



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**ASPECTOS CLINICOS DE LA LACTANCIA MATERNA EN UNA
COMUNIDAD NAHUA EN LA SIERRA NORTE DE PUEBLA**

**T E S I S
PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A
IRERI MORALES VIRRUETA**

**DIRECTORA:
DRA. MARGARITA LAGARDE LOZANO**

**ASESOR:
DR. FRUCTUOSO AYALA**



MÉXICO, D.F.

ENERO 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

*Dedicada a todas las mujeres de la Comunidad de Chilkuaujta que le han
dado vida a la tierra.*

*Para todos aquellos que en mayor o menor medida, contribuyeron a la construcción de
esta tesis, al intentar nombrarlos, correría el riesgo de olvidar a alguien.*

INDICE

I. Introducción	4
II. Antecedentes	7
III. Marco Teórico	
III.1. Psicobiología de la lactancia	9
III. 2. Parentalidad y lactancia	15
IV. Repercusiones sobre la tradición de lactar	
IV.1. Lactancia natural y sus repercusiones	20
IV.2. Lactancia artificial y sus repercusiones	25
V. Diferencias entre madres lactantes	28
VI. Características de la lactancia materna en Chilkuaujta, una comunidad Nahua	32
VI.1 Estudio sociodemográfico	35
VIII. Método	44
IX. Resultados	46
X. Conclusiones	55
XI. Bibliografía	61

Aspectos clínicos de la lactancia materna en una comunidad nahua en la Sierra Norte de Puebla

“... Los niños mexicanos se criaban todos a los pechos de sus propias madres, y era esto tan general que ni las reinas se dispensaban por su grandeza de criar ellas mismas a sus hijos. Si por enfermedad o por otro motivo no podía la madre cumplir con esa obligación, no lo fiaba a otro pecho hasta haber examinado la calidad de la leche...”

Fragmento de libro por autor desconocido que me prestó una comunidad ubicada en el Estado de México para el desarrollo de esta tesis



*Diosa de la fecundidad azteca
Tlazolteotl*

I. INTRODUCCIÓN

Hace más de un año, en julio del 2006, unos amigos me invitaron a dar unas pláticas sobre educación sexual en la comunidad de Chilkuaujta, ubicada en la Sierra Norte de Puebla muy cerca de Cuetzalan. Para acceder a la comunidad tuvimos que caminar alrededor de 20 min desde Cuetzalan que es la cabecera municipal, después de caminar en la carretera nos fuimos encontrando unas casas; de una de esas casas salió una señora a recibirnos muy amablemente y nos invitó a pasar. En el interior encontramos a sus hijos, nos ofrecieron de su comida y nos permitieron instalar nuestras tiendas de campaña en la azotea de su casa.

Durante los días siguientes, me fui dando cuenta que la mayoría de las mujeres tenían hijos desde muy temprana edad, también me percaté que siempre cargaban a sus hijos en el reboso o en el mecapanal al realizar diversos trabajos; sin embargo, lo que más llamó mi atención fue que las mujeres lactan a sus hijos hasta los 3 y 4 años.

Así que, aprovechando el amable recibimiento, decidí adentrarme en la comunidad para indagar un poco más sobre este fenómeno.

Las mujeres que no contaban con el apoyo de sus maridos migrantes, tenían dificultades para instalar unos invernaderos que había enviado el presidente municipal, por lo cual nos pidieron que les ayudáramos en esta labor y correspondimos a su hospitalidad respondiendo a su demanda durante nuestras dos semanas de estancia.

El éxito de esta visita me motivó a plantear en el seminario sobre parentalidad mis experiencias y en particular a plantearme ahí la posibilidad de hacer una tesis que investigara las prolongadas prácticas de la lactancia; mis visitas fueron cada vez más frecuentes y prolongadas mientras me integraba progresivamente a la vida cotidiana y a las celebraciones como Navidad, Semana Santa y fiestas de mayordomía.

Al paso de los meses, la familia me cedió un espacio dentro de la casa donde les ayudaba a tejer, a cocinar, a matar pollos, etc. permitiéndome dormir en la misma cama de su hija adolescente y contactándome con una partera para que me aconsejara en torno a la elaboración de mi tesis.

La mayoría de las personas de esta comunidad no acuden al médico alópata, utilizan la medicina tradicional y a las parteras, que atienden a las mujeres en su casa o en un pequeño hospital cercano a Cuetzalan.

Durante mis conversaciones con Ocotlán Amable (la partera) mi interés fue creciendo y profundizando en las variaciones de la lactancia, la preparación de los senos y la experiencia parental y subjetiva de las mujeres al lactar. Entonces me decidí a iniciar mi

investigación escuchando a las mujeres mediante la entrevista para saber si las preguntas que me estaba haciendo podían tener una respuesta por parte de ellas. Esta tesis, presenta y analiza los resultados obtenidos y propone que la lactancia materna fomenta la salud de la madre e hijo y establece las condiciones para que se produzca el apego como base de los vínculos socio-afectivos del grupo.

I. ANTECEDENTES

En los estados de Puebla, Yucatán, Chiapas, Quintana Roo, San Luis Potosí, Oaxaca, Hidalgo y Guerrero se evidencian las más altas tasas de desnutrición del país, con indicadores de talla y peso inferiores que el promedio nacional entre los niños de su edad (CONAFI, 1998 p. 62). En áreas rurales, el 7.5% de todos los niños y las niñas menores de cinco años presentan desnutrición severa o bajo peso por su edad (CONAFI, 2000 p. 68), y en comunidades indígenas en 1996 la tasa de bajo peso fue de casi dos veces y media la tasa en las comunidades no indígenas, 8.3% en comunidades indígenas y 3.2% en las no indígenas. La UNICEF ha promovido como línea estratégica, la práctica de la lactancia materna para proteger al recién nacido de la desnutrición, en virtud de que se ha demostrado que este alimento tiene los nutrientes y los factores inmunológicos necesarios para la adecuada nutrición y bienestar de los niños. La recuperación de la cultura de la lactancia materna se instrumenta a nivel mundial a través de la Iniciativa de "Hospital Amigo del Niño", en que los hospitales se comprometen a promover, proteger y apoyar la práctica de la lactancia materna. Al verificarse en forma externa que se están cumpliendo los 10 pasos establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), UNICEF y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) hacia una lactancia materna exitosa, a estos hospitales se les otorga una certificación que los acredita como "Hospital Amigo del Niño y de la Madre".

