

## ÍNDICE

- 1 - **El apego.** John Bowlby, teoría del apego
- 2 - Mary Ainsworth: la situación extraña
- 3 – Desapego
- 4 – **El embarazo y el parto como puntos vitales**
- 5 – **La culpa**
- 6, 7 – **Rol de padre: La visión actual**
- 8 – **Creando el grupo de apoyo, funciones y talleres Amamanta**
- 9 – **Talleres Amamanta: Benimámet**
- 10 – **Talleres Amamanta: San Marcelino. Beneficios de la lactancia.**
- 11 – **Beneficios de la lactancia.** Salud del bebé.
- 12 – **Beneficios de la lactancia.** Salud del bebé
- 13 – **Beneficios de la lactancia.** Beneficios generales. Trabajo realizado y aportaciones
- 14 – **Trabajo realizado y aportaciones.** Expectativas
- 15, 16 – **El trabajo del psicólogo en el taller. Problemas legales, institucionales y profesionales que dificultan la lactancia materna y el trabajo y funcionamiento de los talleres y de los voluntarios.**
- 16 – **Hechos observados :** Epidural
- 17 – **Hechos observados :** Actitud ante el taller
- 18 – **Hechos observados :** Asiduos y nuevos
- 19 – **Anexo: Planificación taller de padres**
- 20 – **Bibliografía.**

## **EL APEGO**

El apego hace referencia a un sistema conductual organizado y a un vínculo afectivo entre niño y cuidador, relativamente estable. Así, aunque cambien las conductas de apego, sus pautas organizativas y su carácter afectivo permanecen. Los distintos patrones de relaciones de apego reflejan el grado en el que las conductas del niño y de su cuidador principal se adecuan a los modelos de conducta diseñados por la adaptación evolutiva humana.

### **John Bowlby y la teoría del apego**

La convicción de Bowlby de que las experiencias reales dentro de la familia eran mucho más importantes de lo que la mayoría de los psicoanalistas de su época afirmaban, le llevó a desarrollar una serie de trabajos basados en las experiencias familiares de niños carentes de afectividad. Estos trabajos atrajeron la atención de la OMS, que le encargó la realización de un informe sobre la salud mental de los niños sin hogar de la posguerra, del cual se concluyó que el desarrollo normal requiere que el niño experimente una relación afectiva, íntima y continua con su madre o su figura de apego, enfatizando el papel de la red social y de los factores económicos en el desarrollo de una relación adecuada madre-hijo.

Así pues, Bowlby concibe la conducta de apego como un componente esencial del equipo conductual humano que cumple una función biológica protectora durante todo el ciclo vital. En su teoría se enfatiza la necesidad innata de interacción social que todos los seres humanos tenemos y que como mejor se satisface al principio es mediante el contacto físico con el cuidador, ya que las personas, en especial durante la primera infancia, necesitan protección y el apoyo de otros, sobretodo de aquellos que tienen un interés especial por su bienestar.

Según la teoría de Bowlby, las relaciones de apego del niño con el cuidador principal siguiendo una secuencia de cuatro fases:

- En un primer estadio de orientación y señalización social indiscriminadas (hasta 3 meses), el bebé no diferencia claramente a unas personas de otras, así que se limita a aceptar a todo aquél que le proporciona comodidad.
- En el segundo estadio (hasta 6 – 8 meses) , hablaríamos de una sociabilidad discriminante, en la que el bebe ya manifestaría una preferencia por las personas más familiares y comienza a dirigir su repertorio conductual hacia la figura principal de apego, aunque aún no hay llanto por la no-presencia.
- En el tercer estadio (6 meses – 3 años) es cuando surge el apego, la búsqueda activa de la proximidad al cuidador, la utilización de la figura de apego como base segura; hacia los ocho meses se aflige ante la ausencia del cuidador y a los diez aparece el miedo a extraños.

- En el último estadio (a partir de 3 años) se establece una relación corregida hacia la meta, caracterizada por la mutua regulación. El niño puede utilizar palabras, abrazos y otras estrategias para influir en los planes de su figura principal de apego; además, cuando esta se marcha él continúa sintiéndose seguro si sabe dónde ha ido y cuando volverá.

Por último destacar que Bowlby justifica la importancia dada a la calidad de las figuras de apego en base a tres supuestos:

- Que si un individuo confía en tener disponible la figura principal de apego siempre que la necesite tenderá a tener menos temor crónico que alguien que no tenga esa seguridad.
- Que la confianza en la disponibilidad de las figuras de apego se va construyendo durante los años de inmadurez y que tenderán a persistir relativamente sin cambios durante el resto del ciclo vital.
- Que las expectativas sobre la disponibilidad y respuesta de las figuras de apego que desarrolla el niño durante los años de inmadurez son un reflejo bastante exacto de sus experiencias reales con sus cuidadores.

### **“La situación extraña” de Mary Ainsworth**

En 1969, Ainsworth y Witting diseñaron “la situación extraña”, un procedimiento para evaluar el tipo de apego en niños de entre 12 y 24 meses cuyo objetivo es evaluar el funcionamiento flexible de la conducta de apego durante los diversos episodios del procedimiento.

Episodio 1: Progenitor e hijo solos en una habitación, en la que es el niño el que tiene que iniciar la interacción.

Episodio 2: Entra en la habitación un mujer desconocida y tras un minuto, empieza a charlar con el progenitor y después prueba a jugar con el niño.

Episodio 3: El progenitor se marcha y la extraña intenta tranquilizar al niño si hace falta. El progenitor reaparece.

Episodio 4: Reencuentro y la extraña se marcha disimuladamente. Si es necesario se intenta tranquilizar al niño.

Episodio 5 y 6: El progenitor se marcha durante 5 minutos, al tercero entra la extraña y al volver el progenitor hace notar su presencia antes de entrar a la habitación y se detiene en la puerta para que el niño le reciba, como se hace en la situación 3 también.

Episodio 7: El cuidador reaparece y la extraña se marcha.

