

***Mala leche:* interpretación de los riesgos y desafíos médicos de la lactancia materna en la zona urbana de Chiapas (México)**

Jenna Murray de López
Human Conflict Response Institute
University of Manchester,
jenna.murray@manchester.ac.uk

***Mala Leche:* Interpretation of Risk and Medical Challenges to Breastfeeding in Chiapas, Mexico**

ISSN 1989-7022

RESUMEN: Este artículo explora las narrativas y las creencias de las mujeres mestizas en México acerca de la leche materna como fuente de contaminación para sus bebés. El objetivo de este debate es desarrollar los tropos inherentes a los modelos de reproducción laicos y médicos que postulan que los cuerpos femeninos presentan riesgos potenciales para los fetos y recién nacidos. Mi investigación demuestra no solo cómo el conocimiento local es rechazado sino también manipulado por la comunidad médica para legitimar las intervenciones de los médicos en las prácticas de posparto y de lactancia. No obstante, el conocimiento autoritativo de las mujeres que yace dentro de sistemas más integrales y holísticos desafía esa legitimación. Por último, se presentan las contradicciones en el discurso médico y las metáforas culturales antitéticas utilizadas para representar la idea de riesgo, que facilitan el debate para que las mujeres ejerzan agencia moral y rebatan las fuerzas de la modernidad.

PALABRAS CLAVE: Chiapas (México), lactancia materna, metáforas culturales, riesgo

ABSTRACT: This article explores the narratives and beliefs of mestiza women in Mexico, concerning breast milk as a source of contamination. The aim of this article is to develop the tropes inherent in lay and medical models of reproduction, that present female bodies as potential risk to their foetus or newborn. The idea that mother's milk can become contaminated or harm the baby is not however, one restricted to medical discourse – it is just as prevalent in local knowledge systems. As such, it is a belief that is often manipulated by professionals to achieve compliance from women. Narrative accounts reveal how competing ideas about risk converge in the attitudes and practices of breastfeeding. I argue that it is within this convergence that women's collective agency occurs and medical practice is revealed as culturally constituted.

KEYWORDS: Chiapas (México), breastfeeding, cultural metaphors, risk

1. Introducción

Es sobradamente reconocido que la lactancia materna constituye una de las estrategias más rentables no solo para disminuir la mortalidad infantil, sino también para mejorar muchos aspectos de la salud de las madres. Paradójicamente, según van apareciendo más evidencias sobre la necesidad de crianza materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida, el amamantamiento va decayendo con rapidez en todo el mundo.

Históricamente, las iniciativas políticas sobre la lactancia materna en los países de renta media-baja (Low to Middle Income Countries: LMICs) han desplazado la responsabilidad del éxito de las prácticas de crianza directamente sobre las mujeres, en su capacidad de sujetos maternos. Sin embargo, bajo la nueva agenda de sostenibilidad en el desarrollo global, la lactancia materna es ahora reconocida como un asunto socioeconómico. Aunque, a pesar del cambio en el pensamiento, los sujetos maternos continúan siendo acusados de distintas maneras, como por el hecho de dejarse influir ignorantemente por compañías de leche de fórmula y estar a merced de los mercados laborales y las restrictivas condiciones de empleo (Maher, 1992a). Esta culpabilización a los sujetos maternos se da como resultado de encuadrar la sustancia (leche materna) y la práctica (alimentar) dentro de un marco de mero intercambio nutricional entre el productor y el consumidor, en lugar de situarlas dentro de un complicado comportamiento psicosocial y cultural preocupado en el cuidado y el lazo familiar.

Murray de López, Jenna (2017). "Mala leche: interpretación de los riesgos y desafíos médicos de la lactancia materna en la zona urbana de Chiapas (México)". En Massó Guijarro, Ester: *Mamar: mitos y lógos sobre lactancia humana. ILEMATA. Revista Internacional de Éticas Aplicadas*, nº 25, 121-133



Received: 15/02/2017
Accepted: 04/04/2017

En este artículo aporto un análisis cualitativo, no médico, de creencias e intereses sobre la leche materna como fuente de contaminación y riesgo para los bebés recién nacidos¹. Mi objetivo es basarme en los tropos que postulan que los cuerpos femeninos presentan riesgos potenciales para los fetos y neonatos inherentes a los modelos de reproducción laicos y médicos

Los términos positivistas del modelo médico que priorizan el producto sobre el proceso son criticados por los antropólogos precisamente porque ignoran las condiciones en las cuales las mujeres crían a sus hijos (Van Esterik, 2015). Enmarcadas dentro de un lexicón médico de nutrición, mortalidad y enfermedad, las prácticas de lactancia materna, los cuerpos de las madres y la leche humana se convierten en objetos de medicina. De hecho, están sujetos al mismo escrutinio clínico y medidas de gestión del riesgo que los procesos de embarazo y de parto.

Puede que la nueva agenda de sostenibilidad haya destacado los beneficios económicos y laborales de respaldar a las mujeres para que amamenten, pero la incorporación de ideas más complejas sobre relaciones y comportamientos estereotipados de género sigue siendo lamentablemente deficiente. Para conseguir estrategias universales competentes y respetuosas, se necesitaría tener en cuenta valores simbólicos e implicaciones más amplias sobre la crianza y la leche materna dentro de los sistemas de creencias locales. Pero con el fin de que esto ocurra, los legisladores de la salud global necesitarían además mirar más allá de informes epidemiológicos de crecimiento y descenso de las costumbres comunes de alimentación y poner atención sobre los actuales sistemas de creencias de las mujeres para entender cómo interpretan ellas la información que los conforman.

