

MI PASO POR LA LACTANCIA MATERNA: RETO AUTOETNOGRÁFICO A LAS BAJAS PREVALENCIAS NACIONALES

MY JOURNEY ON BREASTFEEDING: AUTOETHNOGRAPHIC CHALLENGE TO LOW NATIONAL PREVALENCE

Diana Verónica Jiménez Cervantes; Bernardo Turnbull Plaza

Universidad Iberoamericana.Ciudad de México; diana.jimenez.c@gmail.com

Historia editorial

Recibido: 29-01-2015

Primera revisión: 27-09-2015

Aceptado: 13-07-2016

Palabras clave

Lactancia materna
Autoetnografía
Maternidad
Salud pública

Resumen

En este trabajo ofrezco una reflexión psicosocial en torno a la lactancia materna y su escasa prevalencia en México. En mi papel múltiple de futura madre, psicóloga e investigadora, participé en un grupo que los servicios socializados de salud ofrecen a las mujeres mexicanas. En esta autoetnografía analicé mi propia condición de embarazo y maternidad y lo comparé con las experiencias de mis compañeras en condiciones muy diversas. Encontré que la lactancia materna no se puede entender solo por los binomios madre hijo en un ambiente familiar, sino como una compleja red de relaciones y fuerzas que van desde la política nacional hasta los gustos e intenciones personales de las madres. Ubicando a la lactancia materna dentro de esta perspectiva podemos avanzar en el camino de explicar y levantar las bajísimas prevalencias presentes.

Abstract

In this article I offer a psychosocial reflection around breastfeeding and its scarce prevalence in Mexico. In my multiple role as mother-to-be, psychologist and researcher, I took part in a group, offered as a service by the socialized health organizations to Mexican mothers. In this autoethnography I analyzed my own pregnancy and maternity condition and compared it with the experiences of other mothers in varied wide variety of circumstances. I found that breastfeeding cannot be understood only as a mother-baby diad in a family environment but as a complex network of relationships and forces that range from national policy to the tastes and personal intentions of the mothers. Placing breastfeeding within this perspective we can go forth on the road to explain and increase the extremely low present prevalences.

Jiménez Cervantes, Diana Verónica & Turnbull Plaza, Bernardo (2016). Mi paso por la lactancia materna: Reto autoetnográfico a las bajas prevalencias nacionales. *Athenea Digital*, 16(3), 259-281. <http://dx.doi.org/10.5565/rev/athenea.1534>

Introducción

El presente proyecto es producto de dos experiencias empalmadas de la primera autora y mi voz contará el relato: Aprobación de un proyecto de investigación posdoctoral en lactancia materna y 10 semanas de gestación. ¿Qué mejor combinación puede encontrar una investigadora en ciencias sociales? Calificar de forma positiva esta coincidencia de circunstancias personales y académicas, tiene raíz en un lugar epistemológico definido. En este trabajo priorizo la dimensión de reflexividad, y no la dimensión de objetividad. Ello no implica comprometer el rigor de la investigación, es más bien una postura epistemológica asumida y abierta. Se trata de volver la mirada hacia mí misma, como un ejercicio de auto-referencia (Davies, 1998/2008), y como una preocupa-

ción que permite a cada autor(a) garantizar el seguimiento del impacto de la misma investigadora en la situación investigada (Hammersley y Atkinson, 1983/1995). Por tanto, mi propio embarazo representa una oportunidad para enriquecer la investigación, exponiéndome vívidamente a la reflexión ética acerca de qué conocimiento se produce vía mi trabajo. Esa es una oportunidad para ampliar la escasa producción de conocimiento social en torno al posicionamiento de la investigadora en tanto agente social cursando embarazo/maternidad (Frostig, 2011). Es más; es un momento perfecto para consolidar la invitación que acepté desde hace años en mi trabajo académico: alejarme de “la escritura habitual, hecha por nadie y desde ningún lugar” (Feliu, 2007, p. 270). El lugar epistemológico que menciono puede describirse maravillosamente en la aportación de Arthur Bochner (2010): un espacio disciplinar inclusivo, más bien inestable, que esté tan cerca de las humanidades como de las ciencias naturales; y más allá de hechos sociales, en el que es posible para la investigadora preocuparse también por significados y valores. Esos valores, de todas maneras, están insertos en la escritura científica “clásica”, ningún estilo es neutro ni fijo, pues tiene un momento sociohistórico puntual (Richardson, 2008), en ese sentido la diferencia entre un texto y otro, es la forma explícita y directa en la que el/la investigadora asume su papel.

Me propuse una producción autoetnográfica para abordar el contexto de la lactancia materna, por medio de la descripción minuciosa de una trayectoria individual (Blanco, 2012). Mi trabajo como investigadora-embarazada, es un estudio exploratorio sobre las conexiones familiares y profesionales que inciden en la decisión de sostener, o no, la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses. El escenario es un grupo de acompañamiento para madres usuarias de los servicios de salud pública. Este proyecto se acerca a la lactancia materna a) buscando comprensión más allá de su predicción (Humphries, 2012; Íñiguez, 1995); y b) como observación de la acción grupal en el contexto de una intervención comunitaria institucional (Cantera, 2004; Descartes, 2007). A principio de los años noventa, Arthur Bochner (2012) se preguntó qué pasaría si los científicos sociales se pensarán a sí mismos como escritores y lanzaran un ojo etnográfico hacia sus experiencias. En este estudio, la conexión protagonista es mi papel de investigadora y mujer embarazada, para devenir posteriormente investigadora y mujer-madre lactante.

En las siguientes páginas presento una reflexión en torno a la lactancia materna basada en recursos biográficos, que van tejiendo en un mismo espacio tres dimensiones: la dimensión personal, la dimensión de investigación y la dimensión psicosocial. Muestro la dura y precaria situación que viven las familias mexicanas que dependen obligatoriamente de la salud pública para la atención materno-infantil, debido a las fracturas socioeconómicas del sistema sanitario nacional. También argumento que, la

estancia en los escenarios de salud implicados en mi trabajo, se caracterizó por una alternancia en el protagonismo de mis roles, todo el tiempo mi condición de embarazada (y posteriormente, madre) incidía en mi participación como psicóloga e investigadora en un grupo de atención materno- infantil realizado en un centro de salud pública de la Ciudad de México.

Producción autoetnográfica

Aceptando que toda la investigación es subjetiva y que las investigadoras son parte de ese proceso, su posición respecto al fenómeno y respecto a las realidades sociales no puede pasarse por alto. Para Lupicinio Íñiguez (1995) esta posición encuentra en la metodología cualitativa procedimientos adecuados para alcanzar la comprensión de los procesos sociales, comprender la naturaleza y no necesariamente predecirla. Incluso se ha afirmado que la tarea del(a) investigador(a) es explicitar su propio papel, comprenderlo y con ello asumir sus límites y posibilidades, “contextualizando su hacer” (Boing, Crepaldi y Moré, 2008, p. 253).

Hablar del método etnográfico implica un abanico de definiciones e interpretaciones diversas (Bochner, 2012; Coffey, 2002; Ellis y Bochner, 1994/2000; Feliu, 2007; Gil, 2007), que a su vez complica la particularidad de la “autoetnografía”, pues mientras que puede entenderse como un subtipo del método en cuestión (Blanco, 2012), otros defienden su valor como una estrategia metodológica en sí misma por su capacidad para enlazar la cultura con ese algo “personal” del o la autora (Ellis, Adams y Bochner, 2011). La característica de ese enlace cultural-personal toma los matices que la investigadora decida: puede ir desde el énfasis al relato de la experiencia personal hasta el énfasis al reclamo social que pretende por medio de su texto. En este trabajo ambos intereses quedan tejidos. Por un lado, mi paso por los servicios de salud pública, siempre fue descrita y oficializada como investigadora (tanto para el equipo de profesionales como para las familias asistentes), y no como usuaria. Hecho que llevó esta producción por un camino diferente al de las versiones iniciales de las autoetnografías: aquellas que se referían al estudio de un momento/grupo social que el investigador consideraba como propio, albergando esta percepción en su característica socioeconómica, empleo, o cualquier otra afinidad (Blanco, 2012). Por otro lado, debido a mi presencia en las sesiones del servicio grupal en el que me integré, atención y prevención de riesgos durante el embarazo, no fui ajena a la comunidad, más bien fui (y aun lo soy) un personaje de condición híbrida con cierta agencia, un *actante* (Latour, 2005) cuya participación era entendida mayormente como otra embarazada.