En función de este procedimiento se pueden encontrar 4 tipos principales de apego:

- Seguro (B): Intercambio de objetos, patrón de alejamiento-aproximación-alejamiento, aflicción durante la ausencia, en el reencuentro busca el contacto a distancia o próximo con la figura de apego. Tras el reencuentro es capaz de volver a sus conductas exploratorias.
- Evitación (A): Activo con los estímulos del entorno pero desvinculado de la figura de apego. No hay interacción, ansiedad, llanto ni búsqueda del progenitor.
- Ambivalente o de resistencia (C): Escasa interacción con el cuidador y cuando se da, se mantiene una conducta ambivalente de aproximación y rechazo. Alto nivel de angustia al separarse, a pesar del cual no busca al progenitor. Escasa conducta exploratoria ya que le resulta difícil separarse del cuidador, y nula tras la segunda separación. Difícil de consolar.
- Desorganizado o desorientado (D): Caracterizado por la falta de consistencia de los otros tipos. Su nombre hace referencia a su falta de estrategia que organice las respuestas ante la necesidad de confort y seguridad producidas por una situación estresante. Según Ainsworth y Eichberg, esta desorganización conductual guarda relación con alguna experiencia traumática de apego de la madre durante la infancia o edad adulta y que aún no ha resuelto.

### **¿Cómo puedo construir un apego seguro?**

Según la teoría descrita el apego seguro es el más apropiado para el desarrollo de un vínculo sano, y las investigaciones realizadas entorno a este apego han conseguido distinguir una serie de conductas del cuidador hacia el hijo que son comunes a todos aquellos vínculos de apego seguro. Se engloban en la serie siguiente:

- Respuestas más apropiadas
- Responden más a sus señales
- Se involucran más con sus hijos
- Expresan más emociones positivas
- Expresan menos emociones negativa

### **El desapego**

El desapego después conlleva una carga: el desapego. No debemos entender el desapego con una connotación negativa sinónimo de frialdad sentimental o desprecio, si no como una conducta que va más allá del apego.

El apego con el bebé es esencial en las primeras fases del desarrollo humano, pero cuando todo aquello que le hemos podido ofrecer ya no es suficiente, el pequeño comenzará a desarrollar conductas exploratorias que le harán separarse de sus fuentes de seguridad. Si entendemos que el apego significa posesión, el desapego significaría “desposesión”, “dejar marchar”, o en el caso de la crianza “dejar de controlar”. El desapego quiere decir que hemos aprendido a amar tanto a una persona que nos

permitimos que entre y salga de nuestra vida a voluntad suya, por que hemos aprendido que cuando alguien se va de nuestro lado no estamos dejando de ser importantes para esa persona, sino que ese es el momento para demostrarle toda la confianza que depositamos en ella, dejándole solucionar sus propios problemas y mostrándonos como figuras de seguridad sólo si así nos lo pide.

De esta forma, nuestros hijos e hijas podrán comenzar a adquirir autonomía, y sobretodo una autonomía emocional, que es la capacidad de sentir, pensar y tomar decisiones por sí mismo. Incluye la capacidad para asumir las consecuencias que se derivan de los propios actos; es decir, la responsabilidad. La autonomía emocional es un estado afectivo caracterizado por gestionar las propias emociones, sentirse seguro sobre sus propias elecciones y objetivos. Y es que, nuestros hijos van a ser hijos nuestros toda la vida, pero no podemos tratarles como “nuestros niños” toda la vida, por que llegará el momento en el que también tengan que ser hermanos mayores, amigos, compañeros, mujeres, maridos, y también padres y madres.

## **EL EMBARAZO Y EL PARTO COMO PUNTOS VITALES**

Adoptando una perspectiva evolutiva, se puede observar que el embarazo más que una “transición” es un “punto de giro”, que podemos definir como:

*“una nueva forma de percibirse a uno mismo, a alguien significativo o una situación vital de importancia; esta percepción se vuelve un motivo que conduce a redirigir, cambiar o mejorar la propia vida. Las experiencias de “punto de giro psicológico” son de este modo un marcador o registro de los momentos del curso vital en que ocurren cambios de sentido importantes en las creencias y percepciones sobre uno mismo o lo demás.”* (Moen y Wethington, 1999, p.14).

Tras la vivencia del embarazo, y sobretodo del parto, se llega a un momento en el que las antiguas formas de ver la vida y de afrontarla ya no nos son eficaces para afrontar las nuevas situaciones que vienen o que acaban de llegar. Supone una profunda reinterpretación de uno mismo, de la relación con el entorno, del rol que se interpreta y de las obligaciones que se tienen, y conlleva cambios conductuales, cognitivos y afectivos. Nos centraremos en aquellas relaciones que nos van a servir de fuentes de energía para poder afrontar los cambios a los que nos vamos a ver sometidos y prescindiremos de aquellos que no solo no nos proporcionan fuerzas, si no que además empleamos en ellas valiosas energías que necesitaremos más adelante.

En resumidas cuentas, el parto nos lleva a reorganizar prioridades. Ya no seremos más el centro de nuestras vidas y no perderemos tiempo ni energías en actividades o relaciones huecas de interés. El parto y el embarazo nos hacen cambiar nuestra forma de ver la vida y nuestra forma de vernos a nosotros en ella.

## LA CULPA

Hablar del periodo de la maternidad y de la paternidad es hablar de un periodo de cambio y de asunción de nuevas responsabilidades. Estas responsabilidades conllevan una norma establecida, tanto interna como externamente, de cumplimiento de las mismas (“Tengo las responsabilidades de criar a mi hijo”, “He de darle una buena educación”, “Tengo que hacer que mi hija crezca sana”). El incumplimiento de estas responsabilidades, bien sea por fallo nuestro o por accidente, nos llevan al sentimiento de culpa.

Entendemos por “culpa” una valoración, cognitiva y afectiva, de comportamientos cuando estos no están de acuerdo con una determinada escala de valores. En esta valoración intervendrían muchas variables, tanto de carácter antecedente como de carácter ulterior. Para comprender mejor el sentimiento de culpa, se ha de entender que los seres humanos vivimos en sociedades que requieren una serie de valores morales para poder existir sin conflictos y poder aislar a aquellos que los provoquen.

Estas sociedades en las que vivimos se estructuran entorno a una serie de reglas de convivencia en forma de leyes jurídicas, reglas de conducta y pecados religiosos establecidas por la cultura imperante en la sociedad. Respecto a las sociedades y la culpa, resultaría cuanto menos interesante mencionar que la cultura determina tanto la expresión de la culpa que podemos encontrar diferencias culturales entre los judeo-cristianos y los orientales:

- Los judeo-cristianos: la expresión del sentimiento de culpabilidad está muy extendida en esta cultura, “yo me lo he ganado”, “ha sido mi culpa”, “no lo he hecho bien” etc etc... Queriendo decir con esto que reconocemos nuestro error y nos lo atribuimos como nuestro y de nadie más. La superación de este sentimiento de culpabilidad básicamente consistiría en la expiación del pecado mediante el reconocimiento de la culpa y el consiguiente castigo (físico normalmente). Un ejemplo claro sería el “*mea culpa*”, que se entonaría en las ceremonias de confirmación, reconociendo los pecados realizados y arrepintiéndose de ellos.
- Cultura japonesa: en esta cultura la culpabilidad se expresaría mediante la vergüenza y el deshonor, que además se pueden extender al círculo social de la víctima. A pesar de esto, la persona afectada puede recurrir a ciertos métodos de auto-sacrificio socialmente aceptados para paliar esta vergüenza como son la servidumbre, el aislamiento o llegar a extremos tales como el *harakiri* o el *seppuku*.