Los 10 pasos son los siguientes:

1. Normas y procedimientos escritos en cada hospital o maternidad.
2. Capacitación del personal en los criterios de lactancia materna.
3. Difusión de la lactancia materna hacia la comunidad.
4. Iniciación de la lactancia materna dentro de la primera hora después del parto.
5. Enseñar a la madre cómo dar de mamar y cómo mantener la lactancia.
6. Recomendación de la lactancia materna exclusiva por un periodo no inferior a los cuatro meses y de preferencia por seis meses.
7. Alojamiento conjunto.
8. Apoyo a la lactancia cada vez que la solicite.
9. Erradicación de biberones en áreas de alojamiento conjunto.

10. Formación de grupos de apoyo a la lactancia.

En 1990 México se integra a la Declaración de Inocenti para la Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia Natural y con ello reconoce los beneficios nutritivos tanto para el hijo como para la madre que lacta, promoviendo la recuperación de la cultura de la lactancia materna que se instrumenta a nivel mundial. A través de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, se hace promoción de la lactancia materna exclusiva desde el momento del nacimiento del bebé, estimulando el alojamiento conjunto, y evitando ofrecer algún otro alimento lácteo, salvo en situaciones especiales.

La lactancia es la forma primaria de alimentación para cualquier mamífero, sin embargo, el ser humano ha alterado esta forma de alimentación masivamente a partir del *Baby Boom* ocurrido después de la Segunda Guerra Mundial. En este periodo se comenzó a industrializar la leche de fórmula “liberando” a las madres de la “molestia” de lactar.

Para algunas comunidades de nuestro país, el acceso a las leches artificiales no fue económicamente costeable a pesar de que los médicos recomendaran que después de los tres meses de nacido el bebé se lactara con leches artificiales. Agregando que la lactancia después de los tres primeros meses, no alimenta al niño y por lo tanto sólo lo alimentaría con “agua” y no con nutrientes. ¿Qué han hecho las madres de Chilkuaujta frente a esta modernidad?, ¿Cómo han hecho para conservar, “en contra de los embates de la ciencia”, el valor nutritivo de la leche materna para la salud de sus hijos?, ¿Cómo evitan las molestias y los riesgos de la lactancia?, ¿Cómo ha sido el efecto de estas prácticas en la salud reproductiva de la comunidad?

Chilkuaujta no cuenta con un Hospital Amigo del Niño, sin embargo, existe un Hospital Mixto en donde se practica la medicina alópata y la tradicional y las mujeres “eligen” a las parteras, o a los curanderos, hueseros, hierberos; o a los médicos alópatas en sus problemas de lactancia. Esta diversidad les permite rescatar la sabiduría original de México tan debastada y aplastada por la Conquista y el modernismo (Grinberg J. (1987) p.9)

III. MARCO TEORICO

III.1 PSICOBIOLOGÍA DE LA LACTANCIA

Las glándulas mamarias diferencian a los mamíferos de los reptiles y las aves. Son estructuras exocrinas derivadas de las glándulas sudoríparas que determinan una forma de relación parental en donde el maternaje posee las condiciones fisiológicas exclusivas para la crianza.

Los mamíferos desarrollarán un mayor cerebro y su sobrevivencia, así como su comportamiento adaptativo dependerá fundamentalmente de la relación de apego con la madre.

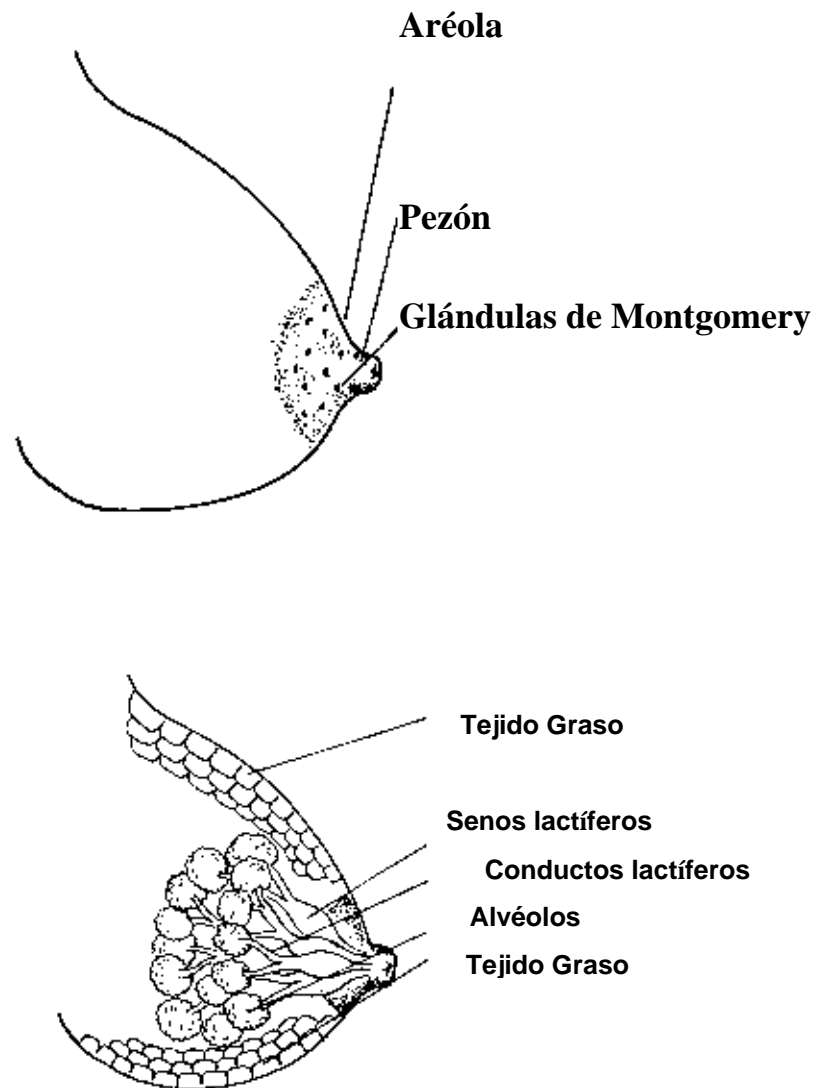
La capacidad reproductiva de los mamíferos, depende de la sincronización de la sexualidad con la lactancia dándole a la hembra la mayor carga selectiva. Por lo que resulta pertinente analizar los aspectos anatómicos, fisiológicos y neuroconductuales que determinan la lactancia.