El aumento de la institucionalización de todos los aspectos de la salud maternal en México durante las últimas décadas ha dado como resultado que el 94.4% de todos los nacimientos tengan lugar en el hospital. Esto convierte a México en un importante caso práctico para resaltar la relación entre la práctica médica y las actitudes sociales respecto al parto y sus cuidados. Mi interés en Chiapas, en el sur este de México, es significativo ya que sigue siendo el estado con el número más bajo de partos institucionales y con la media de lactancia materna tras el parto más alta del país (ENSANUT 2012a). Especialmente, en la Chiapas urbana existe una compleja red en la que se superponen los discursos neoliberales con los de indigencia, tradicionalismo, modernidad y desarrollo. Las políticas económicas y sociales parecen forzar un cambio rápido en los individuos y las comunidades, mientras que la vida diaria se desarrolla con prácticas mucho más complejas e integradas de relaciones de poder y de género que complican el ritmo del cambio en las costumbres y el pensamiento. Es en estas relaciones integradas de poder y de género donde las formas de pensamiento más establecidas o tradicionales se interpretan mediante la modernidad y, en este caso, el discurso biopolítico reproductivo. Hay un claro plan de desarrollo para aumentar durante la siguiente década los partos institucionalizados y el acceso a la asistencia sanitaria universal en las zonas urbanas. En este momento, es necesario entender cuál puede ser el posible impacto del dicho aumento en las prácticas locales de la salud materna (es decir, atención de comadrona, y bienestar y modelos laicos del cuidado prenatal y posparto).

En México (como pasa en otros LMICs) la gestión médica del embarazo y del parto da lugar a que se trate el cuerpo de las mujeres como un peligro potencial para la nueva vida. Aunque estos cuerpos se encarguen de proteger y dar vida, se les considera capaces de dañar o acabar con esta a causa de patologización de la reproducción. La relación entre mujeres, profesionales médicos y el conjunto de la sociedad, se convierte en una compleja red de luchas de poder, negociación y género.

Aunque las preguntas sobre agencia moral prevalecen durante la gestación y las etapas del nacimiento, estas no dejan de existir una vez que el niño ha nacido. Durante el postparto y el periodo posterior de semi-exclusiva lactancia materna, los cuerpos de las mujeres y sus fluidos continúan siendo evocados como fuente de peligro para los niños. Por este motivo, se llevan a cabo esfuerzos para intervenir y así prevenir el riesgo de daños permanentes. En mi propia investigación, he encontrado que, a pesar de la promoción de la salud pública sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva, y de la actual prohibición de biberones y leche de fórmula en muchos hospitales públicos, algunos médicos insisten a las nuevas madres en que los problemas de salud existentes o las irregularidades en el bebé son síntomas de que su leche está perjudicando. Existe la creencia de que las condiciones físicas y emocionales pueden literalmente arruinar la leche materna y volverla mala. La idea de que la leche materna puede contaminarse o dañar al bebé no se restringe, sin embargo, al discurso médico; prevalece también en los sistemas de creencias locales. De hecho, es una convicción, a menudo manipulada por los profesionales, para obtener la conformidad de la mujer.

La narrativa revela cómo las ideas contradictorias sobre lo que es arriesgado y lo que no convergen en las actitudes y prácticas de la lactancia. Yo argumento que es dentro de esta convergencia donde se da la agencia moral colectiva de las mujeres y la práctica médica se revela culturalmente constituida. Por un lado, los profesionales médicos manipulan los sistemas de creencias locales para convencer a las mujeres de que su leche es una fuente de contaminación. Por otro, las mujeres aprovechan los discursos médicos contradictorios e indeterminados sobre la lactancia materna, para mantener las normas interculturales y las prácticas que las definen como “buenas madres”. Es a través de este cruce de prácticas e ideas acerca de lo que “está en peligro” donde confluyen las metáforas culturales contradictorias sobre el cuerpo de la madre y su leche.

Es importante recordar que la etnografía es el estudio de las experiencias vividas y que aquellas experiencias se transmiten a través de narraciones (Cassidy y El Tom, 2015). De hecho, mi investigación se sitúa dentro del enfoque centrado en la mujer y mi uso de historias se limita deliberadamente a las interpretaciones de los hechos desde la perspectiva de las mujeres. De esta manera, entiendo la construcción de la narrativa como un mecanismo para aprender a través de la representación por partes en lugar de en su totalidad.

Con el fin de ilustrar en este artículo cómo las familias mestizas de renta baja en la Chiapas urbana interpretan y miden los modelos médicos con respecto al riesgo en el entorno familiar, usaré la narración de Carlita, una nueva madre de 16 años. Trato la historia de Carlita como un caso de singularidad en lugar de particularidad: con esto quiero decir que no es ni un ejemplo ni una excepción a la regla general. Aunque la historia de Carlita es específica a su manera, muestra circunstancias que son típicas de las interacciones entre las nuevas madres y los profesionales de la medicina. Al usar la narrativa como base para abrir el debate, aspiré a entender la construcción del riesgo como una “entidad fluctuante” que no puede ser contenida.

La evocación del riesgo depende de la percepción y el posicionamiento, y por lo tanto puede revelar importantes preguntas sobre qué constituye racionalidad y agencia. La lactancia materna y las creencias sobre la calidad de la leche de la madre son parte de una cultura general postparto, en la cual, la gente comparte una perspectiva similar sobre lo que constituye una consecuencia moral. Limito este concepto de moralidad colectiva a las mujeres mestizas que conocí durante mi trabajo de campo, cuyas disposiciones articulares son compartidas entre las familias vecinas y enmarcadas dentro de las ideas locales predominantes sobre lo que constituye ser una buena madre.

Merece la pena dedicar un momento a aclarar mi uso del término “postparto” dentro del contexto de esta discusión. Para los propósitos de este artículo, limito el periodo de postparto, específicamente, a los cuarenta días de confinamiento (la cuarentena) practicado por la gran mayoría de familias mestizas católicas. Esto es parecido al periodo subagudo de postparto definido por Romano et al. (2010), como el periodo de dos a seis semanas después del parto. Aunque a menudo interrumpida, es tradición que la madre y el bebé permanezcan en un estado de cuarentena, como dentro de una matriz, para recuperarse y recobrar fuerza tras el parto. Es durante este aislamiento cuando las nuevas madres tienen la oportunidad de establecer la alimentación y la provisión de leche, y cuando probablemente permanecerán en contacto con los profesionales médicos por cuestiones de salud tanto materna como del recién nacido.