El quebrantamiento de las normas y leyes conlleva castigos que se imponen desde la sociedad, es decir que desde ese punto de vista, la culpa y la vergüenza son características no implícitas que vienen desde el exterior. El individuo posee varias estrategias para evitar esta culpa, que se clasifican según si son por “anticipación” (Amenazas de castigo, conocimiento de leyes, presión social) o bien “comportamientos

ulteriores” (Negación, huida, cambio de actitudes o propósitos, confesión, diversos mecanismos de defensa “freudianos”), pero aún así, estos castigos provocados por la transgresión generan miedo a transgredir la norma a través del miedo al rechazo de los demás.

Así pues, si la norma viene determinada por la sociedad, la culpa por transgresión también. Podemos entender entonces que al realizar actos que se consideran “contra la norma establecida” o “que se salen de la normalidad” generamos culpa y vergüenza, y por esta razón podemos ver que individuos que buscan salirse de la norma establecida se agrupan para crear pequeñas comunidades de apoyo para potenciarse entre ellos aquellas conductas por las que se quieren distinguir.

## **ROL DE PADRE: LA VISIÓN ACTUAL**

Tradicionalmente los roles de género han estado muy diferenciados, todo el mundo sabía cuales eran las tareas propias de un hombre y cuales eran las propias de una mujer. Las actitudes, los ámbitos en los que se pueden manejar, lo tolerado, lo impropio de un género y de otro venía predeterminado por la sociedad en la que se vivía. Durante la dictadura franquista (1939-1976), la represión social y el momento histórico de la postguerra se aunaron para minar las voluntades grupales e individuales, que solo comenzaron a resurgir hacia finales de los años 60.

El fin de esta dictadura se relaciona el comienzo de la liberación de los roles, que no se empezaría a hacer evidente hasta la década de los 80, pero que aún así, a día de hoy, estos roles flexibles no son aceptados por todos los sectores de la sociedad.

El rol del padre y el rol de la madre son los que más cambios han sufrido durante este periodo. Si bien las madres antes eran concebidas como las procuradoras de cariño y apoyo emocional, además de ser las encargadas de las tareas domésticas, en la actualidad ese rol no es adaptativo, ya que las mujeres trabajan ahora al mismo nivel que los hombres en cuanto a nivel de profesionalización y número de profesiones que pueden ocupar.

El rol de los padres es un rol que ha evolucionado en una dirección contraria a el de la mujer, ya que el rol de la mujer ha evolucionado de “dentro a fuera” y el del hombre “de fuera hacia adentro”. Explicado de otra manera quiero decir que la mujer partía desde un punto “interior” de conocimiento de una misma, en que pasaba mucho rato dentro del hogar realizando las tareas, encerrada, hacia un punto “exterior” en el que se relacionaba con su entorno saliendo de la casa y realizando las mismas actividades que los hombres. Siguiendo esto, el rol de los hombres habría seguido un camino en el sentido contrario, hacia un encuentro con el hogar y consigo mismo, lo que implicaría un reconocimiento y descubrimiento de actitudes y opciones que en un principio les estaban vetadas. El descubrimiento de estas actitudes no significa, ni mucho menos, su aceptación, o al menos, la inmediata aceptación. Como ya he mencionado antes, ni en la actualidad están completamente bien vistos estos roles flexibles.

Centrándome en un aspecto más concreto del rol del hombre, me gustaría resaltar cuál es el rol de padre actual, o cómo ha cambiado en las últimas décadas:

El modelo tradicional se caracteriza por una falta de implicación en cualquier fase de la crianza y embarazo, incrementando la implicación con el aumento de la edad de los hijos. También se puede observar en este modelo un uso de técnicas más basadas en el poder y la autoridad, mostrando una orientación hacia el ejercicio del poder coercitivo, a la hora de conseguir que los hijos alcancen sus metas educativas. El modelo más actual es el de un padre que se muestra integrador con sus diversas facetas, y sobretodo más implicado desde el embarazo con la crianza, la formación y la educación del hijo. No obstante este nuevo rol integrador del padre crea muchas dudas por que es un modelo poco especificado, o cuyas directrices están poco extendidas, es por eso que creo necesaria la compilación de normas o características que hago a continuación:

- Mostrar un interés activo por la educación y estado del bebé.
- Colaboración en la redistribución de las tareas del hogar.
- Participación en los preparativos para la llegada del bebé.
- Presencia y apoyo a la madre durante el parto.
- Expectativas realistas sobre la paternidad.
- Colaboración en la creación de la tríada madre-padre-bebé.
- Creación de la díada padre-bebé.
- Reestructuración de la relación con la pareja, ahora hay alguien más.
- Evitar los modelos autoritarios de relación con el hijo y la pareja.
- Acostumbrarse a emplear el razonamiento en la relación desde muy temprano.
- Aceptación y comprensión de las actitudes y emociones de uno mismo.
- Comprensión de que el bebé no busca competir con él por el cariño de la madre.