ANATOMIA DE LA MAMA

El desarrollo de la glándula mamaria, se inicia con la pubertad. La glándula mamaria de la mujer está constituida por un epitelio glandular y un sistema ramificado de conductos por donde drena la secreción láctea, que tiene origen en los alvéolos secretores. Existen tejidos conectivos y grasa conformando su estructura final. Los alvéolos y los conductillos se unen por medio de un conducto llamado lactífero y forma un sistema anatómico llamado lóbulo; el número de lóbulos que integran una glándula mamaria varía entre 15 y 20 (Vega F, 2004 p. 37). Antes de desembocar en el pezón, los conductos lactíferos amplían su diámetro dando origen a un seno, para después estrecharse.

El pezón constituye el centro del área circular pigmentada que recibe el nombre de areola; en ella existen muchas fibras musculares lisas que permiten la erección del pezón. Tanto el pezón como la areola están provistos de terminaciones nerviosas cuya estimulación hace que el pezón se ponga erecto. La areola es un círculo rojizo oscuro que rodea al pezón, sin embargo en el embarazo y la lactancia, se oscurece y amplía. Las glándulas de Montgomery que se encuentran en la areola son glándulas sebáceas

grandes que secretan una sustancia lubricante que protege el pezón y la areola durante la lactancia, estas glándulas sólo se activan durante la lactancia.



La leche se produce en las mamas (senos maternos), es una glándula que se desarrolla del cuarto al sexto mes de embarazo después que los estrógenos, progesterona, prolactina y lactógeno placentario se han estimulado. La succión del pezón estimula la células mioepiteliales que producen el reflejo de eyección de leche y la liberación de la hormona oxitocina, haciendo que la ésta sea exprimida de las glándulas mamarias hacia los conductos lácteos y el pezón.

Alrededor de la octava semana de embarazo, aparecen los primeros cambios en las mamas, las areolas se oscurecen y los pezones se hacen más erectos.

FISIOLOGÍA DE LA LACTANCIA

La lactancia es controlada y regulada por la operación e interacción de una serie de mecanismos neuroendocrinos específicos que aseguran el desarrollo y la maduración morfofuncional de la glándula mamaria (Trucker, 1981 p. 4). La lactancia se inicia cuando se sintetiza y evacua la leche producida. Existen varias hormonas encargadas de la producción de la leche; entre ellas se encuentra (Pasqualini R Q y Pasqualini R S, 1984 p. 136):

- a) Prolactina (PRL)
- b) Los estrógenos (E), principalmente el estradiol (E₂)
- c) La oxitocina (OC)
- d) La progesterona (P)
- e) El cortisol

Prolactina (PRL)

Durante la fase final del embarazo, la secreción de prolactina es estimulada por el aumento de la síntesis y la liberación de prolactina (PRL) por la hipófisis. Esta hormona es producida por las células lactótrofas de la adenohipófisis. Aumenta por medio del estrés, durante el coito y el orgasmo en la mujer. En la secreción láctea, el principal estímulo que necesita la prolactina para ser liberada es la succión del pezón; esto pasa por vía neural y medular, llega al hipotálamo en el cual se inhibe la producción de PRL-IH (hormona inhibitoria de la prolactina) y esto da como resultado que las lactótrofas aumenten la secreción, la disminución de la PRL- IH se da después del parto. Otra de las formas en las que se puede secretar prolactina es por la simple palpación mamaria. La prolactina actúa sobre las células de los alvéolos mamarios, la intensidad de esta acción depende del nivel de prolactina en las células mamarias y a su vez de la cantidad de receptores. Iniciada la lactancia y a los 10-20 min. de cada periodo de succión (Pasqualini R. Q y Pasqualinini R. S, 1984 p.138) se produce un aumento considerable que dura hasta dos horas. El amamantamiento frecuente es esencial para conservar un alto valor plasmático de PRL durante 24 horas (Nelson R. J, 1996 p. 207) A partir de los tres meses en donde no se da la succión, se regresan las concentraciones normales.

La prolactina tiene un papel mayor en la preparación de la mama y en el desencadenamiento inmediato de la lactación (lactogénesis) que en el mantenimiento de dicha secreción (lactopoyesis) (Botella J, 1982 p. 27- 29).

En un estudio realizado con nueve madres e hijos, se extrajeron muestras de sangre y se correlacionaron con los niveles de prolactina y con la conducta parental en las madres. Se encontró que dicha hormona aumenta entre el primero y segundo día después del nacimiento. A las madres se les hizo escuchar una grabación de su hijo de los primeros días de nacimiento, e inmediatamente se les tomó una muestra de sangre, la cual mostró aumento en niveles de prolactina, además las madres aumentaron el número de caricias, por lo que se considera que los niveles de prolactina pueden estar asociados con la conducta parental.

Por lo anterior se considera que los niveles están asociados con la conducta parental, ya que las madres reportaban un aumento de caricias a su hijo después de escuchar dicha grabación (Delahunty. K. M, McKay D.W, Noseworthy D. E, 2007 p. 213-220).

Estrógenos (E)

La elevación de los niveles de estrógenos, aumenta el tamaño de las glándulas mamarias, mediante el crecimiento de los sistemas colectores, mientras que la progesterona estimula el desarrollo de los alvéolos. La alta concentración de estrógenos durante los últimos meses (Pasqualini R. Q y Pasqualini R. S, 1984 p. 140) del embarazo, inhibe el paso de la leche a la luz alveolar y a ello se debe la falta de lactoexcreción durante este periodo. Después del parto, cuando se normalizan las concentraciones de estrógenos, se estimula la secreción de prolactina y ésta induce la formación de receptores de E₂ en las células alveolares.

Oxitocina (OC)

La oxitocina es una hormona peptídica producida por las neuronas parvocelulares del núcleo paraventricular del hipotálamo, almacenada y secretada en las terminales de los axones de la hipófisis posterior, y viaja a través del sistema vascular hasta las glándulas mamarias.

La oxitocina posee diferentes funciones:

- a) Las contracciones del útero.
- b) Eyección de la leche de la glándula mamaria.
- c) Conductas sexuales, maternas y de apego.