Acceso a los centros de observación

Respecto al arranque del proceso autoetnográfico a continuación hago ciertas puntualizaciones. La Secretaría de Salud del Distrito Federal, provee servicios sociosanitarios a través de 18 centros con diferentes niveles de atención, de acuerdo con los recursos humanos y técnicos con los que cuentan. De todos ellos, dos centros del llamado nivel T-III fueron sede para nuestros periodos de observación participante, y posterior encuentro con profesionales de la salud y usuarias (ver tabla 1). En la escala de centros de salud pública de la ciudad, éstos cuentan con la mayor infraestructura y recursos humanos que se ofrecen en atención primaria.

Por la naturaleza de las actividades establecidas en cada uno de los centros, la permanencia en el campo y aproximación a los participantes, ocurrió como sigue:

Centro A: Incorporación a dos actividades grupales de atención materno-infantil. La primera fue el grupo de atención a mujeres embarazadas, en sesión semanal de 2 horas, cada jueves. Y la segunda fue el grupo de estimulación temprana para menores desde los 2 meses hasta los 2 años de edad, en el que la mayoría de asistentes eran diadas de madres-hijos(as). Se realizó un periodo de observación de 4.5 meses, aproximadamente 15 sesiones para cada una de las actividades descritas.

Centro B: Incorporación a una actividad grupal de atención a mujeres embarazadas, en una sesión semanal de 2 horas. Sin embargo, en este centro, la actividad se caracterizó por tener muy poca participación de la comunidad aledaña, resultando en un proceso grupal con muchas dificultades para arrancar y permanecer. En el periodo de observación de 3.5 meses, apenas se concretaron 6 sesiones.

OBSERVACIONES		
	Centro A	Centro B
Actividades	Grupo para la atención a mujeres embarazadas. Grupo de Estimulación temprana.	Grupo para la atención a mujeres embarazadas.
Sesiones	30	6
Periodo	18 semanas	14 semanas

Tabla 1. Detalles de la observación.

El material y experiencias que recogen este trabajo se centran en la estancia desarrollada en el Centro A, con énfasis en la vivencia de las usuarias embarazadas. Mientras que el material del Centro B nos permitió complementar el panorama en torno a

la interacción entre familias y servicios de salud pública. El material de análisis elegido para conformar este trabajo carece de datos de identificación para garantizar el anonimato de las personas participantes.

Mi llegada a la escena de servicios de salud pública, fue argumentando la necesidad de explorar cómo se conectan los programas con la gente. Me atrae la idea de explorar los nodos de la red en dónde se conectan, ejecutan y transforman la iniciativa de ley, el presupuesto estatal, los minutos de radio o televisión. Siguiendo la perspectiva de Bruno Latour (2005), esos elementos, en el terreno de la comunidad toman el nombre de la Dra. N.A., el médico residente, la trabajadora social. Pero también enlazan a la pareja adolescente cuidando de un embarazo de 8 meses, él con 17 años y ella con 13. Elementos que se reproducen o fracasan en los discursos de “mis papás me apoyan”, “me fui de casa”; y que “yo ya tengo 2 niños y mi esposo quería una niña, por fin nos llegó”, “lo malo es que cuando avisé de mi embarazo me corrieron del trabajo”, etc. Estas vidas y la mía de embarazada, cabían en el centro de salud del barrio, en el de la esquina, para la mayoría de todos nosotros, con defectos y virtudes, la única alternativa para lograr nuestras metas.

La actividad profesional en el área de la salud y de servicios sociales son vías que posibilitan entablar relaciones con familias enteras, o establecer contacto con personas de forma que se lleguen a conocer sus diversas situaciones familiares (Dalton, Orford, Parry y Laburn-Peart, 2008). Estos servicios resultan igualmente relevantes para realizar observaciones y análisis sobre el desarrollo del trabajo asignado a los equipos profesionales y a las propias instituciones a las que se adscriben (Elwér, Alex y Hammarström, 2010), pero también como un camino de acceso a los diálogos familiares (Jiménez, 2012).

La presencia de una investigadora no inquietó al grupo. En una de las sesiones, una usuaria comentó: “pues que suerte tener en el grupo a una psicóloga” (Entrada de diario de campo, 20 de septiembre de 2013). Con ello no se refería a una profesional de la salud en línea con la administración de la institución, en absoluto, se refirió a lo simpático que resultaba que una de las embarazadas (yo) pudiera dar algún punto de vista también de acuerdo con lo que estudió en la universidad, tan simpático como que otra embarazada tuviera una fonda u otra fuera ingeniera textil. Esto quiere decir que, para este contexto descrito, mi papel tuvo el siguiente orden de influencia: 1) embarazada, 2) psicóloga y 3) observadora del servicio. Además del resultado en el grupo, surgió como una meta nueva (Latour, 2005) la formalización de una escritura autoetnográfica ¿Cómo era posible eludir mi papel inminente de madre (¿lactante?) mientras pretendía

comprender lo que sucede con la escasez alarmante de la lactancia materna en México? Esa nueva meta se convirtió en un verdadero reto.

Sobre la escritura

La escritura autoetnográfica no puede ser de cualquier manera. De acuerdo con Mercedes Blanco (2012) es necesario contar con un formato narrativo que incluya trama, formas y estilo. Nos dice que no nos quedemos en cortar y pegar citas de nuestras entrevistas, sino que hagamos un ejercicio reflexivo y lo expresemos como un relato vivo, malabarista y ético. Dicho relato seguirá en la mayor medida posible una escritura simple, con la posición de la investigadora transparente, como cristal de una ventana que invita a ver hacia adentro la habitación, o hacia afuera el paisaje, según se desee.

¿Por qué esta discusión de formas es relevante en ciencias sociales? ¿Acaso nuestro trabajo es hacer literatura? No es nuestro trabajo, pero lo hacemos. De acuerdo con Joel Feliu (2007) la ciencia tiene argumentos, ironías, ataques y defensas, por lo tanto “guste o no a científicos y literatos, en realidad la ciencia se escribe y por lo tanto es un tipo de literatura” (p. 263). El contenido “científico” tiene por obligación cumplir los estándares de credibilidad de la comunidad académica, afirma Joel Feliu (2007), alcanzarlos también depende de la forma narrativa con la que se produce dicho contenido.

Los cuestionamientos posmodernos a la figura del experto, junto a las tramas de poder que implica, han tambaleado enormemente los estilos “permitidos” para escribir ciencia social. No obstante, aún hay gran prevalencia de prácticas clásicas al redactar, que ignoran lo diversa que puede ser la noción (y expresión) del rigor en la investigación. La autoetnografía, al menos esta con las facciones que he dibujado, es una de esas expresiones alternativas. Y cuando digo estas facciones, me refiero a que no todos los trabajos (auto) etnográficos se han relacionado con este espíritu. El personaje “etnógrafo/a”, o más bien, la autoridad del etnógrafo/a para crear mundos socioculturales según sus ojos, así como para introducir pacíficamente procesos colonizadores a los grupos estudiados, ha sido fuertemente criticada (Conquergood, 1991; Davies, 1998/2008; Feliu, 2007; Pujadas, Comas y Roca, 2004; Velasco y Díaz de Rada, 1997). En el lado contrario, la autoetnografía, inmersa en la reflexividad, es una estrategia de investigación que “acomoda” subjetividad, emoción y el impacto del o la investigadora en el campo, sin darle la espalda a estos temas, o directamente asumiendo que no existen (Albertín, 2008; Ellis et al., 2011).