#### Decálogo del padre durante el parto

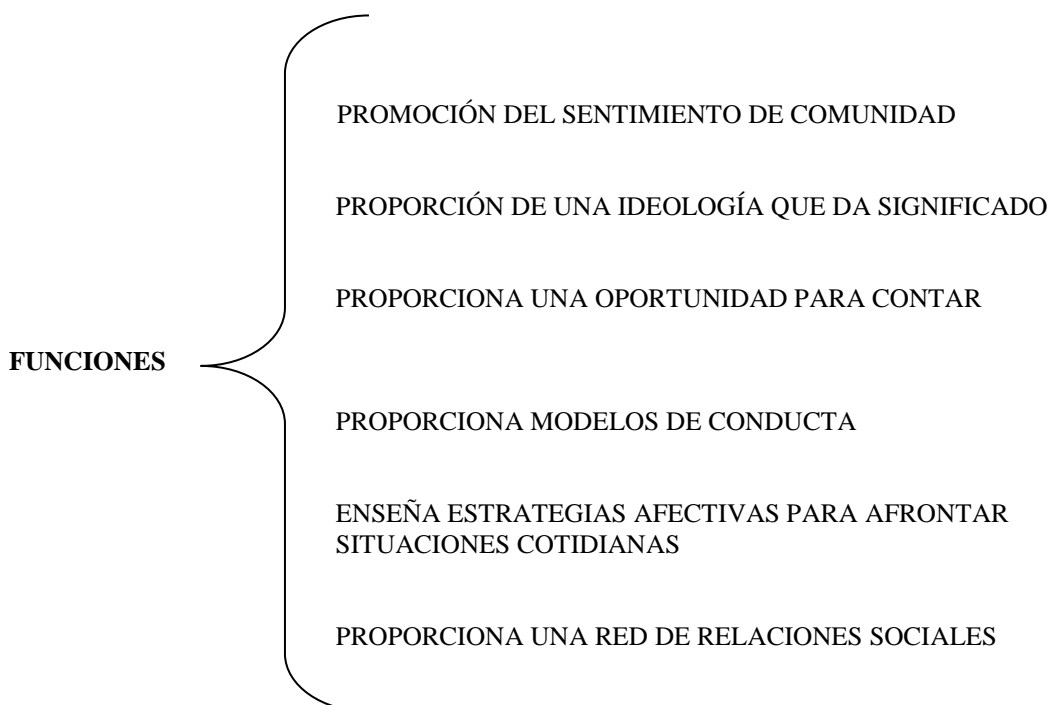
- 1- Provee medidas de apoyo para que la madre se relaje
- 2- Ser paciente con los cambios hormonales que siente la madre.
- 3- Recuerda las técnicas aprendidas durante las clases de parto.
- 4- Brinda apoyo y seguridad.
- 5- Respira con la madre si pierde el ritmo.
- 6- Demuestra afecto y apoyo emocional.
- 7- Ayúdala a cambiar de posición.
- 8- No ofenderse si pide que no la toquen o que no hablen. Puedes dejar de tocarla pero, no te alejes de ella.
- 9- Vigila que medicamentos le ofrecen y cerciórate de que ella conoce cuáles son y está de acuerdo en tomarlos.
- 10- Comprender que en ese momento se es una figura de apoyo y no se desempeña un papel principal.



## CREANDO EL GRUPO DE APOYO

Borkman definió los grupos de autoayuda hace más de 20 años, y argumentó que estos están compuestos por personas que compartiendo algún momento vital o problema, se agrupan para ofrecerse apoyo emocional mutuo y otros tipos de ayuda. También entiende que un grupo de autoayuda debe tener como fin la consecución de uno o varios de los siguientes objetivos:

- Satisfacer una necesidad común
- Superar un obstáculo común o problema que perturba seriamente la vida
- Conseguir cambios sociales o personales deseados



## TALLERES AMAMANTA

Los talleres de la asociación “Amamanta” son talleres dirigidos al estímulo de la lactancia mediante la acción de talleres grupales celebrados periódicamente en centros de salud o lugares similares que dispongan de espacio para reunirse. Las personas que dirigen estos grupos suelen ser o bien profesionales de la salud (matronas en concreto) o bien madres cuyas actitudes hacia la lactancia son positivas y tolerantes, pero en general puede ser cualquier persona que posea unos conocimientos concretos sobre lactancia y posea una estrategia para poder llevar un taller.

Por otra parte, las personas que solicitan este tipo de talleres suelen ser madres o parejas jóvenes que acaban de tener un bebé o lo van a tener en breves. Las causas por las que acuden al taller son muy diversas: problemas a la hora de dar el pecho, recomendación por parte de agentes externos, experiencia previa con otros hijos o hijas que hayan tenido...

La función que cumplen estos talleres es una función básica si se quiere promover la lactancia, ya que en estos talleres se procuran generar actitudes positivas no solo hacia la lactancia, si no también hacia otros aspectos de la crianza, e incluso actitudes de tolerancia y aceptación hacia estilos diferentes de crianza y/o lactancia.

La asociación “Amamanta” está incluida dentro de los llamados “grupos pro-lactancia”, y como la mayoría de ellos, está distribuida geográficamente por toda la comunidad, siendo en Valencia y alrededores dónde más talleres se realizan. De hecho, en ocasiones, la gente se tiene que desplazar hasta esas zonas buscando talleres, ya que los talleres más cercanos a sus hogares están parados o no les satisfacen.

Yo, como estudiante en prácticas he tenido la posibilidad de asistir a dos de esos talleres, que paso a describir a continuación.

### **Benimámet**

Benimámet es una zona de unos 15.000 habitantes situada al oeste de Valencia. Originalmente se trataba de un pueblo, pero tras una ordenanza en 1882 se convirtió, junto con Beniferri, en el distrito de Poblats de l'Oest. Como distrito no posee alcalde, pero sí un secretario general, cuyas funciones son asignadas por la alcaldía de la ciudad de Valencia. De forma que el partido gobernante, a día de hoy el Partido Popular, es el que ostenta el poder en la zona, aunque se considera que hay poca atención al distrito por parte del ayuntamiento.

El taller de Amamanta allí se realiza en el centro de salud de la localidad. El taller posee un espacio amplio y bien iluminado en donde poder hablar y ver documentales informativos. Los asistentes al taller se sientan sobre colchonetas dispuestas de tal manera que adoptan una forma rectangular de unos 3 metros de ancho por 6 de largo, muy adecuado para que el grupo pueda sentarse en círculo y, aquellas que lo deseen, apoyarse contra la pared para mejorar la postura. En el taller también encontramos un cajón con juguetes para los niños, y así también se convierte en una zona de ocio para ellos donde los padres los pueden tener controlados.

El taller común sigue una dinámica estable, solo interrumpida por talleres especiales o por la visita ocasional de personas interesadas en conocer estos talleres. Esta dinámica consiste en comenzar realizando un “Aquí y ahora”, una meditación con el objetivo de marcar un umbral, una diferencia entre “dentro” y “fuera” del taller para hacer comprender que ahí dentro se rompe la rutina que se pueda llevar del exterior. Una vez realizada esta meditación, se pide que las consideradas como “urgencias” (gente que asiste por primera vez al taller, o que tiene un problema grave) hablen

primero, y después de ellas, se inicia la rueda normal en el sentido de las agujas del reloj y todos van hablando. Estos talleres son guiados por la matrona, o en caso de que falte, por las residentes o alguna madre voluntaria.