2. Lactancia materna en el contexto de sanidad global

Con la reciente progresión de la agenda del Millennium a la del Objetivo de Desarrollo Sostenible, la lactancia materna vuelve a estar bajo el punto de mira como la panacea para resolver numerosos problemas de salud tanto materna como infantil. A pesar de las iniciativas globales (todavía fragmentadas) durante los últimos 25 años para promover la lactancia materna, en una muestra representativa de países de renta alta (High Income Countries, HICs) y de países de renta media y baja (LMICs), el índice de lactancia materna permanece por debajo de los objetivos internacionales. Esta es una preocupación específica de la llamada *economía global de salud sostenible*, y los actores dentro de ella son quienes tienen la intención de resolver los factores económicos y sociales que impiden el éxito del amamantamiento.

UNICEF declaró en tono triunfal que la lactancia materna no es solo “el pilar al desarrollo del niño; es también la base del desarrollo de un país”. Con esta declaración ha (re)situado firmemente a los sujetos maternos en el centro de la meta para “acabar con la pobreza, luchar contra la desigualdad y afrontar el cambio climático para el 2030” (UNICEF, 2016).

Colocar a los sujetos maternos como responsables del cambio de comportamiento de la población y de la riqueza de las naciones no es nada nuevo en la política social. Los países centrados en la madre, como los de Latinoamérica, históricamente han usado la maternización de la política social para desarrollar los proyectos de la nación post-colonial, particularmente cuando han fallado los enfoques basados en la identidad étnica (ver Dore y Molyneux, 2000). El enfoque maternalista en política y cambio social viene a decir que esa retórica global acerca de la lactancia materna como la salvadora de las naciones, se traslada fácilmente a las iniciativas nacionales y del estado en países como México.

En el ámbito global ha habido una gradual comprensión de que mantener buenos niveles de lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de la vida de un niño es un asunto tanto socioeconómico como de salud. Esto ha sido indirectamente reconocido dentro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (Sustainable Development Goals, SDG) 3 y 5 como parte de la Estrategia Global para la Salud de las Mujeres y los Niños (Global Strategy for Women’s and Children’s Health) y para la promoción de la igualdad de género. La Red Internacional de Acción para la Alimentación del Bebé (The International Baby Food Action Network, IBFAN), una red internacional de 250 organizaciones no gubernamentales (Mexicanas incluidas), se ha comprometido a incrementar en un 40% el número de bebés alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros seis meses de vida (UN, 2015).

Una serie de artículos publicada recientemente en el Lancet contenía dos muy significativos que revisaban la investigación en epidemiología universal, mecanismos y efectos para toda la vida de las prácticas de lactancia materna, y examinaban los factores decisivos pa-

ra una intervención política exitosa (Victoria et al., 2016; Rollins et al., 2016). Rollins concluyó: “el hecho de que el ciclo reproductivo incluya la lactancia materna y el embarazo haya sido en gran parte descuidado por la práctica médica, llevó a la conclusión de que la leche materna puede ser reemplazada con productos artificiales con consecuencias perjudiciales” (Rollins et al., 2016, 485). Tal como el siglo XXI conduce a reestablecer la leche materna como nutriente principal o único de un recién nacido, también ha incorporado un reto directo a la industria de los sustitutos de la leche materna, que ha llevado a que los expertos soliciten regulaciones más estrictas en cuanto a responsabilidad y marketing.

Los autores de la serie del Lancet han resumido las seis líneas de actuación básicas para los responsables políticos del mundo: 1. Robusta diseminación de evidencias; 2. Adopción de actitudes sociales positivas; 3. Voluntad política de cambio; 4. Regulación de la industria de la leche de fórmula; 5. Ampliar las intervenciones, y 6. Eliminación de las barreras estructurales y sociales. Estas acciones fueron incorporadas a finales del 2016 en una declaración conjunta por los expertos de los derechos humanos de las Naciones Unidas, instando a los gobiernos a hacer más, enfatizando que la lactancia materna es un asunto de los derechos de los bebés y de las madres, sin tener en cuenta el estatus económico (UN, 2016). Sin embargo, en este genuino esfuerzo por afrontar las igualdades de género y corregir el impacto del cambio socioeconómico a gran escala sobre las prácticas de cuidado, debemos cuestionar cómo un enfoque universal de la idea de “*breast is best*” se interpreta sobre el terreno; cómo la maternidad local y las prácticas médicas interpretan los mensajes globales sobre la leche y las prácticas alimenticias, y qué distinciones, si es que hay alguna, se hacen entre producto y proceso, productor y consumidor.

3. La agenda de la lactancia materna en México

Las cuotas y duración de lactancia exclusiva y semi-exclusiva en México han ido declinando durante las décadas recientes (González de Cosío et al., 2013; Pérez-Escamilla et al., 1993). El declive de la lactancia materna en el México urbano es consistente con el tipo de urbanización y el cambio económico a gran escala que ha caracterizado a los países recientemente industrializados durante las últimas tres o cuatro décadas. Al mismo tiempo, se sabe menos sobre las causas del declive en las áreas rurales y semi-urbanas, las cuales, a su vez, han conducido a suposiciones sobre prácticas de cuidado maternal que no reflejan necesariamente, o no han reflejado nunca, las verdaderas prácticas en esos lugares.

Junto a su compromiso con la agenda SDG (que sitúa el objetivo 3: lograr buena salud y bienestar, como el objetivo principal para alcanzar todos los otros), el gobierno mexicano tiene en paralelo su propio Plan Nacional de Desarrollo (2013-2018) con planes específicos del estado. El plan federal incorpora varios sub-proyectos entre los que se incluyen: el Programa para la Igualdad entre Mujeres y Hombres (PROIGUALDAD) y el Programa de Acción Específico de Salud Materna y Perinatal (PAE SMP); los cuales aspiran, entre otras cosas, a actualizar las prácticas de cuidados prenatales y de postparto y apoyar la implementación de unidades de atención sanitaria enfocadas hacia las necesidades y preferencias interculturales.