Esta discusión, que podemos llamar ética, es central no sólo en las investigaciones que implican la inmersión total de la figura de la investigadora en la situación de estu-

dio, sino que es una preocupación general a la producción científica de perfil social-crítico.

Una vez planteada esta base metodológica, a continuación desarrollo los antecedentes pertinentes para comprender el terreno de la lactancia materna, primero en forma genérica y posteriormente enfoco la situación local, hablando de las prácticas de lactancia en familias mexicanas.

Lactancia Materna

Si hay algún tema de la vida familiar que ha ofrecido y seguirá ofreciendo diversidad son las prácticas de lactancia. Pero claro, cuando digo la *vida familiar*, estoy jugando con el sitio en el que se ha incrustado dicha práctica, juego con el significado de una decisión individual respetada que resulta en tanta comodidad para que las instituciones colindantes hagan lo que puedan por el asunto. El fracaso institucional, aunque muy mediatizado, no es tan temido, al fin y al cabo, es un tema de las “mamás”.

La comprensión de la lactancia materna como responsabilidad última de la esfera familiar (cerrada) puede encontrarse en todas las fuentes imaginables, de la vida cotidiana y varias de la vida académica (Albert y Heinrichs-Breen, 2011; Bailey, Clark y Shepherd, 2008; Belintxon-Martín, Zaragüeta, Adrián y López-Dicastillo, 2011). Con muy diversos grados de reflexión, la confirman como un acto de intimidad, de confianza, de recogimiento. No hay duda de que esta forma es positiva cuando promueve relaciones familiares cargadas de emoción, cuidado, responsabilidad y respeto. Pero la naturaleza perfecta de esta relación dibujada entre madre-bebé por medio de su alimentación al seno materno, tiene un aspecto bastante imperfecto que los análisis sociales no pueden pasar por alto: si las mamás son las responsables, ¿qué papel tiene la salud pública?

El discurso de la intimidad queda bien ejemplificado en las siguientes palabras de una joven usuaria del centro de salud:

Sí me significa mucho, porque de hecho la primera vez que ya lo agarró [el pecho] y succionó perfecto —que me había costado mucho trabajo, sentía que no succionaba— pero cuando ya sentí, ya me quedé viéndola y dije: ¡Ay! qué bonito angelito que está conmigo y que yo le puedo dar mi leche, alimentarse ella de mí. Espero que con esto tengamos mucha confianza entre nosotras. Y empezamos una relación muy personal, muy bonita. (Entrevistada 1, 26 años, 10 de noviembre de 2013).

Escuchar a J. decirme esto me confrontó enormemente, pues al tiempo que notaba en su expresión inmenso amor y cuidado por su pequeña hija de un mes, no podía dejar de pensar en que esta versión de lactancia, es simultáneamente tan genuina como romántica. Pensaba que desafortunadamente, cuando una madre y un padre caminan por esa ruta, el ejercicio, o no, de la lactancia materna y las varias dificultades que tienen que resolver las familias cotidianamente, dejan de solucionarse desde una movilización pública. Ellas y ellos desarrollarán estrategias privadas, que resultarán en una política familiar pasiva y una ausencia de demandas para activarla (Flaquer, 2003). Hay un paso muy cortito entre estar a gusto y tranquila alimentando a mi bebé, construyendo una relación de *confianza*, y la consolidación de esta práctica como un asunto que deba escapar por completo a los escenarios abiertos y visibles por los que transitan los miembros de la familia. Esta experiencia de una lactancia en la intimidad, pronto se traducirá en una miscelánea de informaciones (datos, anécdotas, tecnologías, preguntas, sentimientos, implicaciones físicas, materiales, etc.) que empezarán a asumirse como adecuados para cierto espacio, un espacio “doméstico”, fantasiosamente separado y/o diferente al de las batallas sociales de reivindicación familiar (Jiménez, 2012).

Además de observar la perpetuación de la dicotomía público/privado que en este caso se teje con hilo de leche materna y con ideas como las expresadas anteriormente por la usuaria J., resulta fundamental continuar por esclarecer la actual situación mexicana de la lactancia materna.

Situación en México

El contexto global-local es de gran relevancia para comprender las andanzas materno-infantiles que conocí durante el proyecto. En México, hace décadas que se plantea como política de salud la promoción de la lactancia materna, y también hace décadas que se evalúa por todo el territorio su prevalencia. Uno de los pilares para la promoción fue la implementación de la iniciativa internacional *Hospital amigo de la madre y del niño/a*, aunque en México que se consolidó con éxito en los servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad Social de los Trabajadores del Estado (ISSTE) y Secretaría de Salud, logrando un impacto positivo únicamente en los índices de mortalidad materno-infantil (Turnbull, Escalante-Izeta, Klünder, 2006).

No obstante, la instauración de la lactancia materna exclusiva (LME) tiene otra historia. El bajísimo cumplimiento de este objetivo institucional en los últimos 30 años es alarmante: asumiendo las recomendaciones internacionales como meta, y con el reconocimiento de los múltiples beneficios en la salud de madres e hijos/as derivados del ejercicio de lactar, entre 1979 y 1999 se observó que no hubo ninguna mejoría de las

prácticas mexicanas de nutrición en infantes menores de 6 meses reportadas en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2012 (INSP, 2012). Ya entrada la década del 2000, la situación se tornó más drástica: del 2006, en el que sólo un 22.3% de menores recibían lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de edad. Eso no es todo, al 2012, ésta únicamente se reportó en un 14.4% en medios urbanos, mientras que en medios rurales la bajada fue de la mitad, para quedar en 18.5% (INSP, 2012). Las autoridades se plantean preguntas de todo tipo, intentan encontrar respuestas para mejorar la situación, o simplemente emprenden acciones locales y nacionales de costos millonarios, esperando, ojalá, que sea la buena. En cuanto a mi aparición en este contexto, participé en el grupo de embarazadas en un centro de salud urbano (atención primaria) de la secretaría de salud. Las características de esta institución influyen fuertemente en el curso de la lactancia para cada caso de madre-niño. La Secretaría de Salud de esta ciudad (SSDF) se responsabiliza por la lactancia materna, fundamentalmente vía dos programas: a) *Arranque Parejo en la Vida* (APV), instaurado en 2001 por el gobierno federal, y b) *Embarazo saludable, parto y lactancia*, instaurado por la SSDF en la misma década (Secretaría de Salud D.F., 2012). Ambos programas pretenden disminuir la mortalidad materno-infantil e instaurar un estilo de vida saludable para la población en cuestión, por supuesto incluyendo el fortalecimiento de la LME. Por lo menos en lo que respecta a la ciudad de México, y muy particularmente en lo que respecta a mis observaciones durante la investigación, los programas son llevados a campo de formas muy diversas, casi como si estuvieran abiertos a interpretación y criterio de los equipos, quienes a su vez navegan por un mar muy impredecible de recursos humanos y económicos, como se refleja en las siguientes notas de observación:

Puede utilizar el despacho del fondo, este edificio es del programa de Prevención de adicciones, pero nos prestan espacios. El psicólogo atiende en esa oficina, al lado. Al fondo, a veces viene la nutrióloga- No, ya no está viniendo Dr.- Sí, a veces viene, aquí sí, en dónde ya no hay es en el centro D.M. Pues puede usar ese despacho, y si viene ya se ponen de acuerdo, ella se queda unas dos horas, yo creo. (Coordinador médico, 3 de octubre).

