. Sorprende el uso de términos como *irreal*, *virtual*, *extraño*, que remiten a esta experiencia sentida como ajena que ocupan algunas madres cuando se expresan sobre la experiencia de la cesárea y que encontramos en el trabajo de Jackson et al. (2003). Específicamente estos autores hacen uso del término *alienation* para referir a una de las cuatro fases por las que las madres suelen pasar en su proceso de internalización de la paternidad o *parenthood* (Jackson et al., 2003, 122).
16. Nótese que en el contexto de este estudio no es el paciente la figura antitética como suele establecerse en los trabajos propios de la antropología crítica médica, que indagan las relaciones de poder al interior de las instituciones médicas. No se trata aquí del sujeto paciente, problemático en cuanto resistente al orden, sino su madre. Su condición de recién nacido le impide ejercer cualquier resistencia y es la madre la que en su rol protector puede resultar riesgosa para el orden social hospitalario. Antes al contra-

rio el bebé prematuro es un sujeto en perfecta armonía con el mismo, pues él es la condición de posibilidad del servicio y no constituye riesgo alguno para el orden a su interior.

17. En conversaciones con las madres se les dio a conocer la existencia de la Unidad de Cuidados Intensivos neonatal y Pediátrica del Hospital St. Joseph en Berlín- Tempelhof, en la que se realiza una práctica denominada *rooming-in* que consiste en ingresar juntos a la madre y al hijo recién nacidos, y tratarlos como una unidad. Véase <http://www.arquitecturadematernidades.com/en/blog/visita-la-unidad-de-cuidados-intensivos-neonatal-y-pediatria-del-hospital-st-joseph-en-berlin> (24/01/2017). En respuesta a esta información las madres comenzaron a dialogar sobre lo mucho que podría haberles ayudado en sus experiencias, en materia de apego y lactancia, un estilo de hospitalización de este tipo. Dieron cuenta por otro lado, la inadecuación de los lugares para el descanso y la alimentación, que consideran insuficientes (en la mayor parte de caso butacas en pasillos aledaños a las unidades) e inapropiado (los lugares disponibles para la alimentación suelen ser cafeterías en las que sirven comida poco saludable o máquinas expendedoras de alimentos industriales, no disponían de lugares de uso exclusivo para este fin). Gran parte de las informantes consideran que su estado durante la hospitalización del hijo era de extenuación y pobre alimentación.

Antecedente histórico del *rooming-in* se encuentra en 1951 en el servicio de neonatos del Duke Hospital en Estados Unidos (McBryde, 1951). La iniciativa de desarrollo de una unidad en la que las madres pudieran dormir con sus hijos como medida de aseguramiento de la salud de los recién nacidos y freno de las epidemias infecciosas como la diarrea del neonato, tuvo su origen en una investigación encabezada por el doctor Angus McBryde, con la que pretendía demostrar que las salas de cuidado de bebés constituían una fuente de peligro para el desarrollo de infecciones. Según el autor un año fue preciso para persuadir al personal que el *rooming-in* era deseable, y que la oposición a que la prueba fuese llevada a cabo provino fundamentalmente de las enfermeras y los obstetras. Éstos creían que la nueva práctica conllevaría un riesgo añadido para la salud de los niños. Antes al contrario se redujo la incidencia de infecciones y se vio aumentada la tasa de amamantamiento, además de constatar mayor satisfacción en el recién nacido y la madre (McBryde, 1951, 625-626).

18. Entre los resultados del trabajo de estas autoras que interesan para este estudio se encuentra la consideración de *desventaja* la presencia de los padres en la unidad pues a su entender “modifica el ambiente [...] que los padres interfieren en la dinámica de trabajo y no centran la atención en el hijo”. Sumado a estos inconvenientes, la presencia provoca en el profesional “miedo de posibles cuestionamientos o denuncias por parte de la clientela”, en consecuencia “la enfermera se siente intimidada con las preguntas acerca del bebé hechas por aquellos [padres] más preparados, llegando a ser impedidos de adentrarse en la unidad neonatal.” Por lo tanto, “en la visión de las enfermeras, las madres deben ayudar sin ser invasivas. Eso significa que las madres/padres pueden permanecer en la unidad sin romper las reglas del servicio y, para ello, el equipo, en especial de enfermería, fija horarios de acceso de los padres a la unidad neonatal”. Se ponen de manifiesto también en este trabajo las prácticas de resituamiento y desautorización que observamos y encontramos en las narrativas de las madres informantes. En palabras de Gallegos Martínez, Monti Fonseca y Silvan Scochi, “la enfermera puede ser una de las principales barreras para esa permanencia, porque las enfermeras creen que los padres son fuente de estrés y consumen su valioso tiempo” (2007). Similarmente a estos autores, Johnson (citado en el trabajo de Kearvell y Grant, 2010) observa que “while nurses and other health care workers provide specialised care for sick and premature infants in hospital, many mothers struggle with limitations in their maternal role (Johnson, 2008, 255)” (Kearvell y Grant, 2010, 76). Nuevamente, “neonatal nurses play a crucial role in assisting the attachment process by promoting and encouraging early mother-infant interaction (Chila and Sellick, 2005, 20)” (Kearvell y Grant, 2010, 77), por lo que el personal de enfermería “need to be aware of their authority and positively assert non-judgemental, trustful and open relationships with mothers” (Kearvell y Grant, 2010, 81). En el trabajo de Jackson et al. se alude a la sensación expresada por las madres, cuyos hijos se encontraban en unidades de neonatología, de estar entrometiéndose (*intruding*) en el dominio de la enfermera. Incluso algunas madres expresaron haber percibido “signals that the baby belonged to the health care system and that they were just “borrowing” the child” (Jackson et al., 2003, 124). Usualmente son las actitudes de las enfermeras las que estimulan este tipo de percepciones en las madres. La experiencia de la autora suministra un ejemplo de cómo el personal de enfermería promueve esta sensación en las madres. Durante la primera visita fue alertada de la prohibición de besar al hijo. Sin embargo, en una visita posterior sorprendió a una enfermera besando a su hijo mientras lo tomaba en brazos.
19. Otra de las anécdotas de la autora informa asimismo de la concepción hipersexualizada del acto de amamantar que posee el personal de salud y que manifiesta la idea generalizada de los pechos como partes dispuestas, antes que nada, al goce sexual. La erótica que rodea al pecho femenino impide una normalización de la lactancia también en el contexto del servicio de neonatología. En varias ocasiones en el Área de Cuidados Intermedios se censuró a la autora por el modo en que liberaba su pecho y lo