En 2014, en relación directa con el Programa Nacional del Desarrollo y el PAE, el gobierno lanzó la Estrategia Nacional de la Lactancia Materna (2014-2018). La estrategia se alinea claramente con la actual política global, expone el marco jurídico e identifica 6 objetivos específicos para mejorar los factores sociales, medioambientales, económicos y políticos que impactan sobre las cuotas de lactancia materna basadas en los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012(b).

La estrategia se basa en una necesidad nacional por reconocer que, “hasta el momento, no contamos con una campaña de medios que influya en la percepción de la lactancia na-

tural en la población en general y que brinde la información adecuada” (Secretaría de Salud, 2014, 11). La Estrategia Nacional reconoce además que, en general, el personal médico es a menudo el principal actor en determinar las prácticas de lactancia materna durante los primeros 36 meses de la vida de un niño. Basándose en los datos de la ENSANUT 2012 y los estudios asociados, la Secretaría de Salud concluye que “aun cuando conocen los beneficios de la práctica de la lactancia materna, [el personal médico] prescribe sucedáneos de leche humana sin razones que lo justifiquen” (ibíd.). A pesar de reconocer esto, existen pocos datos cualitativos sobre las razones que se les dan a las mujeres para convencerlas del porqué deberían de parar de amamantar y qué otros factores sociales facilitan u obstaculizan la lactancia materna a largo plazo (Guerrero et al., 1999; Pérez-Escamilla et al., 1993).

Coherente con la agenda global, el enfoque del gobierno mexicano para promocionar la lactancia materna incorpora un marco medicalizado que pone más énfasis en las instituciones, las prácticas relacionadas con las mujeres y los beneficios nutritivos de la leche materna, que en el significado más amplio de lo que son las prácticas de cuidados maternos y de estrechar lazos familiares.

De acuerdo con la ENSANUT, las cuotas en Chiapas de lactancia materna exclusiva y semi-exclusiva durante los 2 primeros años de vida son más altas que la media nacional. Estas cuotas combinan datos tanto de contextos rurales como urbanos. Esto no es de extrañar en una región definida por desigualdades de género e inseguridades alimentarias a gran escala.

El deterioro² maternal relacionado con la lactancia materna en condiciones precarias es un área que carece de investigación, precisamente porque, en el modelo médico, el énfasis se sitúa en la supervivencia del infante y en la prevención de enfermedades (Maher, 1992b). Las investigaciones han mostrado a menudo que la lactancia materna durante periodos prolongados prevalece en lugares de pobreza extrema y escasez de alimentos. Paradójicamente, en circunstancias complejas socioeconómicas, mayor número de lactancias maternas exclusivas y semi-exclusivas se corresponden, a menudo, con indicadores de deficiente salud materna y dietas de infantes insatisfactorias. Por lo tanto, en contextos de pobreza, el amamantamiento a largo plazo puede darse tanto por la falta de alternativas nutricionales como por costumbres, y a menudo en detrimento de la salud de la madre.

A pesar de que la media esté por encima, las cuotas de amamantamiento exclusivo en el sur este han declinado entre 2006-2012 y, en general, “las prácticas de lactancia y alimentación complementaria de los niños en Chiapas se alejaron considerablemente de las recomendaciones de la OMS” (ENSANUT, 2012a). Estos puntos llevan a profundizar en el asunto de la leche como nutrición, eliminan cualquier enfoque sobre la salud de la madre y priorizan la supervivencia del niño. Este encuadre medicalizado no concuerda con la manera de pensar local sobre la madre y el recién nacido, en la cual ambos están interconectados y son como uno.

4. Carlita

Carlita vivía en un hogar multigeneracional, lo cual es común en los barrios periféricos de la ciudad. Aunque la familia se consideraba “pobre”, tenían las necesidades básicas cubiertas y buen acceso a créditos, por lo que a menudo preferían hacer uso de servicios privados cuando lo necesitaban en lugar de acceder a su derecho de asistencia médica básica³. Durante mi trabajo de campo en 2013 éramos vecinas y nuestros embarazos coincidieron, de tal modo que ambas salíamos de cuentas con un mes de diferencia. Hacia el final de nuestro tercer trimestre pasé muchas tardes con Carlita, su madre doña Carla y su abuela, discutiendo las maneras en las que nos preparábamos para el parto. A sus 16

años, Carlita era supervisada por sus padres. Su novio la podía visitar a diario y sobre él recaía la responsabilidad de proveer para Carlita y su bebé una vez que este naciera. La pareja no estaba bajo presión de contraer matrimonio y, con el apoyo de la familia cercana, no se esperaba (ni se les permitiría) que se establecieran como una unidad familiar separada. Pasar a ser madre en una familia como la de Carlita es un proceso gradual y el cuidado es una actividad colectiva, particularmente durante los primeros meses.

A diferencia de otras ciudades en el norte, más industrializadas, la mayoría de las mujeres en este barrio continuaban dando a luz en sus casas con una comadrona. “Es la forma en que nos gusta hacer las cosas”, me explicaba doña Carla, “parir en casa es seguro”. El parto de Carlita no había tenido complicaciones y ambos, madre y bebé, gozaban de buena salud. Su cuarentena era la típica de una nueva madre perteneciente a un barrio de pocos ingresos y era una muestra de la preocupación por asegurar que la madre y el recién nacido fueran cuidados como una unidad durante la transición de ambos hacia esa nueva fase de la vida.

Visité a Carlita una semana después de que Alison, su bebé, naciera. Había dado a luz sin problemas en casa con el apoyo de la comadrona de la familia, su madre y su abuela paterna. Carlita y Alison habían dejado la casa (en compañía de sus padres) solo una vez, para registrar el nacimiento en el hospital local público y poner la primera tanda de vacunas a Alison⁴. Este sería el primer contacto de la familia con profesionales médicos desde el embarazo. Carlita asistió su control prenatal al hospital público, y visitó alguna vez una clínica privada para que la viera un obstetra y para someterse a un sonógrafo.