Hoy se cancela la sesión, no las podemos dejar aquí. Miren cómo huele a pintura. Es que no estuvo lista la sala, no había pintura, y ahora el olor es muy fuerte para ustedes, no está bien para sus bebés. A menos de que alguien tenga una duda muy urgente o algo (Médico residente, 29 de agosto).

Pasajes como estos se acumularon en mis notas conforme los meses pasaron, y me preocupaban en este sentido: los gobiernos, programas y autoridades pasan, y simplemente la calidad de los servicios de salud pública a los que accedemos en México se mantiene en el mínimo funcionamiento. ¿Qué marañas de corrupción, de discriminación, estructurales, de criminalidad e ignorancia tendrán que sortear las pocas accio-

nes y materiales efectivos que llegan a las familias usuarias? ¿De qué forma una acción académica podría realmente incidir? ¿Se puede?

Para cerrar con el contexto es imprescindible mencionar que, al igual que otros países de América Latina, especialmente a partir de la década de los 80, México se ha caracterizado por un crecimiento aterrador de la desigualdad (Campos, 2013; Cortés, 2011), y cualquiera puede comprobarlo vía documentos o vía un paseo por cualquier barrio vecino de corporativos, colegios o universidades, centros de entretenimiento y *shopping fashion*. En cuanto hablamos de salud pública y privada, la regla parece ser muy simple: aquél que puede evitar la primera, pagando la segunda, lo hará. Aquel que no puede pagar, asiste a un servicio público.

A continuación presento dos secciones en las que se tejen en el texto la descripción de resultados y discusiones al respecto, con el objetivo de mostrar las áreas temáticas sobresalientes en el proceso de la investigación. En la primera de ellas abordo la cotidianidad de la institución, mientras que en la segunda muestro la relación de las mujeres con la maternidad y con sus opciones e intereses laborales.

Institución, mi niña y yo

Una vez en contexto, continuaré con el relato autoetnográfico intentando el despliegue de las dimensiones personal, de investigación y psicosocial que mencioné al inicio del trabajo. Teniendo en cuenta la precariedad de los servicios observados, todo el tiempo tuve una preocupación paralela a la inquietud sociopolítica que ya expresé: ¿Y qué tal si yo atendiera mi embarazo aquí, si fuera paciente de éste equipo, por momentos mis colegas? Tal cómo lo experimentan las mujeres con las que he compartido en ese grupo de embarazo, qué tal si fuera mi única opción de acceder al control prenatal, qué tal si en consulta no pudiera preguntar todo lo que quiero saber, o qué tal si no entendiera lo que me dice el médico durante los 10 minutos de consulta mensual. Qué tal si durante las 40 semanas sólo tuviera derecho a 3 ultrasonidos (eso, como estudio más complejo disponible). Qué tal si yo tuviera punzadas o sangrado, y qué tal si eso ocurre en fin de semana, y no hay médicos. Y si no llega el ultrasonografista durante 4 días, y qué tal si nadie sabe en dónde está, y si no hay otra persona que pueda hacer el estudio. Todo ello es tan lamentable como común en muchas instalaciones de salud pública en México. Y por eso mismo es un termómetro sensible de la desigualdad económica que se vive en el país: las familias que alcanzan ciertos recursos económicos para atenderse en una clínica privada, evitan acudir a los servicios públicos. Tema que profundizaré más adelante.

Conocí información detallada que me mostró una realidad preocupante, no son mitos ni rumores:

Vine al centro de salud y me mandaron al hospital C. Cuando fui al hospital ya no salí, ya me quedé ahí mucho tiempo. Ya me internaron, una semana. Tenía que hidratarme; ‘sobre hidratarme’, me dijeron. Me pusieron suero, y yo tomaba muchísima agua. Me iban a hacer ultrasonido para ver si me aumentaba el líquido. Pero resultó que no había ultrasonidos [jajaja]. Yo estaba nada más ahí, no pasaba nada. Entonces ya me quería ir a mi casa. ¡Yo veía que no me hacían nada! Que según no había quien hiciera el ultrasonido. Así pasé una semana. Nadie me decía nada. Simplemente estaba acostada tomando agua y con el suero. Nada de consultas, nada. (Entrevistada 2, 29 años, 10 de noviembre de 2013).

Me reconocía sintiendo miedo conforme avanzaba mi proyecto. Y también días de culpa, por no ser solidaria con mis compañeras embarazadas, por no hacer fila, por poder “ver” a mi bebé en cada consulta, por tomar todas las vitaminas y alimentos sanos que se recomiendan, por tener tiempo y espacio para ir varias veces por semana a nadar y “conectarme” con mi hijita. Disfrutar el embarazo y puerperio es tan relativo, tan construido, tan impreciso. Hablar de ello, resulta en ocasiones simplemente ridículo. Así que mi camino de investigación siguió la encantadora sugerencia de Laurel Richardson (2008) respecto al manejo emocional de la etnógrafa: no editar los sentimientos durante el trabajo de campo. La autora afirma que, igualmente, de una u otra forma los sentimientos vendrán a escena, que ellos moldean y/ retrasan nuestro trabajo. Pero, concluye con una postura positiva, si la investigadora está sintiéndose de alguna manera acerca de algo, alguien más, probablemente, también lo haga. Y con ello llegar a: “un camino inesperado hacia marcos temáticos y conceptuales” (Richardson, 2008, p. 6).

Lo cierto es que para las usuarias con las que entré en contacto, algo de gris sí había, pero el servicio no suponía para ellas una carencia o deficiencia imperdonable. Al menos no compartieron una postura tan intranquila como la mía, ni tan drástica como las conclusiones alcanzadas por el informe más reciente de la Comisión Nacional de Evaluación (2010) respecto a la atención a la salud materno-infantil en México, en el que se afirma que el control prenatal en los servicios de salud no asegura un tratamiento oportuno, ni una canalización óptima para resolver las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. Es más, quedó documentado que la saturación de los servicios hospitalarios resulta en mujeres que son dadas de alta, pero que tienen diagnósticos de riesgo. La evaluación mencionada pretende poner a nuestro país en línea con los objetivos de las convenciones internacionales respecto a muerte materno-infantil (entre las que se destacan los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la OMS), pero le-

jos, muy lejos de ello, los resultados develan que los casos de complicaciones o muertes analizados no son más que la confesión de capacidades deficientes en lo que concierne a la formación médica (universitaria o de especialidad) y sobre todo de la carencia de lineamientos claros para el manejo de la enfermedad materna (CONEVAL, 2012). Las mujeres se han resignado a ser atendidas en esas condiciones como nos dice una de las participantes en el grupo:

En el hospital me dice el doctor: a ver pues solo arrojaste el tapón cervical, pero es normal, no hay nada que hacer por ahora. Y me sacó. Pero yo decía ¿cómo normal? ¿Normal de qué o qué? Pues tengo sangre y mi bebé adentro. Y ya es todo lo que me dijo. Pero yo no me quedé a gusto, no me dijo bien. Pero pues así son (Entrevistada 3, 20 años, 14 de noviembre de 2013).