Su secreción depende de estímulos somatosensoriales. Se ha observado secreción durante el orgasmo y propiedades ansiolíticas, las cuales ayudan a una interacción social.

La lactoeyección no se produce hasta que actúa la oxitocina, los núcleos hipotalámicos productores de la oxitocina recibe estímulos de centros superiores distribuidos en la zona límbica, por lo tanto el reflejo de lactoeyección, el cual puede estar condicionado por la presencia del niño en cualquiera de los sentidos como llorar, verlos, etc. Sin embargo también puede inhibirla por medio de estímulos emocionales como el dolor, el estrés.

Se considera que la hormona oxitocina como la responsable de la conducta parental y a ello argumentaba: “la oxitocina es un ingrediente esencial para la reproducción exitosa”.

Tanto la prolactina como la oxitocina ayudan a producir la sensación relajante que las madres asocian con las sensaciones de lactancia. El reflejo de descenso de la leche podía ser inhibido por el estrés; este reflejo es muy sensible durante los primeros días de lactancia y esto facilita que la madre piense que perdió la leche. Se argumenta que la posibilidad de interrumpir el amamantamiento frente a condiciones de estrés, facilita la huida que permitía a la madre y al lactante ponerse a salvo.

Vega Franco (2004 y p. 136-138) considera tres etapas en la producción de la leche:

1) *la síntesis*

2) *la secreción*

3) *la expulsión*

Las células que conforman el tejido glandular, sintetizan las grasas y las proteínas en el retículo endoplásmico; los primeros tienen su origen en los ácidos grasos libres y el glicerol, los segundos son producidos a partir de los ácidos aminados libres. La síntesis de la lactosa se lleva a cabo en el Aparato de Golgi (*la síntesis*).

La succión ejercida por la boca del bebé sobre la aureola fuerza la salida de la leche que se ha juntado en los senos. Las células mioepiteliales que rodean al alveolo, contraen y exprimen la leche hacia el sistema conductor, esto da como resultado un reflejo de eyección de leche. Tanto el pezón como la areola están bien provistos de terminaciones nerviosas cuya estimulación hace que el pezón se ponga erecto.

El efecto de la succión a lapsos cortos promueve la producción láctea, en tanto que el espaciamiento de esta acción, reduce la liberación de prolactina y oxitocina. Una vez

sintetizadas estas sustancias, son transportadas mediante diversos mecanismos al alvéolo. La secreción de la leche por medio de las células alveolares reacciona a una interrelación neuroendocrina. La succión y el masaje al seno constituye el estímulo que por vía hipotalámica, llega a la hipófisis, la cual libera prolactina y oxitocina. Como ya dijimos, la prolactina es muy importante durante toda la etapa de lactancia ya que ayuda al proceso de elaboración de la leche, mantiene la producción de leche; y la oxitocina estimula la expulsión de la leche de los alvéolos y conductillos, hacia los lactíferos y senos de estos conductos (*la secreción y la expulsión*).

El calostro comienza a elaborarse a final del embarazo, sin embargo se mantiene bajo ya que la prolactina (hormona que estimula la producción de leche), está suprimida por altas concentraciones de estrógenos y progesterona características de los primeros meses de embarazo.

Los primeros cambios que se llevan a cabo en las mamas alrededor de la octava semana de embarazo. Las areolas se oscurecen y los pezones se hacen erectos, las glándulas sebáceas sobresalen y se activa su secreción, que lubrica el pezón y forma una capa protectora indispensable para evitar las grietas y el sangrado durante la lactancia. Las mamas se hacen firmes y abultadas, como si estuvieran hinchadas, aumentando gradualmente de tamaño.

Cuando el bebé mama el pecho, estimula las terminaciones nerviosas del pezón y de la areola, con lo cual se envía un mensaje al cerebro para que secrete prolactina, que a su vez induce la secreción de la leche en los alvéolos. Lo primero que toma el bebé es la leche que ha pasado de los lobulillos y los lóbulos a los conductos. Éstos tienen un ensanchamiento en la parte inferior, cerca de la areola, donde la leche se acumula a modo de reserva.

La succión provoca la secreción de oxitocina por la hipófisis y el reflejo de eyección de la leche es necesario para que el niño se alimente. La primera succión le causará mayor dificultad hasta que se dispare el reflejo de eyección. La succión controla la cantidad de leche producida. De esta manera, por medio de la succión prolongada, el recién nacido asegura desde el principio la producción y el mantenimiento adecuado de leche. La succión disminuye los niveles de factor liberador de la hormona luteinizante, evitando la ovulación y por lo tanto la concepción.

La madre durante el reflejo de eyección, comenzará a sentir una especie de cosquilleo en su mama que le indica que ya está fluyendo la leche. El reflejo de eyección es esencial para la lactancia, ya que si esto no ocurre, el bebé recibirá solo la pequeña

cantidad que se ha juntado en los ductos y que ha drenado hacia los pezones. Debido a que la liberación de oxitocina es controlada por el hipotálamo, depende de procesos psíquicos, cognitivos, motivacionales y preceptuales.

III.2. PARENTALIDAD Y LACTANCIA

Harry Harlow demostró que la relación entre la madre y el bebé no estaba determinado por la nutrición, sino de otros estímulos somatosensoriales específicos de la especie. En 1973 se dio el premio Nobel al descubridor de la impronta proceso por medio del cual un organismo vivo establece un conjunto de comportamiento de seguimiento, identidad y protección durante un periodo crítico de manera incondicionada con un objeto y también depende de los estímulos somatosensoriales específicos de cada especie. Bowlby entrelaza los hallazgos hechos por Lorenz y Halow proponiendo que para el adecuado desarrollo psicosocial de un organismo, es indispensable que se establezca un proceso de apego entre el infante y el cuidador (la madre). Este proceso es distinto a la nutrición, inhibidor de la sexualidad y la agresión. Y se da de una manera evolutiva ya que fundamenta biológicamente el comportamiento social y afectivo.

Entre los primates, las crías nacen muy inmaduras y no sobreviven sin los cuidados parentales intensos e improlongados, uno de estos cuidados es la lactancia casi continua, que además de nutrir al bebé garantiza el calor y la proximidad de la madre.