Dos semanas después del parto, la cuarentena de Carlita fue interrumpida porque hubo que hospitalizar a Alison. La enfermedad había empezado con fiebre y en cuanto la bebé comenzó a toser sangre llamaron a una ambulancia y la llevaron a una clínica privada. Durante este tiempo, los médicos y pediatras de urgencias dieron a la familia varias explicaciones imprecisas. Doña Carla me dijo que los médicos le habían explicado que “Alison había cogido una infección estomacal que se le había subido al cerebro”. La primera tanda de médicos que la reconoció aseguró que la infección había sido provocada porque Alison no había recibido todas las vacunas en el momento de nacer, culpando con esto a la familia por haber dado a luz en casa con una comadrona. La enfermedad del bebé no se diagnosticó y después de cuatro días de internamiento y administración de antibióticos le dieron el alta.

Hubo un segundo ingreso, más corto, con la subsiguiente alta médica. Esta vez, un pediatra le dijo a la familia que la infección había sido transmitida por Carlita a través de la leche, ya que tenía un historial de *colitis* antes del embarazo⁵. De este modo, al sugerir que su leche estaba contaminada, la culpa pasó de la familia al cuerpo de Carlita. Este mismo pediatra sugirió a Carlita que parara de amamantar a Alison y que la alimentara con leche de fórmula ya que creía que su leche era la causa del problema. Una vez en casa, doña Carla pidió consejo a la comadrona y esta le recomendó que continuara amamantando pero que, además, tanto la madre como el bebé bebieran té de hinojo para calmar el estómago. Finalmente, Carlita y Alison completaron sus cuarenta días sin más complicaciones, con Carlita amamantando a su bebé durante el periodo de postparto sin ayuda de sustitutos de la leche materna. En las siguientes visitas de reconocimiento decidieron ocultar que Carlita había continuado amamantando a Alison.

5. Metáforas culturales contrapuestas y espacios para debate

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la lactancia materna exclusiva (*exclusive breastfeeding*, EBF)⁶ durante los seis primeros meses de vida y una combinación de lactancia materna y comida complementaria hasta los dos años o más. Las directrices estipulan que un reducido número de enfermedades del niño y la madre pueden justificar la interrupción de la lactancia materna temporal o permanentemente; estas circunstan-

cias incluyen: infección por HIV; herpes simple; tratamiento materno de quimioterapia; infantes con galactosemia clásica y bebés nacidos muy prematuros o aquellos con un peso muy bajo al nacer. No obstante, al reconocer las barreras contra la alimentación de biberón en condiciones de pobreza o subdesarrollo, la OMS también recomienda que antes de considerar la sustitución de la leche materna, deben sopesarse los beneficios de la lactancia materna contra los riesgos que supone cada enfermedad específica (WHO, 2009).

En México (como en la mayoría de los LMICs) el énfasis sobre la mortalidad materna e infantil a la hora de gestionar la salud maternal, ha aumentado el trato hacia los cuerpos de las mujeres como si fueran un peligro potencial para la vida humana. Entre los profesionales médicos, Carlita será definida como alto riesgo debido a su edad, estatus socio-económico y sus prácticas de parto familiares. Ciertas verdades yacen bajo las suposiciones que se formarán a cerca de una madre como Carlita. De los treinta y dos estados federales, Chiapas está entre las regiones más marginadas, con los niveles de desempleo más altos y con los más bajos niveles educativos por género (OECD, 2015). El acceso a los servicios de sanidad pública sigue siendo inadecuado y esto está asociado a otros problemas políticos y económicos. Chiapas cuenta con la segunda tasa de mortalidad materna más alta (68.1 por cada 100,000 nacimientos) y la más alta en mortalidad infantil (17.9 por cada 1000 niños hasta 5 años). El Estado de Chiapas cuenta con las más altas incidencias de matrimonios de menores y embarazos en adolescentes (junto con los riesgos de salud asociados). En contra de las suposiciones comunes, en Chiapas, los matrimonios y paternidad prematuros no se restringen a la población indígena; el estudio más reciente en cuanto al índice de madres (Mother's Index) identifica a la población mestiza en Chiapas con igual riesgo (Save the Children Mexico, 2016).

Como resultado de las variables mencionadas más arriba, Carlita se ajusta de muchas maneras al perfil de joven mujer problemática. Uno de los aspectos de las vidas de las mujeres que no se tiene en cuenta en otros estudios sobre la población mexicana son las relaciones entre las redes de apoyo con las que cuentan las chicas mestizas pertenecientes a familias de bajos ingresos. Estas desalentadoras estadísticas, que son a menudo el foco central de nuevos informes, forman las actitudes médicas locales y ponen nerviosos a profesionales con estudios superiores quienes piensan que las mujeres están retando su autoridad y corriendo riesgos innecesarios (tales como tener relaciones sexuales sin anticonceptivos y dar a luz en casa con una comadrona). La forma en que los médicos tratan a Carlita y la reprochan ser la causa de la enfermedad de Alison, demuestra cómo se personifica la idea de alto riesgo durante el periodo de postparto.

La historia de Carlita es solo uno de los numerosos ejemplos que he recogido. Demuestra cómo se interpreta a los cuerpos maternos como "arriesgados" o "peligrosos" y esto no termina con el parto, sino que se extiende también al periodo de postparto. Si entendemos la producción de leche materna y el amamantamiento como parte de un proceso más amplio de reproducción humana, se ve claramente cómo las mismas suposiciones que consideran de alto riesgo al embarazo y al nacimiento (dentro del modelo médico) continúan en el periodo de nutrición. A través de este modelo médico de riesgo, el cuerpo tras el parto se convierte en una fuente de conflicto en cuanto algo que a la vez puede proteger y poner en peligro al recién nacido. Este conflicto prevalece tanto en el discurso médico local como en el social, donde las ideas sobre riesgo no se excluyen mutuamente sino que se intersectan. Emoción, temperatura, dieta, enfermedad (malestar estomacal, resfriado, dolores) son factores en la madre que pueden poner en riesgo al bebé en sus primeros cuarenta días de vida fuera del útero.