Intervenciones como la anterior, fueron tema muy común durante mis conversaciones con usuarias del centro, de ahí que me inquietara otra cosa, un asunto que no cuadra: por qué estas familias usuarias no dicen nada, o por qué lo dicen de una manera tan tímida, en el abrazo de un despacho con una psicóloga que les pregunta cómo te fue en el hospital, cómo te trataron en la sala de emergencias; y tú cómo veías quedarte sola esas 4 hr. de labor de parto esperando camilla; cómo fue cuando se escuchaba por toda la sala que el timbre para llamar a las enfermeras sonaba, pero nadie venía a cambiarte el suero. ¿Por qué puede ocurrir esto? Acaso la ausencia de voces de reclamo, son la licencia perfecta para que los servicios “implementen” más y más acciones retadoras a la paciencia y derechos universales. Los relatos de vida que iban cayendo en mi baúl, ya fuera por las sesiones individuales exprofeso, o por las interacciones espontáneas durante mi andar en el centro de salud, se fueron fundiendo en una gran masa de pasividad. Y no la que se entiende como cuando decimos que tal persona es pasiva, por no decir floja. Sino una pasividad social, consecuencia de múltiples vivencias de precariedad que enseñaron a las familias a “arreglárselas” con lo que se puede. Y claro como lo mencioné antes, también de esa pasividad que se gesta en una cultura familiarista que se basa en el aislamiento y en la privacidad, y que descarta la concienciación de estas familias como actores públicos (Flaquer, 2003). Las familias desempeñan un papel central en la reproducción del sistema de bienestar y en el sesgo familiarista del sistema productivo, esto es que los índices de valoración a los temas familiares permanecen en el ámbito privado y no emergen a escenarios públicos (Sánchez, 2007). Cuando la activación para solucionar cierto tema se gesta en la relación de pareja, en el apoyo de la mamá o la suegra, el coche que tiene la vecina, la farmacia del compadre, por dar algún ejemplo, cada vez tiene menor peso en la planeación y ejecución de una política de salud digna. Dicha falta de trato digno frecuentemente llega a consolidarse como prácticas de violencia obstétrica, por ejemplo, lo que vivió esta usuaria:

Me dijeron que iba a ser cesárea, porque tenía poca agua [...] A mi esposo le dijeron a las 9pm se va a hacer la cesárea. Pero nunca llegaron por mí [...] 9, 10,11 pm y de repente me iban a ver, me decían: pues es que no hay lugar. Que el quirófano está ocupado [...] Yo ya estaba sola, y era fin de semana, había puros pasantes y solo un doctor en el piso para ver a todas. Así pasé toda la noche. (Entrevistada 4, 26 años, 10 de diciembre de 2013).

Siguiendo hacia otra área que me interesa destacar de mi narración, los relatos que escuché también evidenciaron cómo son las operaciones “hormiga” que consolidan la inequidad estructural en el binomio salud-mujer. Me refiero a debilitar el bienestar de las usuarias muy poquito a poquito, como por ejemplo una mala cara, un “pase usted primero señor” “ya le dijo el médico que se espere”, y “si no se acomodan bien al niño pues cómo quieren que coma, ustedes son las únicas responsables si le pasa algo a su hijo, por no cuidarlo”. El acceso femenino a los servicios de salud, y su paso por ellos, se ha estudiado por modelos diversos y en niveles diversos, el que mejor puede iluminar las situaciones que escuché es, siguiendo a Pilar Matud (2008) uno que analice los procesos culturales, sociales, económicos y políticos que dan lugar a riesgos en la salud. Y más allá, riesgos de quedar atrapadas entre el cuidado de su salud y un ejercicio de poder y/o violencia. Qué curioso me parece en este momento, el hecho de que justamente la primera vez que el concepto género se utilizó, fue en el contexto sanitario a mediados de los 60, cuando el médico Stoller propone el término “para mostrar la fuerza de la educación social y familiar recibida como niño o niña para la identidad sexual frente a la anatomía biológica” (Pujal, 2005, p. 71). Cuánta fuerza tienen los hilos de la salud en el tejido social, cuánta fuerza tienen en nuestras vidas. Aunque antes trabajé en promoción de la salud, como interventora y como investigadora, es hasta este momento, a la semana 25 de mi embarazo y junto a estas mujeres, que empiezo a reflexionar vívidamente la asignatura género y salud. Lo más sencillo está en preguntar, en sorprenderse, en señalar, pero dar respuestas requiere un buen esfuerzo. Volvamos a la narración: Pensaba en qué haría si recibiera obligatoriamente este trato. Obligatoriamente por no contar con otra opción sanitaria, no porque los servicios no puedan y deban cambiar. Qué haría con mi coraje, con mi miedo, con mi angustia. ¿Reclamaría el servicio? ¿Pediría puntualidad en mis citas, en mi entrega de resultados? ¿Levantaría la voz cuando y con quién correspondiera? Supuse que sí, más convencida por la preocupación de que mi hija pudiera estar en riesgo, que por el ejercicio de mis derechos ciudadanos. Pero no fue el caso, no llegué a comprobarlo. En mis consultas mi hija y yo éramos tratadas *como las flores más valiosas de Versalles*, las más delicadas, y *qué guapa te ves tú, qué bien va creciendo ella, mira que se agarra su carita, te damos un té y galletitas*. Al igual que otras madres con acceso a un servicio pagado, yo decidí atender mi embarazo y parto en una clínica privada. Oportunidad

muy lejana para la mayoría de las mujeres que conocí en el centro de salud. Todo esto ocurría justo a un par de horas y kilómetros de aquellos relatos. Qué confusión, y otra vez qué miedo, ahora de ver en primerísima fila y con protagonistas tan frágiles (las y los bebés de todas) que la brecha socioeconómica entre nosotras se traduce en un abismo indignante en el acceso a la salud, que pone a unas y otras en diferentes líneas del cuento.

El tejido social se impacta de manera negativa cuando la polarización social se institucionaliza, pues todos los procesos de sentido comunitario que se inician en los sistemas sanitarios tienen la etiqueta de “población en riesgo de marginalidad”, es decir, se generan pensados en que son la última (o no es) opción para unos y la única herramienta de la que disponen otros.

¿Ama de casa o de despacho?

Uno de los puntos cruciales para mantener, modificar o suspender las prácticas de lactancia materna establecidas en el puerperio es la actividad laboral de la madre (Feldman, Viva, Lugli, Zaragoza y Gómez, 2008; Flores-Díaz, Bustos-Valdés, González-Solís y Mendoza-Sánchez, 2006; Montes, 2007; Schweifel, 2013). De hecho, la incompatibilidad de ambas acciones es tal, que el regreso al trabajo se vive como una verdadera carrera de obstáculos y angustia (Castilla, 2005; Marín-Arias y Gutiérrez, 2012; Simón, 2008; Schweifel, 2013) y únicamente en casos excepcionales, ésta sigue siendo la principal forma de alimentación de las y los bebés. Por lo tanto, consideré que los relatos de las usuarias alcanzarían el tema laboral en algún momento. Mi hipótesis se tambaleó enormemente cuando la inmensa mayoría me habló de una convicción firme de estar con sus hijos e hijas de tiempo completo durante dos o tres años (algunas más), y por lo tanto la interrupción de la lactancia materna, para aquellas que la habían establecido, no era ni siquiera vislumbrada. El poderoso enemigo de la lactancia es tal solo para las familias que tienen una fuente de ingresos vía materna. Pero en este centro de salud las condiciones económicas familiares eran muy homogéneas: un modesto ingreso a cargo del padre, o futuro padre, de los recién nacidos, algún apoyo económico u operativo por parte de padres o suegros de las usuarias, y en todos los casos adaptación de reducidas viviendas para compartir el espacio entre dos o más familias.

En diciembre ya nos juntamos, vivíamos en su casa, la de sus papás. Era como esta sala de actividades, un poco más grande. Es un depa chiquito, aquí está su cama, una mesa, la cama de sus papás, un mueble enfrente y una estufa, y acá el refri. (Entrevistada 3, 20 años, 14 de noviembre de 2013).