Dentro del grupo de primates más parecido tanto genética, como comportamentalmente al ser humano, encontramos a los bonobos que es una especie de chimpancés con el que tiene el 98% de igualdad genética. En esta especie los machos tienden a ser extremadamente tolerantes y protectores con las crías de las hembras de su grupo (con las cuales en general tuvieron contacto sexual). Son cariñosos y tolerantes ante la conducta lúdica invasiva de las crías (jalarles del pelo, empujándolos, etc.)

El periodo de dependencia entre las crías y su madre dura entre 4 o 5 años, lo que determina la adquisición de muchos comportamientos por medio del aprendizaje en la locomoción arborícola, las crías están íntimamente abrazadas de su madre esto intensifica los lazos que unen a la madre con su cría (Mason W.A, 1965 p. 26).

Los recién nacidos primates, presentan en general, los mismos reflejos, sin embargo los humanos han perdido el reflejo de prensión de los pies gracias a su bipedestación y eso ha llevado las madres humanas sean más activas al cargar a su bebé, ya que el bebé humano no puede estar pegado al pezón de la mujer dado que este se encuentra lleno de

grasa y esto lo lleva a ser movable, por ello la madre tiene que mover el pezón a diferencia de los chimpancés ya que ésta lo tiene fijo.

Teoría de la inversión parental

En el análisis de la inversión energética se observa que las hembras invierten más en menos gametos y los machos menos en más gametos, por lo que las hembras tienen que cuidar más cada producto seleccionando a los machos mediante la competencia. Esto da como resultado la evolución de características asociadas al sexo, que en algunos casos incrementan la inversión parental y en otras lo disminuyen para garantizar el éxito reproductor según el número de descendencia de sobrevivientes. Robert Trivers (1972 p. 190) propone que para los animales sexuados depende de la relación entre el costo de la inversión en un hijo con el costo asociado al hecho de aplazar o renunciar a la reproducción de otro hijo. En la especie humana, el lactante será el primero en detectar el nuevo embarazo de la madre, ya que la leche disminuirá en cantidad y calidad para él. Viendo amenazada la cercanía exclusiva con la madre se pondrá *chípil*, es decir llorará, no se calmará ante la presencia de la madre, rechazará el acercamiento (Lagarde M. 2007, p. 21).

El costo de un amamantamiento prolongado puede ser muy elevado, ya que si la cría prolongara indefinidamente su periodo de lactancia, los padres no podrían procrear de nuevo reduciendo la capacidad reproductiva de la especie. Por ejemplo, los cachorros siguen intentando mamar pero sus madres los evitan alejándose de ellos. Otro ejemplo del destete se da en macacos donde la madre retira la cabeza del hijo, mientras la cría grita como protesta. En el ciervo común (*Cervus Elaphus*) las crías de las madres más viejas que han resistido el invierno son más fuertes que las crías de las hembras más jóvenes, esto se debió a que los cuidados parentales fueron más largos y el destete se prolongó más tiempo (Maier R., 2001 p. 36). Los padres reparten la misma cantidad de material genético con sus crías, por ello les resulta beneficioso distribuirla entre varios de ellos.

Existen varias hipótesis sobre cual sexo tiene más probabilidades de proporcionar cuidados parentales en cada especie, una de ellas se le llama hipótesis de asociación, la cual afirma que el sexo que está presente en el momento de la puesta de los huevos o el nacimiento de las crías es el que tiene más probabilidades de hacerse cargo de ellas, la

segunda es la hipótesis de la certidumbre parental, ésta argumenta que cuanto más probabilidades haya para que un animal sea el padre biológico de una cría, mayores serán la probabilidades de que se den los cuidados parentales; otro factor sugiere que si la inversión parental tiene un costo elevado para ambos (o beneficio), el sexo que tenga menos costo tiene más probabilidades en convertirse en parental (Maier R 2001 p 56).

La mayor parte de primates machos no invierten en la crianza de los bebés, puesto que si lo hiciesen, quedarían fuera de la competencia con los otros machos, quienes buscan a las hembras para procrear (Lagarde M., 2001 p. 42). Sin embargo dentro de los mamíferos existen características fisiológicas que influyen dentro de los cuidados parentales, ya que las hembras son las que proveen la leche y los nutrientes a las crías, por ello existe una clara diferencia en las influencias dentro de los cuidados parentales entre los animales ovíparos y vivíparos.

La estabilidad del medio influye sobre la reproducción; los factores ecológicos contribuyen a la variación de inversión parental, cuando el hábitat es inestable se les denominan especies de la selección r y las especies que viven en habitats más estables se les denomina especies seleccionadas para la estrategia K ; por ejemplo las ratas (género *rattus*) tienen un tipo de habitat r , por lo tanto tendrán muchos hijos en poco tiempo por lo que tiene la oportunidad de obtener beneficios de prisa, otro ejemplo de mamíferos como los elefantes (*Loxodonta africana* y *Elephas Indicus*) que tienen un tipo de reproducción K , no tendrán muchos hijos ya que el crecimiento de sus crías es lento y tener muchos hijos es invertir mucho tiempo para cada uno de ellos, otro mamífero que tiene un tipo de reproducción K son los gorilas (*Gorilla Gorilla*), viven en entornos más estables pero solo pueden tener una cantidad limitada de crías, por ello invertir mucho tiempo y energía en una cantidad reducida de hijos. Los animales que se reproducen de forma r tienen más descendencia y son más pequeños, tienen ciclos vitales más cortos, alcanzan antes la madurez sexual y tienen hijos que maduran más de prisa que los animales seleccionados con la estrategia K .

La conducta de apego es características de muchas especies ya que contribuye a la supervivencia del individuo manteniéndose en contacto con quienes le brindan cuidado reduciendo así, el riesgo que sufran daño como hambre, frío o ser víctimas de algún depredador. La conducta de apego se puede relacionar estrechamente con la conducta de parentalidad ya que ayuda a proteger al individuo apegado que se da entre progenitor u otro adulto y niño. Bowlby define la conducta de apego como “cualquier forma de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro

individuo claramente identificado al que se considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo(Bowlby J., 1995 p. 15)”. Es decir se le atribuye la función biológica de protección. Dado que esta conducta de apego se da entre la diada madre-hijo, el hijo hará lo posible por mantener la proximidad con la madre, a esto Bowlby le llama **conducta de apego**, el hijo puede comenzar a llorar, a inquietarse para llamar la atención de la madre y si la madre responde a esa conducta, entonces se dirá que el niño está apegado. A la conducta de la madre Bowlby la nombra conducta de recuperación maternal (Bowlby J., 1993 p.264), la cual consiste con estar en estrecho contacto con el niño y éste casi siempre está dentro de su campo visual. En algunas ocasiones, la madre designa un reemplazante que cumplirá sus funciones durante el periodo de ausencia, sin embargo, las madres experimentan una gran necesidad de mantenerse en contacto con su hijo.