### **San Marcelino**

San Marcelino es un barrio de 10.000 habitantes situado en la zona sur de Valencia y está ubicado dentro del distrito de Jesús. El centro de salud que se emplea para hacer los talleres está situado en la calle San Pío X. El espacio para desarrollar los talleres es amplio y bien iluminado. Los asistentes se sientan en colchonetas y almohadas dispuestas en un amplio círculo y se marca la misma dinámica que en el taller de Benimámet.

Este taller tiene una pequeña zona usada de trastero que queda fuera del rango de visión del grupo, y es dónde suelen jugar los niños, lo que provoca que en ocasiones se rompa el círculo.

### **BENEFICIOS DE LA LACTANCIA**

En los países más ricos, el desarrollo de la leche artificial, las mejoras sanitarias, y los progresos en la prevención de enfermedades, han hecho que no se valore la importancia que sigue teniendo la lactancia materna para la salud y que no se tenga en cuenta los riesgos que supone el abandono de esta práctica natural. A pesar de todos los esfuerzos por imitar la leche materna, ésta es inigualable por ser un elemento vivo, que cambia según la edad del bebé, según la hora del día e incluso a lo largo de una misma toma.

En la actualidad hay muchos estudios, hechos con rigor, que demuestran que los niños alimentados con leches artificiales tienen un mayor número de enfermedades, no sólo en la época de la lactancia, sino a lo largo de toda su vida.

### **Salud del bebé**

**Infecciones.** La leche materna estimula el sistema inmune, posee agentes (anticuerpos) que contribuyen a proteger a los lactantes de las bacterias y los virus. Los bebés alimentados con leche materna son más capaces de combatir todo tipo de infecciones:

- Gastrointestinales,
- Infecciones de vías respiratorias (como neumonías y bronquiolitis),
- Infecciones de orina, otitis y diarrea.

Los lactantes amamantados durante más de tres meses sufren menos infecciones y éstas son más leves. Algunos autores consideran el pecho materno como el órgano inmunitario del bebé.

**Enfermedades crónicas de la infancia.** los lactantes alimentados con leche materna presentan índices más bajos de: celiaquía, cáncer, esclerosis múltiple, artritis crónica juvenil, alergias, asma, y dermatitis atópica.

**Diabetes.** protege contra la diabetes tipo i, porque se retrasa la introducción de la leche de vaca y sus derivados. en los casos de predisposición genética a la diabetes, está mucho más indicada la lactancia materna y hay que evitar los productos que contengan proteína de vaca hasta el primer año de vida del bebé.

**Meningitis.** la capacidad de segregar anticuerpos específicos frente a las bacterias del neumococo, meningococo, no se alcanza hasta el segundo año de vida. por lo tanto, la lactancia materna supone un aporte defensivo para luchar contra esta enfermedad.

**Muerte súbita.** reduce también el riesgo de muerte súbita.

**Leucemia.** los niños cuyo período de lactancia supera los 6 meses, tienen menos posibilidades de presentar leucemia aguda infantil, y linfomas. los estudios lo han relacionado con la presencia de la proteína alfa-lac en la leche materna. esta proteína induce a la reducción de células cancerígenas y células inmaduras y favorece el crecimiento de las células ya maduras y estables.

**El desarrollo de los dientes.** el agarre del bebé al pecho, distinto al del biberón favorece el adecuado desarrollo de la mandíbula y las demás estructuras de la boca, evitando la necesidad de ortodoncias. también contribuye a la prevención de caries dentales.

**Sistema digestivo.** la leche materna es más digestiva. es rica en probióticos por lo que la flora intestinal de los bebés amamantados presenta menos elementos patógenos.

La leche materna tiene mejor sabor que la leche de fórmula. los alimentos ingeridos por la madre modifican ligeramente su sabor, se cree que esto es la causa de que a los bebés amamantados les cueste menos aceptar la alimentación complementaria.

**Obesidad.** reduce el riesgo de obesidad infantil porque contiene leptina, hormona que controla la obesidad en adultos. está demostrado que cuanto más tiempo se dé de mamar menor será el riesgo de padecer obesidad.

**Desarrollo cerebral.** se asocia también a los niños lactantes un mayor coeficiente intelectual debido a un mayor crecimiento y desarrollo cerebral.

**Mejor respuesta frente a las vacunas.** se ha comprobado que la respuesta inmunitaria frente a las vacunas es mejor con los niños alimentados con leche materna.

**Salud del adulto.** los adultos que fueron amamantados presentan niveles de colesterol más bajos. por el contrario, los que tomaron leche artificial presentan en la edad adulta la tensión arterial, el peso, y el índice de masa corporal más elevado.

**Prematuros.** aunque la madre dé a luz antes de tiempo, su leche estará especialmente adaptada a las necesidades de un bebé prematuro. durante varias semanas, contiene más proteínas, calcio, sodio y otros nutrientes que la leche materna normal. además, los prematuros alimentados con leche de su propia madre, están más protegidos frente a los gérmenes hospitalarios, causantes de la enterocolitis necrotizante, enfermedad que produce mucha mortalidad entre los prematuros.

## 1 Salud de la madre

**Recuperación útero.** cuando el bebé succiona del pezón inmediatamente después del parto, produce la liberación de oxitocina en la madre. esta hormona favorece el desprendimiento de la placenta, que el útero vuelva a su tamaño natural, y que haya una menor pérdida de sangre posterior al parto.

**Mejoría de anemia.** la disminución del sangrado mejora la anemia. además la lactancia inhibe la ovulación durante varios meses, y esta ausencia de menstruación contribuye a un importante ahorro de hierro.

**Cáncer de mama y ovario.** existen amplios estudios que constatan un menor riesgo de padecer cáncer de mama y ovario

**Pérdida de peso.** la producción de leche supone un gasto energético, mientras se mantiene la lactancia se irán consumiendo las reservas que la madre ha ido acumulando durante la gestación.

**Osteoporosis.** el metabolismo cálcico se acelera durante la lactancia, y se movilizan los depósitos óseos, y este aumento de calcio en sangre se utiliza para la producción de leche. pero para contrarrestar la pérdida de calcio se produce un aumento de la absorción de este mineral, y a largo plazo las mujeres que dan pecho ven disminuidas las probabilidades de sufrir fracturas de cadera y columna en la menopausia.