Y homogéneos también, fueron varias carencias económicas relacionadas en torno al cuidado de enfermedades, educación, alimentación y/o diversión. Conforme pasaba tiempo en el escenario me inquietaba más el hecho de que casi todas las mujeres entrevistadas omitieron en sus relatos la posibilidad de generar recursos económicos para la familia por medio de una actividad remunerada. No ocurrió. Escuché estructuras familiar-económicas muy tradicionales, con una división de tareas grabada en concreto. Las carencias en recursos eran similares, pero los niveles de escolaridad se diversificaron un poco, lo cual me generaba inquietud respecto al grado de satisfacción con el rol. En el trabajo de Pilar Matud (2008) sobre roles de género y salud, se observó que la satisfacción con el rol es muy importante para la salud de la mujer: en general las mujeres con empleo parecen tener mejor salud que las que no lo tienen. Las mujeres que se dedican al rol ama de casa y madre, tienen peor salud física y mental, excepto aquellas que están muy satisfechas con su condición. Y por último, están más satisfechas con el rol de madre trabajadora las que tienen un empleo cualificado, que las que tienen un empleo de tipo manual u operativo. Ellas me compartieron tanto carencias socioeconómicas como satisfacciones maternas. Yo aportaba entre estas mujeres el único empleo cualificado, igualmente con satisfacciones y carencias: al escucharlas, encontraba redes sociales limitadas, desempleo, privación cultural, hacinamiento, riesgo de exclusión, viviendas precarias, el saberse pobre (Oros y Vargas, 2012), pero también un gran tesoro entre sus manos, una riqueza que yo no poseo: tiempo de crianza.

No, ahorita nada de trabajo. Imagínate, ¿me voy a perder todo lo más importante de mi niña? No. Ya veré cuando esté grande, pero ahorita mi esposo puede, además mis papás no nos cobran renta, ni nada, mientras podemos echarle ganas para ahorrar. Yo la cuido, le doy su pecho, jugamos, ella y yo nos conocemos mejor que nadie, más. (Entrevistada 5, 33 años, 10 de diciembre de 2013).

Yo escuchaba estas y muchas afirmaciones similares, justamente cuando cumplía con mi horario y actividades como investigadora. Esas conversaciones eran posibles porque yo estaba ahí trabajando. Y si mi bebé ya hubiera nacido, efectivamente *¿me estaría perdiendo lo más importante de mi niña?*

La prioridad laboral y profesional adquiere significado en una trayectoria de vida, con amplios aspectos intergeneracionales (Matud, 2008; Oros y Vargas, 2012; Simón, 2008), y con la traducción (transformación) que los miembros de las familias ejercen unos a otros en cierto guión de acciones y conexiones (Jiménez, 2012). Pero la situación de pobreza y pobreza extrema que viven más de 50 millones de mexicanos, ha llevado a plantear que una solución viable es justamente la de promover que más mujeres se incorporen a la actividad remunerada familiar. Ello a partir de encontrar que las

dos razones principales por las que son más pobres los hogares son: a) hay menos trabajadores (especialmente mujeres) y b) los trabajos son de menor calidad (Campos, 2013).

Tal vez si ella tuviera un ingreso, mejorarían las condiciones familiares, por ejemplo una habitación propia, menos violencia con sus suegros, poder descansar cuando se siente mal. O sea, eso también sería una forma de cuidar al bebé. (Diana J.).

En cuanto a mí, me veía capaz de asumir cómodamente mi actividad profesional, y porqué era relevante en mi historia de vida seguir ejerciéndolo. El punto incómodo era la otra cara, cada vez veía más claro, cómo esa actividad me generaba también carencia. Una que por primera vez en mi vida cobró importancia: físicamente habrá distancia, no es posible tener agencia en ambas cosas al mismo tiempo, todo el tiempo.

¿Cómo voy a mantener la lactancia cuando regrese a la universidad? ¿Por qué yo sí lo voy a lograr, y no las otras mamás de las estadísticas? (Diana J.).

Esta dicotomización del rol, ocurre en muchos ámbitos de la investigación, sobre todo en aquellos en los que el objeto de estudio empalma con circunstancias vitales del o la investigadora (Frostig, 2011) o le son especialmente sensibles de tratar (Langer y Beckman, 2005; Lee y Renzetti, 1993; Sieber 2008). Pero además de ello, la gran inquietud que experimenté (y sigo experimentando de algún modo) se puede analizar en el marco de los trabajos como el de Arwen Raddon (2002) y el de Karen Frostig (2011), quienes se centran en la discrepancia de tareas que encuentran las madres insertas en el mundo académico. Por un lado, la impresión de llegar a una bifurcación donde el camino no elegido como prioritario, será sacrificado en función de “lo que sea necesario” por cumplir exitosamente con la misión. Y es que, de acuerdo con Raddon (2002), el concepto de éxito en la academia está íntimamente relacionado con un discurso de encumbramiento de atributos masculinos, fundamentalmente en el manejo de las relaciones de poder y el tiempo e inversión personal al desarrollo profesional. En donde la madre en cuestión, por el discurso de cuidado implicado en su rol, cumplirá en la medida en que su “egoísmo” le dé margen. Para una madre lactante, la capacidad o no para apartarse del rol laboral, es literalmente, vital. La gestión de tiempo y recursos para ejercer la lactancia tienen una implicación enorme en la promoción de la salud del bebé vía su alimentación. Enorme, como la opresión del discurso de la buena madre o la académica exitosa.

De igual relevancia, los aportes de Karen Frostig (2011) señalan otra arista del tema. Para ella es indispensable explorar cómo la condición de maternidad o de no-maternidad, impacta en algún sentido la producción del conocimiento social, pues afir-

ma que, como se ha señalado anteriormente (Albertín, 2009; Jiménez, 2012), la dimensión reflexiva del trabajo de la investigadora es sustancial, una responsabilidad ética y política, que, al develarse de manera explícita, deja de ser un “sesgo” y un “obstáculo”, en términos *mainstream*, para convertirse en un recurso de investigación.

Me di cuenta de que el trabajo era un obstáculo potencial para mí y para cierto sector social de madres trabajadoras, pero no tiene ninguna relevancia para las madres con un rol doméstico exclusivo.

Y finalmente llegó el nacimiento de mi hija y mi inicio en la lactancia. Debido a que mi hijita fue tempranamente diagnosticada con la alergia a la proteína de la leche de vaca (APLV), por inmadurez digestiva, mi papel como madre lactante duró únicamente dos meses y medio. Así que tantas horas de reflexión y reto, llegaron a un fin precipitado. Es decir, que a las experiencias descritas anteriormente como investigadora y madre, también se suma la de vivir esta suspensión de lactancia con desconsuelo y muy en desacuerdo con mis planes. Se me quedan sin resolver todas las preguntas y dilemas que surgirían a partir del tercer mes de vida de mi hija, dando lugar a otras mucho más hipotéticas y basadas en el “hubiera”. La hegemonía del discurso médico, sobre el discurso común (Simón, 2008), me parecía insuficiente para dejar de alimentar al pecho a mi bebé, sin embargo, su notable mejoría y recesión de todos los síntomas me llevó a la conclusión “común” de que ella, efectivamente, manifestaba vivir mejor sus días. Asunto que se volvió prioritario, frente al dilema alimentario.

En cuanto a mis compañeras del grupo de embarazadas, tuve sorpresas. Inicialmente consideramos encontrar conversaciones de algunas mujeres decididas y comprometidas con la lactancia materna, mujeres que no tuvieran información o elección predeterminada en torno a cómo alimentar a sus hijos(as), y tal vez mujeres que no estuvieran interesadas en alimentar a sus hijos con leche materna. Por tanto, es enormemente remarcable el hecho de que todas las participantes compartieran relatos de éxito en torno a la lactancia. Y no es que todo hubiera sido sencillo y/o automático para instaurar la lactancia: varias de ellas se sobrepusieron a factores de enfermedad, dolor, inestabilidad económica o de pareja.