Bowlby (1995 p. 23-24), menciona los estudios realizados por Klaus, Trause y Kennel donde refiere que las madres a las que les dieron la opción de hacer lo que quieran después del parto, optaron por abrazar al hijo, cargarlo, acariciarle la cabeza, a esta conducta le siguió un acercamiento al seno y el hijo comenzó a succionar inmediatamente.

Dentro de las reglas hospitalarias en algunos países como Guatemala y Brasil, se les recomienda a las madres que acaban de tener a su hijo esperar 12 horas para poder amamantar y tener contacto con su hijo, se ha encontrado que las mujeres que siguieron a cabo esas reglas hospitalarias no amamantaban a sus hijos con más afecto que las madres que no siguieron dicha recomendación, es decir, las madres que amamantaron a sus hijos inmediatamente después del parto sin esperar doce horas aumentó la continuidad de la lactancia y se cree que puede haber un periodo de “sensibilidad materna” para el apego de la madre a su hijo, en el momento en que las madres tienen contacto con su hijo inmediatamente después del parto, ya que cuando el pediatra revisa al niño, las madres verbalizaban menos frases cortas y tenían un lenguaje menos impositivo para con su hijo. Hales y asociados, realizaron un experimento en Guatemala comparando a madres que siguieron las recomendaciones hospitalarias (“primer grupo”) con otro grupo de madres a las que les proporcionó 45 minutos de contacto con sus hijos inmediatamente después del nacimiento (“grupo de contacto temprano”) y con un tercer grupo que recibió contacto extra 12 horas después del nacimiento (“grupo de contacto tardío”). A las 36 horas del nacimiento de los niños, las madres que tuvieron contacto extra temprano mostraron conductas afectuosas hacia sus hijos como besar,

sonreír, hablar y mirara cara a cara a comparación de las madres que siguieron la recomendación hospitalaria (Arrieta R. y Cravioto J., 1983 p. 56-57). Bajo estos términos se podría decir que las madres que tienen un mayor contacto hacia su hijo tengan una proximidad con él (apego), la cual permanecerá accesible y responda con contacto visual entre otras cosas; esto le llevará a establecer vínculos afectivos o apegos entre el niño y la madre (o progenitor) que más tarde se realizará entre adultos.

Osorio y Sánchez (1996, p. 4-24) afirma que antes de la conquista, la crianza y la educación estaba a cargo de los padres inculcándoles su oficio. El cuidado y servicio de los nobles, se les encomendaba a los servidores de la casa y a los niños de mayor edad. En general habían nodrizas que amamantaban a los hijos pequeños en lugar de sus madres. En los estados del norte del país se “acostumbraba” a amamantar a sus hijos hasta los 4 años. Entre los totonacas, el cuidado de los niños quedaba a cargo de las madres y la lactancia y el destete, estaba determinado por la llegada del siguiente hijo.

IV. REPERCUSIONES SOBRE LA TRADICIÓN DE LACTAR.

Desde tiempos antiguos se ha considerado a la leche materna como el método ideal para alimentar a los niños, por ejemplo en el Antiguo Testamento Jeremías argumenta:

“hasta los monstruos marinos ofrecen el pecho a sus descendientes”.

Las civilizaciones espartanas, romanas, egipcias y diferentes culturas como el Corán e Israel bíblico, recomiendan mínimo dos años de lactancia para el niño. El Talmud recomienda la lactancia hasta los 2 años. La alimentación materna prolongada durante más de cinco años, fue la práctica común entre los indios y, hasta fechas recientes entre los pueblos esquimales y chino (Lacerva V., 1983 p. 75).

IV. 1 LACTANCIA NATURAL Y SUS REPERCUSIONES

La composición de la leche humana se ha adaptado a los niños durante muchos años, contiene ciertas sustancias que tienen anticuerpos contra determinadas enfermedades, mientras que el contacto íntimo y natural entre la madre y el recién nacido ayuda a tener lazos emocionales entre los dos. La leche de la madre, se considera como la única que proporciona por sí sola una dieta nutricional adecuada para los niños.

La organización internacional llamada “La liga de la leche” propone algunas ventajas de la madre sobre el amamantamiento:

“dar el pecho ayuda a muchas madres a bajar de peso más rápido y fácil ya que se consumen calorías al producir la leche, por ello la mujer sube de peso. Existe una hormona que funciona como tranquilizante natural, la cual le da calma a la madre y sentimiento de bienestar cuando amamanta. El dar pecho es la forma más económica de alimentar al bebé, es gratuita y así estará más sano. Al estar más sano, se reducen los gastos médicos.”

Cuando las madres acuden con el pediatra, generalmente, les indican que después del tercer o cuarto mes del nacimiento, comiencen a combinar algunas comidas con la lactancia, ya que se cree que el solamente amamantar a su hijo es inadecuado nutricionalmente hablando. Sin embargo el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, encontró que el pecho materno exclusivo durante seis meses tiene varias ventajas, por ejemplo menos infecciones gastrointestinales en los bebés, retraso en el retorno de la fertilidad materna, pérdida de peso para las madres.

En mayo del 2000 Miriam Ruiz escribe en la Comunicación e Información para la Mujer (CIMAC) que en 1990, cuando México se integra a La Declaración de Inocenti para la Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Natural, apoyada por las Naciones Unidas, a través de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (Unicef), reconoce los beneficios nutritivos únicos de la leche materna para recién nacidos y para la salud de las mujeres que lactan, ya que disminuye la incidencia del cáncer de mama y cérvico uterino.

Lucas (1992 p. 37-39) menciona que la salud del adulto se sujeta a la calidad de su alimentación durante la primera infancia, y esto se debe mucho a la alimentación al seno materno. Además la Academia Estadounidense de Pediatría (*The American Academy of Pediatrics*) y la Asociación Nacional de Enfermeras Pediátricas y Médicos Asociados (*National Association of Pediatric Nurse Associates and Practitioners*) recomiendan la lactancia materna durante el primer año de vida del bebé.