## 2. Beneficios psicológicos

Además de los beneficios para la salud hay gran cantidad de beneficios psicológicos que produce la lactancia materna, entre los que destacan:

- Se favorece el vínculo afectivo madre-hijo.
- Existe menor incidencia de depresión posparto porque la lactancia produce una mayor sensación de bienestar en la madre y mejora su autoestima.
- Los bebés que toman pecho desarrollan una personalidad segura e independiente.
- La lactancia permite tranquilizar y dar consuelo al bebé, en cualquier momento.
- Cuando un hijo está enfermo, amamantarlo supone un gran consuelo para ambos.

### **3. Beneficios generales**

**Comodidad.** la leche materna es bacteriológicamente segura, está siempre preparada y a la temperatura perfecta. por lo tanto, se evitan los riesgos de contaminación o errores en la preparación.

**Ventajas económicas.** supone un gran ahorro, debido al precio elevado de los sustitutivos de la leche materna, alrededor de 1500 euros al año. los bebés amamantados precisan menos consultas por enfermedad, menos medicamentos y hospitalizaciones. por lo tanto, el coste de atención médica para el estado es menor. también supone un beneficio para las empresas. las madres que amamantan faltan menos al trabajo, puesto que sus bebés enferman con menor frecuencia.

**Ecológica.** la lactancia materna beneficia al medio ambiente. la producción de leches artificiales supone un mayor consumo de agua, un elevado consumo de energía para su producción, transporte y elaboración. finalmente, por supuesto, la leche artificial genera muchísimos más residuos.

### **TRABAJO REALIZADO Y APORTACIONES.**

En un principio el trabajo del practicante se definía como simplemente de observación, pero al comenzar a asistir a estos talleres me di cuenta de que la figura del observador era una figura que se quedaba corta para todo lo que se podía obtener y aportar de ellos. De esta forma, al comenzar a darse cuenta uno de esto, se empieza a contemplar la posibilidad de desarrollar un rol propio del psicólogo dentro del taller, además de desarrollar un rol personal en el mismo. De este rol del psicólogo hablaré más tarde.

Como ya he mencionado, el principal papel a realizar del que se nos informó fue el de observadores. Aunque con el tiempo este papel se quedase corto y hubiese que superarlo, ha sido un papel fundamental para el aprendizaje, sobretudo al principio, cuando no se poseía ninguna información sobre el tema de la lactancia y la maternidad / paternidad. A través del papel de observador se aprenden actitudes que pueden ser muy útiles de cara a la investigación científica, como son la paciencia, el no enjuiciamiento y el rechazo de prejuicios, pero además se potencian actitudes que hacen crecer a nivel personal tales como la empatía o la voluntad de ayudar.

Es muy importante también saber que se pueden observar patrones de conducta entre las personas que componen el taller para ejercitar la propia conducta de observación y de acumulación y relación de información. De hecho, en mi caso, al observarme a mi mismo fue cuando me di cuenta de que la posición de observador era demasiado pasiva para todo lo que yo podía ofrecer para el desarrollo del taller, y decidí ser más activo y empezar a intervenir en los talleres.

Al margen de la observación, las principales funciones realizadas han sido el “Aquí y ahora” y el llevar talleres.

El “aquí y ahora”, como ya se ha explicado anteriormente se emplea para simbolizar el paso de “fuera del taller” a “dentro del taller”. Por otra parte, el llevar talleres consiste en ejercer de figura de guía en ausencia de la persona que normalmente lleva el taller, lo que también conlleva, en esos casos, convertirse en una figura de autoridad a la que los demás van a recurrir en caso de duda y consulta.

En mi caso concreto, cabe destacar la realización de un taller para padres realizado después de finalizar el primer cuatrimestre. El objetivo con el que diseñé ese taller fue que los padres tuviesen su momento de poder plantearse y explicar en qué había consistido y cómo les había afectado su paternidad, la aparición de un nuevo miembro en su núcleo, los cambios en la relación entre la mujer y el marido. En definitiva quería que crear un espacio que habitualmente no existe en la sociedad para que los hombres pudiesen expresarse sin sentirse juzgados o menospreciados. (Doc. “Taller de padres” Anexo 1).

Para concretar el aspecto de “**competencias adquiridas**”, quisiera retomar lo mencionado anteriormente sobre las actitudes aprendidas durante la observación. Como ya he dicho anteriormente, las competencias que he adquirido durante mis meses de estancia las veo muy apropiadas para tareas de investigación y observación científica, además de aspectos de crecimiento personal que me ha proporcionado el taller.

### **Cumplimiento de expectativas**

Los conocimientos previos que poseía yo en cuanto a este practicum eran los que me venían dados por la hoja de información que se nos presentaba a todos en el momento de elegir prácticas, en donde decía que este era básicamente un practicum de observación y no intervención, con un horario flexible y diversas sedes. El acceso a la página web me dio una idea más general de la asociación, sus actividades y sus fines.

El primer contacto que tuve con la asociación fue durante la feria que se organizó en Viveros a comienzos de año, donde pude hablar con una de las coordinadoras de la asociación, y ahí ya obtuve una idea completa del ritmo de trabajo que llevaba la asociación y su organización.

Con todo esto, las expectativas que yo me establecí fueron bastante objetivas; cumplimiento de un número de talleres determinados dentro de unos horarios flexibles; conocimiento más profundo de la motivación de la lactancia; comprensión del trabajo dentro del taller y aprendizaje sobre las primeras fases de la vida. Con esto no quiero decir que la asociación, a la hora de presentarse, se limite a esos aspectos, sino que yo mismo puse límites a las expectativas que quería tener, en parte porque así me sorprendería más ante aspectos inesperados.

Todas las expectativas han sido cumplidas sobradamente, y con éxito me han conseguido sorprender actividades de la asociación menos formales como meriendas, ferias o talleres temáticos, en los que incluso me he sorprendido a mi mismo demostrando saber más de lo que creo saber.

## **De cara al futuro.**

En cuanto a lo que creo que va a significar mi paso por Amamanta, creo que me va a servir para mi futuro de investigación, ya que allí he conseguido desarrollar habilidades de observación y recopilación de datos, además de obtener una cantidad de información considerable sobre el principio del desarrollo humano, una de las fases que más me interesan a la hora de estudiar y trabajar.