Conclusiones

He ofrecido una reflexión en torno a la lactancia materna basada en recursos biográficos, que van tejiendo en un mismo espacio tres dimensiones: la dimensión personal, la dimensión de investigación y la dimensión psicosocial. Las conclusiones que presento se estructuran en dos ejes: a) apuntes metodológicos y b) hallazgos en el contexto. Y finalizan con recomendaciones prácticas para el abordaje social e institucional.

Apuntes metodológicos

La producción autoetnográfica me facilitó una vía de comunicación entre los recursos institucionales dedicados a la promoción de la lactancia materna y el estatus materno de la investigadora, ya identificado como un lugar escasamente explorado (Frostig, 2011; Raddon, 2002).

He argumentado que la estancia en los escenarios de salud implicados en mi trabajo, se caracterizó por una alternancia en el protagonismo de mis roles, todo el tiempo mi condición de embarazada (y posteriormente, madre) incidía en mi participación como psicóloga e investigadora; y viceversa. Inevitablemente había una línea temporal y simultánea trazada para ambos proyectos (postdoctorado y gestación), que conforme avanzaba evidenciaba más y más la fusión o el contraste de la experiencia autobiográfica de la investigadora con las circunstancias y decisiones de su proceder en la investigación social situada (David, Davies, Edwards, y Reay KayStanding, 1996; Frostig, 2011; Raddon, 2002).

El proceso de investigación autoetnográfico requiere de enorme claridad en la dimensión reflexiva. Por medio de esta, las y los autores todo el tiempo generan simultáneamente, y con mesura, un punto de vista protagónico (como sujetos implicados en el tema de estudio) y una construcción de conocimiento en dónde el contexto psicosocial es quien manda.

Hallazgos en el contexto

Además del proceso autoetnográfico, las observaciones puntuales al sistema de salud e interacciones con a) el equipo profesional y b) familias usuarias; resultaron en una excelente ventana para conocer algunos de los rasgos más significativos en la situación actual de iniciación y duración de la lactancia materna, en el papel social de mujer-madre lactando y en dilemas económicos-laborales.

Lo que en un primer momento se lee como diadas lactantes madres-hijos, son relaciones de elementos muy diversos que dan sentido a sus trayectorias, elementos que se fusionan con ellas desde los servicios a los que pueden acceder, los recursos del entorno, la configuración familiar, etc. Las usuarias del centro de salud son un punto de conexión directa con demasiados escenarios (tanto espaciales como funcionales) y a través de ellas sus familias se pueden comprender como un actor-red que diluye sus límites domésticos para quedar en conexión con otros (Jiménez, 2012; Jiménez, Cantera y Beiras, 2010).

Por ello es indispensable una forma distinta de interpretar el espacio de las familias y de los servicios que necesitan, urge dejar la tendencia de algunas instituciones de considerar la esfera pública como algo manejable administrativamente, y una esfera doméstica ajena a ellas.

Las situaciones cotidianas devienen en información que se tiene que hablar o no se tiene que hablar en momentos o espacios determinados, por muy diversas razones, éstos temas se constituyen como informaciones familiares privadas (Jiménez, 2012). Qué grave cuando un reclamo, una protesta o una reivindicación sobre la propia salud familiar se articula como información privada, qué grave para el sistema de salud y para esos millones de familias que devienen en casos estadísticos no atendidos como se debía (CONEVAL, 2012).

A modo de recomendaciones funcionales, concluimos que tiene enorme valor para la promoción, inicio y duración de la lactancia materna cualquier articulación familiar- profesional que ponga en contacto a las actuales mujeres embarazadas o madres lactantes con una experiencia previa directa y exitosa.

Las acciones sanitarias con información sobre lactancia materna veraz, oportuna y compartida en intervenciones respetuosas, son un elemento crucial para la conexión entre los colectivos y fortalecimiento del objetivo perseguido mutuamente: bienestar para el menor, la madre y la estabilidad familiar.

Encontramos una urgencia para sensibilizar a los equipos acerca de las responsabilidades implicadas en el sistema de salud pública explorado. En este sentido, afortunadamente las usuarias relatan numerosas intervenciones profesionales adecuadas. Pero hay un lado tan opuesto como frecuente: son muy numerosas las intervenciones que carecen por completo de sentido de servicio, aptitud y empatía, llegando incluso a actos que atentan la dignidad de las personas y al ejercicio de violencia. Es decir, hay intervenciones correctas e incorrectas, pero las incorrectas son realmente graves y deben ser erradicadas con urgencia en todos los niveles de atención médica.

Referencias

- Albert, Jennifer & Heindrichs-Breen, Jody (2011). An Evaluation of a Breastfeeding Privacy Sign to Prevent Interruptions and Promote Successful Breastfeeding. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing JOGNN*, 40, 274-280.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1552-6909.2011.01233.x>
- Albertín, Pilar (2008). Reflexive Practice as Ethics and Political Position: Analysis in an Ethnographic Study of Heroin Use. *Qualitative Social Work*, 7, 466-483.
<http://dx.doi.org/10.1177/1473325008097141>

- Bochner, Arthur. (2010), Resisting the mystification of narrative inquiry: unmasking the real conflict between story analysts and storytellers. *Sociology of Health & Illness*, 32: 662–665. http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9566.2010.01240_2.x
- Bailey, Jacqueline; Clark, Marie & Shepherd, Richard (2008). Duration of breastfeeding in young women: psychological influences. *British Journal of Midwifery*, 16(3), 172-178. <https://doi.org/10.12968/bjom.2008.16.3.28688>
- Belintxon-Martín, Maider; Zaragüeta, María del Carmen; Adrián, M. & López-Dicastillo, Olga (2011). El comienzo de la lactancia: experiencias de madres primerizas. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 34(3), 409-418. <http://dx.doi.org/10.4321/s1137-66272011000300007>
- Blanco, Mercedes (2012). Autoetnografía: una forma narrativa de generación de conocimientos. *Andamios*, 9(19), 49-74.
- Bochner, Arthur P. (2012). On first-person narrative scholarship: Autoethnography as acts of meaning. *Narrative inquiry*, 22(1), 155-164. <https://doi.org/10.1075/ni.22.1.10boc>
- Boing, Elisângela; Crepaldi, María & Moré, Carmen (2008). Pesquisa com famílias: Questões teórico-metodológicas e a importância de contextualizar os processos de investigação. *Paidéia*, 18(40), 251-266. <https://doi.org/10.1590/s0103-863x2008000200004>
- Cantera, Leonor (2004). Ética, valores y roles en la intervención comunitaria. En Gonzalo Musitu, Juan Herrero, Leonor Cantera & Marisela Montenegro (Eds.), *Introducción a la psicología comunitaria* (pp. 231-257). Barcelona: Editorial UOC.
- Campos, Raymundo (2013). *Pobreza y desigualdad en México: identificación y diagnóstico* (Documento de trabajo, VIII). México DF: El Colegio de México, A.C.
- Castilla, María (2005). La ausencia del amamantamiento en la construcción de la buena maternidad. *La ventana*, 22, 189-218.
- Coffey, Amanda (2002). Ethnography and Self: Reflections and Representations. En May Tim (Ed.), *Qualitative Research in Action* (pp. 313-330). London: Sage.
- CONEVAL (2012). *Evaluación Estratégica sobre Mortalidad Materna en México 2010: características sociodemográficas que obstaculizan a las mujeres embarazadas su acceso efectivo a instituciones de salud*. México DF: Consejo Nacional de Evaluación de Política de Desarrollo Social.
- Conquergood, Dwight (1991). Rethinking ethnography: towards a critical cultural politics. *Communications Monographs*, 58, 179-194. <http://dx.doi.org/10.1080/03637759109376222>
- Cortés, Fernando (2011). *Desigualdad y poder en México*. México DF: CEPAL-ONU.
- Dalton, Sue; Orford, Jim; Parry, Jayne & Laburn-Peart, Kate (2008). Three ways of talking about health in communities targeted for regeneration. *Journal of Health Psychology*, 13(1), 65-78. <http://dx.doi.org/10.1177/1359105307084313>
- David, Miriam; Davies Jackie; Edwards; Rosalind & Reay Kay Standing, Diane (1997). Choice within constraints: mothers and schooling. *Gender and education*, 9(4), 397-410. <https://doi.org/10.1080/09540259721150>