Se ha intentado llegar a una media de edad para proponer la edad idónea para el destete, para ello se ha tomado en cuenta el tiempo de los animales primates más cercanos al hombre; con ello se encontró que los animales de diferentes especies prueban diversos alimentos a partir de los 6 meses de edad, sin embargo el destete total dura varios años. En los primates la leche materna vuelve a tener su exclusividad cuando el ambiente es estresante o existe alguna enfermedad.

Los pediatras ha clasificado en 5 factores evolutivos importantes para determinar el momento del destete: 1) *el peso al nacer*; 2) *el peso adulto*; 3) *la talla de la madre*; 4) *la duración de la gestación*; y 5) *la erupción del primer molar permanente*.

La conducta de la lactancia es muy variable de una cultura a otra. El aprendizaje tiene un papel fundamental en la lactancia, sin embargo, va de la mano con las creencias, actitudes y valores de la cultura.

Existen dos tipos de lactancia materna: **1) lactancia irrestricta (lactancia a libre demanda):** la cual se refiere a que el niño es puesto al pecho cada vez que llora o protesta, el niño no toma leche de biberones y tampoco se le introduce otro tipo de comida hasta después de los 6 meses; **2) lactancia restringida:** se caracteriza por las normas y reglamentos. Tanto la frecuencia como la duración de las tomas están determinadas por el reloj. El destete suele producirse hacia el tercer mes, no son raros los biberones suplementarios y alimentos complementarios; los pediatras recomiendan alimentos sólidos a los 3 meses o antes y también sugieren los biberones.

Lawrence reporta un caso en que la madre de un niño de cuatro años fue acusada en la corte por un psicólogo “experto” de estar realmente loca por amamantar a su hijo hasta esa edad. Hace pocos meses el gobierno británico, obligó retirar un anuncio en la televisión que promovía la lactancia ya que la consideraban obscena (Fernández, 2003 p. 76). Actualmente muchos pediatras consideran que las madres que amamantan a sus hijos “más allá del tiempo que el doctor considere adecuado” está haciéndolo “exclusivamente por su placer sexual personal”, esto ha dado como consecuencia que madres que han decidido amamantar a sus hijos más allá del periodo “establecido” lo hagan de manera clandestina.

Durante la lactancia y tiempo después del destete el calcio es absorbido de una mejor manera por los intestinos. Se ha encontrado que es probable que la madre pierda una cantidad muy pequeña de calcio en los huesos. Feldum (1992) ha realizado estudios en algunos animales y el amamantamiento previene a las madres contra la descalcificación. Estudios en mujeres posmenopáusicas demuestran que aquellas que habían amamantado a sus hijos durante periodos más largos tenían más mineral en los huesos que las madres que no habían amamantado, por ello estaban en menor riesgo de sufrir fracturas de cadera. Con ello se puede deducir que la lactancia es una protección para evitar la osteoporosis (Stuart M., Dettwyler K., 1997 p. 135- 154).

Generalmente cuando ocurren los partos, las madres son separadas inmediatamente de sus hijos y a veces pasan horas sin tener contacto con ellos; lo cual tanto emocional como fisiológicamente no es bueno, ya que cuando la madre da de comer al bebé ayuda a que la oxitocina se libere más rápido y con ello al útero a contraerse y promueve la secreción del calostro. Inmediatamente después del nacimiento, la succión que realiza el lactante al pecho, puede reducir el riesgo de que se produzca la hemorragia materna postparto (Shuman, 1990 p. 161). Esta succión estimula la liberación de oxitocina que, además de ayudar al útero a contraerse, también provoca el reflejo de “apoyo”, es decir la contracción de las células mioepiteliales alrededor de los alvéolos llenos de leche, expulsándolos a los conductos y de ahí a los senos lactíferos, pezón y a la boca del niño. Para poder ayudar a que el útero se contraiga basta con poner al niño en los brazos de la madre en los cuales, al succionar y extraer el calostro, un flujo de oxitocina contraerá suave y paulatinamente el útero. De esta forma la lactancia materna salva vidas y evita la hemorragia excesiva. Mientras más rápido se contraiga el útero después del parto, menos riesgo hay de hemorragia prolongada (Férreas de Lee M 1998, p 96). La disposición de secreción láctea dependerá de la frecuencia con que el niño succione el

seno; es muy favorable para el bebé y la madre que la lactancia sea a libre demanda, ya que solo lactaran alrededor de 6 a 8 veces al día.

Gabrielle Palmer, nutrióloga y consejera de la lactancia materna en Gran Bretaña escribe en *The Politics of Breastfeeding*:

“la leche humana presenta un beneficio ignorado en los inventarios nacionales y menospreciados en las investigaciones sobre consumo alimenticio...”

Se cree que el número de embarazos causa aumento de peso acumulativo; además del cambio físico después del parto, se puede observar que la mujer frecuentemente conserva algo del peso que ganó durante la gestación. Dicha gestación propicia el depósito de grasa, particularmente de la cintura hacia abajo; durante la lactancia, los lípidos son preferencialmente canalizados hacia la producción de leche y los cambios en las condiciones hormonales y enzimáticas propician la movilización de grasa de la parte inferior del cuerpo.

En le siguiente cuadro se muestra los resultados de un estudio donde se dividieron las madres en tres grupos: las que amamantaban totalmente, las que combinaban con fórmula, y las que sólo daban fórmula (Kramer F., 1993., p. 429-433).

Lactancia y peso materno

	Reducción circunferencial de cadera	Sobrepeso pregestacional
Amamantamiento exclusivamente	3.6%	7.8%
Alimentación mixta	3.1%	8.5%
Fórmula exclusivamente	.68%	13.7%

Un estudio hecho por la Universidad de California en (Dewey 1993, p 162-166), sugiere que la mujer debe de amamantar un mínimo de seis meses, si espera que la lactancia propicie la pérdida de peso; que las madres que amamantan durante el primer año posparto pierden un promedio de 2 Kg. más que aquellas que no amamantaron.

Existe una idea popular de que la alimentación por medio del seno materno promueva la falta de ovulación y se considera como una anticonceptivo, ya que la ovulación se ve afectada por el aumento de prolactina y otras hormonas del complejo lactogénico, en algunas partes de África Occidental las mujeres no tienen relaciones sexuales durante la lactancia (Arrieta R y Cravioto J 1983 p. 27-30).