Durante el periodo de postparto inmediato, madre e infante se consideran una unidad y, como tal, las conexiones fisiológicas y psicológicas deben de ser protegidas contra cual-

quier daño. Estos conocimientos y creencias locales se usan, de igual modo, por profesionales médicos y por miembros de la familia para intervenir en y regular los cuerpos postparto. La intervención médica en la unidad madre-bebé está muy presente en las historias de éxito y fracaso en cuanto a lactancia materna. El paso de la leche de un cuerpo a otro concede a los profesionales médicos evidencias tangibles de que la conexión íntima entre la madre y el bebé puede ser potencialmente dañina.

Como mencioné anteriormente, el caso de Carlita puede involucrar circunstancias específicas concernientes a la salud de Alison, pero el resultado del razonamiento ofrecido por los médicos y la subsiguiente toma de decisiones al margen de ellos dentro de la familia, son comunes. Esto se refleja en la base de datos nacional que informó acerca de que las condiciones en los hospitales públicos no eran adecuadas para promover la lactancia materna después del parto y que registró a los médicos como su primera causa de interrupción, sin investigar el porqué.

El consejo medicalizado local incluía a menudo cómo la mujer debía lavarse los pechos y los pezones, pues el cuerpo, al estar sucio, puede causar infecciones estomacales en el infante. En algunas ocasiones, cuando a los bebés se les suponía molestias estomacales, observé que mujeres que provenían de familias con generaciones habiendo dado a luz en hospitales comentaban que tal vez era debido a que la madre no se había esterilizado bien los pechos –subrayando con el comentario el aparente peligro proveniente del cuerpo de la madre ahora separado del de su bebé. La práctica de lavarse los pechos recuerda al consejo que da la sanidad pública a las mujeres para que esterilicen los biberones o tengan la casa limpia –un remanente de los esfuerzos pasados (en la política de salud) para desalentar a que alimentaran con leche de fórmula en los ambientes pobres. A menudo oí a mujeres y a profesionales médicos hablar de que los rasgos de personalidad en madres y los ataques emocionales podrían causar que la leche de la madre se echara a perder, provocando que el bebé enfermase o que se interrumpiera el flujo de leche y, con ello, la lactancia. Cuando ese tipo de creencias eran confirmadas o sugeridas por doctores se convertían inmediatamente en hechos médicos, volviendo a condenar al sujeto materno como riesgo que tiene que ser gestionado clínicamente.

Hay diferencias notables entre cómo se tratan los asuntos relacionados con la lactancia materna en casa y cómo por los profesionales médicos. Las creencias y preocupaciones sobre los riesgos y consecuencias de que la leche de la madre se eche a perder, son obvias tanto entre profanos como entre las prácticas de conocimiento biomédico, aunque los enfoques para gestionarlas y retener la conexión corporal y emocional entre la madre y el niño están en considerable contraste. Esto es porque el modelo de las mujeres para interpretar el éxito de la lactancia materna se basa en la relación inseparable entre producto y proceso –por lo tanto, la contaminación puede ser un estado temporal, que es impactado por el ambiente el cual puede ser adaptado. El modelo médico toma una perspectiva universal sobre la leche como un producto nutricional. Al aislarla del proceso del acto de alimentar, busca diagnosticar el problema y reemplazar el producto por una alternativa; al margen de que las evidencias científicas disponibles defienden los beneficios médicos de la leche humana y de que hay una preferencia política por la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses.

Es a través de esta naturaleza contradictoria e indeterminada del modelo médico por la que existen las metáforas culturales contradictorias acerca del cuerpo de la madre y de su leche. Tales contradicciones abren un espacio para el debate y los actores marginalizados pueden emplear una “moneda de ética” (Rouse, 2004) como estrategia para cambiar las costumbres de aquellos quienes tienen el poder en una situación. En el caso de Carlita, aunque los médicos y la comadrona no se comunicaron, es doña Carla, consciente de

la importancia social de la lactancia materna, la que negoció e interpretó el diagnóstico de Alison consiguiendo incorporar el reconocimiento tanto de la necesidad inmediata de tratar la enfermedad como de la necesidad a largo plazo de amamantar.

Las costumbres y creencias locales consideran que la leche de la madre y el amamantar sirven un propósito que va más allá de la nutrición. Para las familias en el barrio, la supervivencia del infante y su desarrollo depende tanto de mantener un vínculo físico con la madre en el periodo agudo de postparto como de la cantidad de leche que fluya del pecho. Durante mi trabajo de campo, pude observar que las mujeres mestizas y los hombres están de acuerdo en que los infantes deberían de amamantar tanto tiempo como la madre considere necesario.

En la fase de postparto el foco de preocupación de salud y nutrición está en la cura (desgarros y puntos de la madre y ombligo del bebé) y en la calidad de la leche, la cual es comprobada regularmente por mujeres parientes de más edad o por las comadronas. Este cuidado trata a la madre y al infante como una unidad completa. A menudo, las madres beben leche de avena o *atole* (bebida de maíz) en un intento por mantener o mejorar la calidad de su propia leche. Diferentes hierbas como el hinojo, la menta, el pino o el eucalipto, consumidas en infusiones o inhaladas a través de baños de vapor, se usan para provocar la bajada de la leche. El consumo de estas hierbas y comidas para favorecer el suministro de leche continúa durante todo el ciclo de lactancia materna, pero es más intenso durante el periodo agudo de postparto.

La cuarentena, aunque a menudo interrumpida por numerosas razones, les concede a la madre y al bebé la oportunidad de permanecer relativamente protegidos de influencias externas. Les sirve para retener o recuperar el vínculo que comenzó en el útero. El confinamiento y el fuerte apoyo recibido evidencian localmente tener un efecto positivo sobre la retención de la lactancia y el bienestar mental y físico de madre e hijo. Mientras que hay un esfuerzo por asegurar un ambiente protegido y en paz para la madre y el infante, por otro lado, el uso de hierbas sugiere que la leche de la madre no siempre se considera de suficiente calidad y fuerza como para poder criar a un bebé saludable. En este sentido, es imposible descifrar si esto es un efecto gradual del discurso médico respecto a los cuerpos de las madres, particularmente en cuanto a la calidad y la fuerza de su leche, aunque es poco probable que sea tan sencillo. En Chiapas, se trata de fortalecer creencias preexistentes sobre lo que es y lo que no es nutrición en lugar de instaurar nuevas creencias meramente fundadas en un modelo médico.