- Davies, Charlotte (1998/2008). *Reflexive ethnography: A guide to researching selves and others*. New York: Routledge.
- Descartes, Lara (2007). Rewards and challenges of using ethnography in family research. *Family and Consumer Sciences Research Journal*, 36(1), 22-39. <http://dx.doi.org/10.1177/1077727X07303488>
- Ellis, Carolyn; Adams, Tony & Bochner, Arthur (2011). Autoethnography: An Overview. *Forum Qualitative Sozialforschung/ Forum: Qualitative Social Research*, 12(1), art. 10. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs1101108>
- Ellis, Carolyn & Bochner, Arthur (1994/2000). Autoethnography, Personal Narratives, Reflexivity: Researcher as Subject. En Norman K. Denzin & Yvonna S. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research* (pp. 733-768, 2nd ed.). London: Sage.
- Elwér, Sofía; Aléx, Lena & Hammarström, Anne (2010). Health against the odds: Experiences of employees in elder care from a gender perspective. *Qualitative Health Research*, 20(9), 1202-1212. <http://dx.doi.org/10.1177/1049732310371624>
- Feldman, Lya; Viva, Eleonora; Lugli, Zoraide; Zaragoza, Joanmir & Gómez, Viviola (2008). Relaciones trabajo-familia y salud en mujeres trabajadoras. *Salud Pública de México*, 50, 482-489. <https://doi.org/10.1590/s0036-36342008000600009>
- Feliu, Joel (2007). Nuevas formas literarias para las ciencias sociales: el caso de la autoetnografía. *Athenea Digital*, 12, 262-271. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.446>
- Flaquer, Lluís (2003). Familia y Estado del Bienestar en la Europa del Sur. *Revista Arbo*, 685, 195-220.
- Flores-Díaz, Ana Lilia; Bustos-Valdés, MV; González-Solís, R & Mendoza- Sánchez, HF. (2006). Factores relacionados con la duración de la lactancia materna en un grupo de niños mexicanos. *Medicina Familiar*, 8(1), 33-39.
- Frostig, Karen (2011). Arts activism: Praxis in social justice, critical discourse, and radical modes of engagement. *Art Therapy*, 28(2), 50-56. <https://doi.org/10.1080/07421656.2011.578028>
- Gil, Adriana (2007). De cómo comencé, seguí y me quedé con las TIC: afectos y efectos de género. *Athenea Digital*, 12, 286-292. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.450>
- Hammersley, Martyn & Atkinson, Paul (1983/1995). *Etnografía: métodos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Humphries, Joan (2012). I wanted to glimpse: Perinatal isolation, women's suffering as motet. *Creatives Approaches to Research*, 5(2), 141-151.
- Íñiguez, Lupicinio (1995). Métodos cualitativos en psicología social: Presentación. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 5(1), 5-26.
- Instituto Nacional de Salud Pública (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Resultados Nacionales 2012*. Consultado el 6 de octubre de 2013 en <http://ensanut.insp.mx/informes.php#.VC68w2d5PTo>

- Jiménez, Diana Verónica (2012). *El Alcance del Agente Secreto: Informaciones Familiares Privadas en el escenario sociosanitario* (Tesis Doctoral sin publicar). Universitat Autònoma de Barcelona.
- Jiménez, Diana Verónica; Cantera, Leonor María, & Beiras, Adriano (2010). ¿Es la violencia de género una caja negra en las relaciones familiares? En: Ana Lucía Galinkin & Claudiene Santos (Eds.), *Gênero e psicologia social: interfaces* (pp. 505-524). Brasília: Techno Politik.
- Langer, Roy & Beckman, Suzanne (2005). Sensitive research topics: netnography revisited. *Qualitative Market Research*, 8(2), 189-203.
<https://doi.org/10.1108/13522750510592454>
- Latour, Bruno (2005). *Reassembling the social. An introduction to Actor-network theory*. New York: Oxford University Press.
- Lee, Raymond, & Renzetti, Claire (1993). *Researching sensitive topics*. London: Sage.
- Matud, María del Pilar (2008). Género y Salud. *Suma Psicológica*, 15(1), 75-94.
- Marín-Arias, Lilliam & Gutiérrez, Yamileth (2012). Percepciones de las madres lactantes sobre el apoyo recibido durante el amamantamiento de sus hijos. *Nutrición Hospitalaria*, 27(Suplemento 3), 79-90.
- Montes, María Jesús (2007). *Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos* (Tesis de Doctorado no publicada). Universidad Rovira i Virgili.
- Oros, Laura Beatriz & Vargas Rubilar, Jael Alejandra (2012). Emotional strengthening in the family: intervention from the school context. *Suma Psicológica*, 19(1), 69-80.
- Pujadas, Joan; Comas, Dolors & Roca, Jordi (2004). *Etnografía*. Barcelona: Ed. UOC.
- Pujal, Margot (2005). *El feminisme*. Barcelona: UOC.
- Raddon, Arwen (2002). Mothers in the Academy: positioned and positioning within discourses of the 'successful academic' and the 'good mother'. *Studies in Higher Education*, 27(4), 387-403. <https://doi.org/10.1080/0307507022000011516>
- Richardson, Laurel (2008). Writing Theory in(to) Autoethnography: The Case of LAST WRITES. En *Conference Papers American Sociological Association Annual Meeting*. Boston, julio de 2008.
- Sánchez, Luis Ayuso (2007). *Las asociaciones familiares en España* (No. 242). Madrid: CIS.
- Schweifel, Jessica (2013). The Power of the Breast. *The Journal of Perinatal Education*, 22(1), 59-60.
- Secretaría de Salud D.F. (2012). *Programas y acciones*. Consultado el 6 de octubre 2013 en <http://www.salud.df.gob.mx/portal/index.php/programas-y-acciones/sp>
- Sieber, Joan (2008). Empirical Research on Ethical Issues in Pediatric Research. *Ethics & Behavior*, 18(2), 127-138. <http://dx.doi.org/10.1080/10508420802063863>
- Simón, Elena (2008). *Hijas de la igualdad, herederas de injusticias*. Madrid: Narcea.
- Turnbull, Bernardo; Escalante-Izeta, Erika & Klünder, Miguel (2006). El papel de las redes sociales en la lactancia materna exclusiva: Una primera exploración. *Revista Médica del IMSS*, 44(2), 97-104.

Velasco, Honorio & Díaz de Rada, Ángel (1997). *La lógica de la investigación etnográfica*. Madrid: Trotta.



Este texto está protegido por una licencia [Creative Commons 4.0](#).

Usted es libre para Compartir —copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato— y Adaptar el documento —remezclar, transformar y crear a partir del material— para cualquier propósito, incluso comercialmente, siempre que cumpla la condición de:

Atribución: Usted debe reconocer el crédito de una obra de manera adecuada, proporcionar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios . Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que tiene el apoyo del licenciante o lo recibe por el uso que hace.

[Resumen de licencia](#) - [Texto completo de la licencia](#)