## **EL TRABAJO DE UN PSICÓLOGO EN EL TALLER**

Durante el tiempo que he pasado en estos talleres, he llegado a ver que la figura del psicólogo puede ser muy beneficiosa (no imprescindible). He podido comprobar que el trabajo que he desempeñado yo en el taller podría haberlo realizado con la misma eficacia algún voluntario o una madre con experiencia, y es por eso que creo que el trabajo que ha de realizar un psicólogo, debería ir más allá del taller, al igual que el trabajo de la matrona.

Problemas de apego y desapego, problemas conyugales que afectan a la crianza y problemas de relación con el entorno social son las tareas más importantes que yo he visto que se podrían realizar desde el punto de vista de la intervención profesional y que el taller no soluciona completamente, o al menos no se enfoca hacia esos aspectos. En estos sentidos si que creo que haría falta una intervención individual o a parejas fuera del taller, si bien el psicólogo podría estar cumpliendo también el rol que han desempeñado los voluntarios dentro del mismo.

## **PROBLEMAS LEGALES, INSTITUCIONALES Y PROFESIONALES QUE DIFICULTAN LA LACTANCIA MATERNA Y EL TRABAJO Y FUNCIONAMIENTO DE LOS TALLERES Y DE LOS VOLUNTARIOS.**

### **Falta de visibilidad del taller.**

Una de las virtudes y a la vez defectos del taller es que tiene su propio espacio de funcionamiento. Esto es beneficioso a la hora de crear ambientes de seguridad, pero lastra a la hora de sacar el taller a la calle y hacerlo visible en parques y ferias.

Sería aconsejable crear un taller “al aire libre” para que la gente pudiese ver en que consiste auténticamente la asociación más allá de los panfletos, los dípticos y las páginas web. Con esto conseguiríamos crear el ambiente de seguridad fuera y ser más visibles.

Como defecto, añadir que estos talleres estarían sometidos a las inclemencias del tiempo, pero si hacemos estos talleres “temporales” durante las épocas de buen tiempo y después se consigue un espacio cerrado para continuar el taller sin preocuparse del tiempo. Para este cometido, serían aconsejables talleres que tengan cerca del centro donde se realicen, espacios públicos como jardines o campos.



De hecho, muchos de estos talleres son desconocidos dentro del propio centro, lo cual no facilita nada las cosas, ya que los coordinadores encargados del centro han de ser conscientes de todo lo que ocurre en él y de la importancia que puede tener en el propio centro. Sería muy aconsejable que los profesionales del servicio de salud mental (no todos los centros tienen) de los centros de salud en los que se encuentre la asociación sean conscientes del papel que pueden desarrollar en los talleres, ya que, según mi experiencia personal, puede ser una simbiosis muy significativa.

### **Falta de voluntarios**

Hay escasez de personas presentes en hospitales representando a Amamanta. esto puede ser debido a la escasa información sobre la labor llevada a cabo en estas instituciones. El trabajo de la asociación en hospitales puede llegar a ser muy importante en las secciones de maternidad, ya que las horas de antes del parto y el postparto son horas de alta activación hormonal. No obstante, se ha visto que el personal del hospital siente un intrusismo laboral por parte de los miembros de la asociación, lo que genera rechazo dentro de los propios hospitales.

El mayor conocimiento de la asociación y su apertura “al aire libre”, como se ha propuesto en el apartado anterior, podrían tener como efecto secundario el incremento de voluntarios, y a su vez, el mayor conocimiento general, podrían incidir en el rechazo interno de algunos sectores de los hospitales.

### **Sensación de intrusismo laboral por parte del personal hospitalario**

La introducción de voluntarios por parte de Amamanta en los hospitales ha sido vista por algunos de los profesionales como una amenaza hacia su sistema de realizar su trabajo. Son considerados como críticos ajenos a la organización del hospital que quieren implantar una doctrina contraria a la que llevan ellos.

Lo cierto es que Amamanta y otras asociaciones son poco conocidas para ellos, al menos a un nivel funcional: no conocen sus propósitos verdaderos, ni sus actividades o sus posibles líderes. Así pues, la falta de conocimiento les puede llevar a actuar con miedo y a cerrar fronteras de cara a posibles negociaciones en las que ellos no salgan ganando.

## **HECHOS OBSERVADOS**

En el tiempo que he pasado en estos talleres he observado hechos que no sabría dónde ubicar, y que me parecen a título personal interesantes, o por lo menos, dignas de ser tenidas en cuenta:

### **Epidural y “niños separados”**

Esta anestesia local a la hora del parto ha resultado ser el alivio de muchas mujeres, pero se dan casos en los que la anestesia resulta excesiva y no se nota absolutamente nada, la mujer se queda inconsciente de cintura para abajo. Al margen de

las complicaciones médicas que pueda tener la sobremedicalización, he encontrado casos que me han hecho pensar que durante el momento del parto, el “sentir a tu bebé nacer” ha ayudado a establecer el primer vínculo entre la madre y el hijo. Estos casos eran casos en los que el exceso de anestesia había hecho que la madre no sintiese nada durante el parto, y después la actitud hacia el niño en el taller era mucho más desprendida que la de las otras madres, por ejemplo, si una madre que ha tenido un parto vaginal con una epidural adecuada mantiene el contacto físico con su bebé todo el rato, una madre que ha tenido un exceso de epidural puede pasar bastante rato sin mantener contacto físico con él, pero siempre teniéndolo vigilado. Esto no ha sido así en todos los casos de excesiva epidural, pero sí que lo ha sido en un porcentaje destacable de casi el 70% de los que he visto.

Como ya he mencionado, esto me ha llevado a pensar que en el momento del parto se establece algún tipo de primer vínculo madre-hijo, que yo catalogaría como una especie de consciencia de que el periodo de embarazo terminó y el niño ya está en este mundo.

### **Actitudes ante el taller: Embarazadas, madres, padres y obligados**

Los motivos por los que la gente acude a un taller son muy diversos, pero según la actitud que tengan al acudir, o si se cuenta con la presencia de la pareja, se pueden clasificar en cuatro grupos de personas:

- Parejas con ella embarazada: Suelen venir con una actitud de preparación para lo que está por venir. Diríamos que ambos están altamente motivados e ilusionados por la llegada del bebé y quieren informarse y prevenirse sobre los posibles problemas que puedan surgir.
- Madres: Son las más comunes. Acuden sin la pareja normalmente porque ésta trabaja y no tiene tiempo, pero normalmente, si se hacen asiduas, la pareja acaba asistiendo a algún taller. Tienen una motivación muy alta para venir al taller tanto si son madres primerizas como si no lo son.
- Padres: No son tan comunes. Pocos padres asisten solos, ya que piensan que, o bien la lactancia es un tema que concierne solo a las mujeres, o bien se sienten desubicados con los temas que se tratan dentro de los talleres. Los padres que asisten con sus parejas suelen mostrar una motivación igual o ligeramente inferior a la de sus parejas.
- Padres obligados: Son los menos motivados. Suelen acudir convencidos por su mujer, pero no presentan ninguna motivación ni interés por el taller en un principio. En el caso de que sigan acudiendo, su interés suele aumentar, pero lo más probable es que dejen de acudir al taller a las pocas sesiones.