Los comentarios de mujeres sobre la cantidad y calidad de la leche –si es o no suficiente para satisfacer al bebé o si es demasiado aguada– refleja el tipo de ideas que los profesionales médicos cuentan a las mujeres, quienes se ven alentadas a complementar la lactancia con leche de fórmula. Cómo las mujeres han llegado colectivamente a creer predominantemente que el suministro de leche es insuficiente o de pobre calidad merece una mayor atención y un análisis intercultural. Se debe preguntar si estas creencias guardan alguna relación con cómo, desde el momento de la concepción (si no desde antes), se acusa a los cuerpos reproductivos de insuficientes y necesitados de una correcta gestión. La protección ambiental al alcance de las nuevas madres y sus infantes parece demostrar, en cierto modo, la importancia de la conexión emocional y la mutua dependencia madre-hijo en el proceso de recuperación; aunque esto es algo que no se tiene en cuenta en la institucionalización de la maternidad y la crianza que caracteriza a las sociedades urbanas.

Así, la lactancia materna y el flujo de leche son parte de un sistema extenso de creencias que está profundamente arraigado en la consciencia sensorial. Las dinámi-

cas térmicas (nociones de calor y frío), vulnerabilidad y riesgo juegan un papel intrínseco en cómo los sentidos moldean e informan la acción en las prácticas locales de postparto. En general, la historia de Carlita demuestra cómo, aunque es susceptible a la contaminación, la leche de la madre puede volver a recuperar su calidad. El énfasis en el modelo interpretativo de la lactancia materna reside en la conexión corporal y sensorial entre la madre y el bebé a través del pecho, boca y leche. Esta conexión es primordial para el bienestar de ambos.

6. Conclusión

Comencé este artículo proponiendo que tanto las mujeres como los profesionales médicos manipulan las creencias locales sobre la lactancia materna como una vía para acordar sobre las ideas acerca de lo que constituye riesgo y las prácticas de “buena maternidad”; aunque está claro que los motivos difieren significativamente, sin embargo, los datos epidemiológicos reconocen que los médicos ejercen un significativo impacto sobre la duración del periodo de lactancia, aunque no se sabe ni por qué ni cómo se da esto.

Mi investigación sobre prácticas de nutrición temprana en la Chiapas urbana plantea preguntas importantes acerca de quién determina las reglas de la lactancia materna y quién toma día a día las decisiones sobre la lactancia. La historia de Carlita ilustra cómo las relaciones entre mujeres (como pacientes y como madres), comunidades, médicos e instituciones se convierte en una compleja red de negociación y de luchas de poder de género.

Según se traduce del paradigma médico, en el mejor de los casos, las actitudes de los profesionales de la medicina con respecto a la lactancia materna y a los cuerpos de las madres parecen ser contradictorias y deslavazadas. Las acciones médicas chocan con el mensaje de salud pública, en el que la leche materna es la fuente óptima de nutrición para los recién nacidos, ya que fracasan en admitir las creencias y costumbres locales que permiten entender la lactancia materna como una práctica compleja psicosocial. Para los médicos, riesgo equivale a peligro de muerte (Douglas, 1990). Según el paradigma médico, los cuerpos maternos y el comportamiento de las mujeres encarnan esta noción de riesgo y por lo tanto son intrínsecamente problemáticos. Esto se complica aún más ante la evidencia de que la leche materna y la lactancia son las elecciones óptimas para la supervivencia de los infantes y la salud de la madre a largo plazo. El debate surge cuando estas contradicciones confluyen con los sistemas de conocimiento local sobre la leche materna y el amamantamiento como inseparables (producto y proceso).

Las mujeres usan esas áreas de contradicción para implementar estrategias que no solo reconozcan la evidencia real e inmediata de la enfermedad, sino que también protejan la necesidad de lactancia materna a largo plazo. Esta necesidad se basa en el desarrollo de la unidad madre-infante dentro de un proceso de ciclo vital más amplio –aquel que con el tiempo lleva a la creación de dos individuos distintos: la madre y el niño. A pesar de esta distinción, la madre y el hijo siempre permanecerán unidos a través del producto-proceso de lactancia materna durante el periodo de postparto.

Las mujeres mestizas en Chiapas sopesan las amenazas de peligro por parte de los médicos contra los riesgos de romper el vínculo necesario madre-niño y las normas interculturales según las cuales la leche puede recuperar su calidad (ser buena otra vez). De esta manera, a través de metáforas de riesgo contrapuestas, de la incertidumbre y finalmente de la preocupación de lo que significa ser una buena madre, surgen preguntas sobre qué constituye agencia moral.

Pese a que la investigación en la que se basa este artículo no ofrece una respuesta concluyente a la desconexión entre los objetivos universales de la lactancia materna y las interpretaciones locales, sí viene a demostrar que el amamantamiento es una elección basada en normas sobre el cuidado madre-hijo como unidad y no debería de ser una obligación impuesta por el modelo médico cuyo enfoque se basa exclusivamente en nutrición. Si la política global pretende triunfar, debe reconocer lo anterior y evitar situar a los sujetos maternos como receptores pasivos de estrategias orientadas al logro de objetivos. La política, tanto a nivel local como global, debe considerar y aprender de qué manera los cuerpos maternos y la leche que ellos producen son inseparables de procesos más complejos dentro del ciclo de la vida.