presentaba al hijo, bajando el jersey o desabrochando la parte superior de la camisa y dejándolo al descubierto. Para el personal la forma adecuada de amamantar era aquella que no atentara contra las reglas del pudor, de lo contrario podría, en expresión de la enfermera, “provocar” a los padres que acompañaban a sus mujeres en el servicio e “incomodar” a las madres. El efecto de este tipo de actitudes sobre la madre es la observación de las sugerencias del personal de enfermería, manifestación del desarrollo de una actitud sumisa de la madre.

20. El Ministerio de Salud del Gobierno de Chile define *lactario* en el Manual de Lactancia Materna del año 2010 como aquel “recinto delimitado físicamente, destinado exclusivamente a la extracción y/o recepción de leche materna (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2010a, 146). En el texto “Recomendaciones de organización, características y funcionamiento en Servicios o Unidades de Neonatología. Recomendación de Rama”, Novoa et al. indican que estos espacios deben configurarse como salas “con adecuada ventilación con mínimo 2 metros cuadrados por cada unidad de lactario con condición de privacidad para la madre” y debieran contar con “Bombas de extracción de leche, 1 por cada 3-4 cupos de hospitalización” (Novoa et al., 2009).
21. Llama la atención la consideración negativa de la leche materna propia, como un producto sin capacidad para nutrir. La ansiedad por el estado de salud del hijo –tanto de madres como de profesionales de la salud y que a menudo se interpreta únicamente como aumento de peso-, unida a la representación de la leche humana inserta dentro de la cultura médica como un alimento ineficiente para la nutrición del bebé prematuro, tiene un peso específico sobre las tasas de amamantamiento. En efecto, como ponen de manifiesto algunos estudios (Ilabaca y Atalah, 2002a y 200b), existen factores asociados a la cultura médica que influyen en las tasas de lactancia. La atención hospitalaria después del parto afecta la duración y frecuencia con que las mujeres amamantan a los hijos, tanto así que no en pocas ocasiones es el propio pediatra o neonatólogo el responsable de la renuncia al amamantamiento. Ejemplos del impacto que genera la percepción médica sobre la leche materna como recurso de alimentación insuficiente lo encontramos en nuestro trabajo de campo: “Todo bien hasta los tres cuatro meses, que empezó, en vez de seguir engordando como esperábamos, empezó a engordar poquito. Mi pediatra fue súper respetuosa porque yo siempre le dije que yo quería alimentación lactancia materna exclusiva, y esperamos como dos o tres meses, pero ya como no subía de peso ahí me comenzaron a dar fórmula. Y ahí ya empecé a dar fórmula, pero sigo dando pecho. Hago mixta, hasta el día de hoy” (Claudia). Esta renuncia viene causada además por la introducción de leches artificiales, en el caso de niños nacidos prematuros durante su hospitalización.
22. La ENALMA consiste en un cuestionario estructurado para ser aplicado por un profesional de la salud a la cuidadora del niño menor de 2 años que asiste a control sano por nutricionista, matrona o enfermera. Como hallazgos importantes se señala que “el tipo de parto puede afectar significativamente en la lactancia materna exclusiva por 6 meses o más, en efecto, las mujeres con parto vaginal tienen una prevalencia de LME (lactancia materna exclusiva) del 59% (siendo la media un 56,3%), mientras que el grupo en que se realizó cesárea disminuye al 52,8%” (Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública, 2013, 19).
23. Fórmula Láctea sanitariamente apta: es aquella que está exenta de parásitos, gérmenes patógenos y hongos. Con características organolépticas normales. Cumple con las exigencias microbiológicas, físicas y químicas dispuestas en el reglamento Sanitario de los alimentos (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2011, 8).
24. Servicios Dietéticos de Leche (SEDILE), espacios físicos diseñados específicamente para la elaboración de fórmulas lácteas destinadas a lactantes. (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2010b, 7)
25. A solicitud de las informantes, nos reservamos dar el nombre de los hospitales en los que está práctica de tráfico de leche se llevó a cabo. En atención a esta petición, así, los extractos de las entrevistas de este acápite no llevan adosado nombre ficticio con el objeto de no proporcionar el nombre de la institución en el que los hijos prematuros fueron hospitalizados y en el que las madres realizaron el *tráfico de leche materna*.