### **Asiduos y nuevos**

Las diferencias entre las actitudes de los que asisten por primera vez y los que ya llevan unas semanas acudiendo son muy evidentes. Los que asisten por primera vez

suelen mostrarse más tímidos, más retraídos, pero con muchas más ganas de ser escuchados y de encontrar un espacio en el que poder hablar y decir que la maternidad no era tan bonita y que nadie les había avisado de que presentaba tantas dificultades. Los que llevan viniendo más tiempo suelen tener más seguridad en si mismos, la que les confiere la experiencia, y plantean dudas más relacionadas con la alimentación y el crecimiento que con la propia lactancia.

### **Ecuación del crecimiento**

Durante todos los meses que he estado en los talleres he tenido la oportunidad de ver a los niños hacerse grandes y desarrollar sus habilidades, haciéndose más y más competentes y activos con su entorno, produciéndose periódicamente cambios en ellos que normalmente cogen desprevenidos a sus padres.

He observado que los cambios suelen producirse en los niños más o menos a la misma edad, y suelen conllevar, al menos al principio, cambios en el patrón de sueño y en el de ingesta:

- Semana y media
- Tres semanas
- Mes y medio
- Tres meses
- Seis meses
- Un año
- Dos años

Estos son los cambios que se pueden observar en el taller, pero me di cuenta de que este crecimiento resultaba exponencial: Se produce un cambio justo en el periodo de tiempo equivalente al doble de la edad con la que se produjo el último cambio. Esto me hizo pensar en las ecuaciones de crecimiento exponencial, en las que teniendo una cantidad determinada, esta crece un número finito o infinito de veces, multiplicándose por la misma cantidad (siempre crece el doble, el triple, diez veces), pero aplicado al tiempo; es decir que al principio se crece muy rápido, pero esa velocidad de crecimiento va a ir aumentando haciendo que el lapso de tiempo entre cambio y cambio sea cada vez más grande.

Llevando un poco más lejos esta idea y alejándonos de la infancia podemos ver cómo si seguimos esta ecuación en el tiempo, encaja con periodos de tiempo de cambios importantes a nivel biológico, social y personal: Senectud, adultez, adolescencia, final de la primera infancia...

También decir que estos cambios no son fijos, a medida que avanza la edad, también aumenta el margen de edad en el que se puede producir el cambio, llegando a haber una diferencia de incluso años en las últimas etapas.

No obstante, esta idea es una idea que aún debe ser desarrollada, ya que puede tener muchos fallos a nivel matemático y transcultural, además de no tener porque afectar a la intensidad del cambio.

## **ANEXO : PLANIFICACIÓN TALLER DE PADRES**

### **Planificación:**

En un principio no quise seguir ningún orden, y tratar los puntos según fuesen saliendo, pero estos fueron los temas que consideré que podrían ser más relevantes para tratar en un primer taller. La idea era tener un poco la dinámica de los talleres normales, hablar por turnos siguiendo una rueda, pero para hacerles hablar a los padres, que pueden mostrarse reticentes en un principio, quise lanzar preguntas con el objetivo de que se soltasen y hablasen sobre sus experiencias:

- “¿Que expectativas tenías cuando tu mujer estaba embarazada? ¿Por qué? ¿Se han cumplido?”
- “¿Recuerdas algún momento en el que durante el embarazo o después, hayas querido ayudar a tu mujer con el bebé? ¿Que hiciste?”
- “De todo lo que sabes ahora ¿Qué te gustaría haber sabido antes?”

### **Conclusiones:**

Han venido seis padres, la mayoría con sus parejas, y todo ha ido bastante rodado. He podido comprobar que los padres también tienen mucho que decir, mucho más de lo que yo había pensado, y a pesar de que se ven como figuras de apoyo, pasan por cosas muy parecidas a las de la madre, e incluso por cosas propias (celos del vínculo madre-hijo-suegra, expectativas de apoyo que no se cumplen, sexo...). Me han sorprendido especialmente dos padres, los dos por haber hablado mucho, y porque su experiencia es muy valiosa para aprender el rol del padre. Hemos tratado estos temas:

- Inclusión del padre en la díada madre-hijo ¿Realmente hago falta?
- Expectativas sobre la paternidad
- Sentido de tener un hijo
- ¿Que ha pasado con la pareja?

## **BIBLIOGRAFÍA:**

### **Artículos:**

- Cristina VILLALBA QUESADA Septiembre 1996 *Los Grupos de Apoyo basados en la autoayuda: una propuesta para el inicio y acompañamiento profesional* ,*Support Groups based on self-help: a proposal for starting up and giving professional support* Intervención psicosocial, vol.5, nº 15.
- Patricia Herrera Santi 2000 *Rol de género y funcionamiento familiar*. Revista cubana de medicina general, vol. 16, nº 6.

### **Libros:**

- Sergio Sinay, 2004 *Esta noche no, querida*. Barcelona RBA libros
- Cantón Duarte M.J.; Cortés Arboleda M.R. 2000 *El apego del niño a sus cuidadores. Evaluación, antecedentes y consecuencias para el desarrollo* 2ª edición. Madrid. Psicología y educación, Alianza editorial. 315 pag.
- Pérez Blasco J. 2008 *Aprender de los grandes cambios vitales*. Valencia, Tirant lo Blanch. 239 pag.
- Palou Vicens S. 2004 *Sentir y crecer. El crecimiento emocional en la infancia*. 4ª edición. Barcelona, ediciones Grao. 237 pag.
- Stassen Berger K. 2006 *Psicología del desarrollo. Infancia y adolescencia*. Madrid. Editorial Médica Panamericana. 630 pag.

### **Páginas web:**

<http://www.crecersanoyfeliz.com/>

<http://psicopedagogias.blogspot.com.es/>

<http://www.dailymotion.com/>

<http://www.wikipedia.com/>