Bibliografía

- Dore, Elizabeth, y Molyneux, Maxine (2000), *Hidden histories of gender and the state in Latin America*. Durham [N.C.]: Duke University Press.
- Douglas, Mary (1990): "Risk as a forensic resource". *Daedalus*, vol. 119, n° 4: pp. 1-16. [doi:10.2307/20025335].
- ENSANUT (2012a): *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados por Entidad Federativa: Chiapas, México*, Instituto Nacional de Salud Pública [<http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>].
- ENSANUT (2012b): *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales Síntesis Ejecutiva*, México, Instituto Nacional de Salud Pública [http://ensanut.insp.mx/doctos/ENSANUT2012_Sint_Ejec24oct.pdf].
- González de Cosío, Teresita et al. (2013): "Prácticas de alimentación infantil y deterioro de la lactancia materna en México", *Salud Pública de México*, vol. 55, n° S170-S179 [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342013000800014&nrm=iso].
- Guerrero, M. et al. (1999): "Rapid ethnographic assessment of breastfeeding practices in periurban Mexico City", *BULLETIN-WORLD HEALTH ORGANIZATION*, n° 77, pp. 323-330 [[http://www.who.int/bulletin/archives/77\(4\)323.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/77(4)323.pdf)].
- Lazcano-Ponce, Eduardo et al. (2013): "Cobertura de atención del parto en México: Su interpretación en el contexto de la mortalidad materna", *Salud pública de México*, vol. 55, pp. S214-S224.
- Maher, Vanessa (1992a): "Breastfeeding in cross-cultural perspective: paradoxes and proposals", en Maher, Vanessa (ed.), *Anthropology of Breastfeeding Natural Law or Social Construct*, Oxford, Berg, pp. 1-36.
- Maher, Vanessa (1992b): "Breastfeeding and Maternal Depletion: Natural Law or Cultural Arrangements?", en Maher, Vanessa (ed.), *Anthropology of Breastfeeding Natural Law or Social Construct*, Oxford, Berg, pp. 151-180.
- OECD (2015): *Measuring Wellbeing in Mexican States: Executive Summary* [<http://www.oecd.org/gov/regional-policy/Mexican-States-Highlights-English.pdf>].
- Pérez-Escamilla, Rafael (2003): "Breastfeeding and the nutritional transition in the Latin American and Caribbean Region: a success story?", *Cuadernos de Salud Pública*, vol. 19, n° S119-S127 [<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v19s1/a13v19s1.pdf>].
- Rollins, Nigel C. et al. (2016): "Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices?", *The Lancet*, vol. 387(10017), pp. 491-504 [doi:10.1016/S0140-6736(15)01044-2].
- Romano, Matea et al. (2010): "Postpartum period: three distinct but continuous phases", *Journal of Prenatal Medicine*, vol. 4, n° 2, pp. 22-25.
- Rouse, Carolyn (2004): "If she's a vegetable, we'll be her garden": embodiment, transcendence, and citations of competing cultural metaphors in the case of a dying child", *American Ethnologist*, vol. 31, n° 4, pp. 514-529 [doi: 10.2307/4098866].
- Save the Children Mexico (2016): *Embarazo y Maternidad en la Adolescencia: Estado de madres en México* [<https://www.savethechildren.mx/node/448>].
- Secretaría de Salud (2014): *Estrategia Nacional de Lactancia Materna 2014-2018*, México [http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/75383/ENLM_2014-2018.pdf].

- United Nations (UN) (2016): "Joint statement by the UN Special Rapporteurs on the Right to Food, Right to Health, the Working Group on Discrimination against Women in law and in practice, and the Committee on the Rights of the Child in support of increased efforts to promote, support and protect breast-feeding", Geneva, OHCHR [<http://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=20871&LangID=E>].
- Van Esterik, Penny (2015): "Foreword en *Ethnographies of breastfeeding: cultural contexts and confrontations*", Cassidy, Tanya y El Tom Abdullah (eds.), XV – XXIII, London, Bloomsbury Academic.
- Victora, Cesar. G. et al. (2016): "Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect", *The Lancet*, vol. 387(10017), pp. 475-490. [doi:10.1016/S0140-6736(15)01024-7].
- World Health Organisation (WHO) (2001): "Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding", Geneva: World Health Organisation [http://apps.who.int/gb/archives/pdf_files/WHA54/ea54id4.pdf].
- World Health Organisation (WHO) (2009): "Acceptable medical reasons for use of breast-milk substitutes", Geneva, World Health Organisation [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69938/1/WHO_FCH_CAH_09.01_eng.pdf?ua=1].

Notas

1. La investigación presentada en este artículo es parte de un proyecto etnográfico más amplio sobre la transición hacia la maternidad de las mujeres de bajos ingresos en la Chiapas urbana, Sur Este de México, llevada a cabo entre 2011-2013.
2. La antropóloga Vanessa Maher define el deterioro maternal como "una severa degradación, un severo colapso en la salud maternal" (1992b, 153).
3. Este tipo de economía mixta es muy común entre familias de ingresos medio-bajos debido al acceso a formas de crédito y al descontento con los servicios públicos. Las mujeres atienden el control prenatal en los servicios públicos para poder tener derechos dentro del sistema de seguro popular.
4. Debido a leyes complejas concernientes a quién puede atender legalmente un parto, las madres necesitan un certificado de nacimiento firmado por un médico que confirme que el niño ha nacido. Las mujeres presentarán a menudo a su recién nacido en el hospital local unos días después del parto para obtener la documentación necesaria para registrar al niño. Como parte de esta transacción se requiere un reconocimiento médico completo del bebé, lo cual incluye vacunas obligatorias.
5. Se entiende *colitis* como un etno-diagnóstico que los médicos dieron a muchas de las mujeres con las que hablé, sin referirse necesariamente a la definición médica estricta de inflamación de colon o diarrea. En cualquier caso, no hay evidencias médicas que sugieran que la leche materna puede "contaminarse" por una afección estomacal de la madre.
6. La lactancia materna exclusiva se refiere a alimentar al infante solo con leche materna, de la madre o de una nodriza, directamente o después de ser extraída manualmente. El infante no recibe otros líquidos ni sólidos exceptuando vitaminas, suplementos minerales o medicinas en gotas o jarabe (OMS, 2001).