El Doctor Herbert Ratner escribe lo siguiente respecto a la falta de ovulación en el momento de la lactancia:

“la succión del bebé es lo que controla la ovulación de la madre. Entre mayor sea la necesidad de succionar del bebé, significa que está menos preparado para ser reemplazado por otro”.

Casi todas las madres que amamantan a sus hijos no tienen periodo menstrual durante los primeros tres a seis meses o más, a este fenómeno se le llama **amenorrea por lactancia**. La succión frecuente del hijo inhibe la liberación de hormonas que se segregan para la ovulación.

La leche materna incluye anticuerpos y otras sustancias del sistema inmune que ayudan a proteger al bebé contra las enfermedades. Contiene factores de crecimiento, hormonas y otras sustancias que ayudan al bebé a crecer y a desarrollarse a un ritmo normal. La leche materna también contiene ácidos grasos que, según se cree, promueven el desarrollo del cerebro y, posiblemente, aumentan la inteligencia. Algunos fabricantes de fórmula añaden a su producto dos de estos ácidos grasos (el ácido docosahexaenoico o DHA y el ácido araquidónico o ARA) a sus productos. A diferencia de la fórmula, la composición de la leche materna cambia a medida que el bebé se desarrolla, para proporcionarle la cantidad justa de nutrientes y otras sustancias que necesita en las diferentes etapas de su desarrollo. Durante los primeros días después del parto, por ejemplo, la mujer produce una forma de leche espesa y amarillenta conocida como calostro. El calostro tiene un alto contenido de proteínas y sustancias del sistema inmune que el bebé necesita en los primeros días de vida. Más adelante, la madre comienza a producir en mayor cantidad una forma de leche menos espesa con un contenido menor de proteínas y un contenido más alto de grasas. La leche materna que produce la madre de un bebé prematuro es diferente a la que produce la madre de un bebé nacido a término y resulta adecuada para cubrir las necesidades del bebé en su etapa específica de desarrollo.

Aproximadamente después del 4to ciclo menstrual, más de dos terceras partes de las mujeres que no amamantan a sus hijos tienen ciclo ovulatorio, es decir después de los 6 meses post-parto, el 75% de las mujeres que no amamantan presentan ciclos ovulatorios, mientras que en las mujeres que si amamantan a sus hijos se ha reportado que alrededor del 15% de las mujeres tiene ovulación después de la primer menstruación, es decir una vez que la menstruación se ha establecido, el 35% de los embarazos ocurren cuando la

madre aún continua lactando. Se ha observado que si la mujer está desnutrida hasta la inanición, cesan los ciclos menstruales y por lo tanto se hacen estériles.

IV.2. LACTANCIA ARTIFICIAL Y SUS REPERCUSIONES

El dar de lactar con leche de vaca ha traído diferentes consecuencias para el niño recién nacido como son:

ALERGIAS

El recién nacido tiene características fisiológicas especiales, por ejemplo, en el aparato digestivo, los enterocitos están separados (espacios intercelulares) para permitir el paso de células y de las macromoléculas de la leche de su madre, que le van a proteger de las enfermedades, como lo es la IgA secretoria, y que después de tapizar todo el tubo digestivo, pasa a través de estos espacios, directamente a los linfáticos y luego al torrente sanguíneo para tapizar al aparato respiratorio y al aparato urinario y así defenderlo de gérmenes patógenos. Estos espacios o poros son los que caracterizan la permeabilidad intestinal aumentada en la etapa del lactante, que persiste hasta los 6 meses y generalmente coincide con la salida de los dientes, lo que indica que el niño está preparado para recibir alimentos diferentes a la leche humana, esta es la razón por la cual la OMS, recomienda la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, ya que tiene proteínas homólogas.

Si al recién nacido con un intestino virgen, se le ofrece como primer alimento, un biberón con fórmula a base de leche de vaca, las macromoléculas de las proteínas de vaca pasarán igualmente al torrente sanguíneo, y el Sistema Inmunológico reaccionará produciendo sensibilización, con diversas consecuencias de atópias como: diarreas, cólicos, dermatitis, hiperreactividad bronquial, hasta asma. Recientemente, un artículo del Departamento de Alergia e Inmunología Clínica del Hospital Infantil de México reporta que la leche de vaca tiene más de 20 alérgenos.

MICROHEMORRAGIAS INTESTINALES

Algunos autores han comprobado que la leche entera de vaca, que se utiliza en el primer año de vida produce microhemorragias intestinales (OMS., 1990 p. 69). El hierro aportado por la leche, no es utilizado adecuadamente; por lo tanto, el niño anemiza y necesita aporte extra de hierro. La leche humana tiene poca cantidad de hierro y todo se absorbe, por lo que no es necesario complementar la lactancia materna.

NO PROPORCIONA SUSTANCIAS PARA EL DESARROLLO DE LA INTELIGENCIA

La leche humana tiene Acido Decosaheptaenoico, que es el involucrado en el desarrollo cognitivo visual. Lucas M (1992 p. 85-96), ha demostrado mediante estudios que ha realizado que los humanos alimentados con la leche de su madre tiene 8 puntos más de c.i, que los que han sido alimentados con la leche de vaca. El cerebro humano se desarrolla casi completamente en los primeros años de vida. La leche materna favorece su desarrollo y le da al niño el alimento que necesita para estar bien nutrido. La leche materna contiene los aminoácidos que él necesita para el normal desarrollo del cerebro y también lo protege contra infecciones y enfermedades.

FAVORECE LA DISRUPCIÓN DEL VÍNCULO MADRE-HIJO

La lactancia materna es el contacto piel a piel, el olor, la voz, etc. que por la necesidad de amor de parte del niño y la compensación afectiva por parte de la madre que siente que ese ser depende totalmente de ella, teniendo esto como consecuencia, un vínculo afectivo muy estrecho(Klauss M. y Kennel J. 1995 p. 36). Dar de mamar es el mejor regalo para comenzar la vida de un niño. Dar el pecho hace crecer el amor entre la madre y el hijo. La compañía, la voz, el mirarlo a los ojos y el contacto con la madre le dan mucha seguridad y estímulo al hijo. Dar de mamar es mejor que dar alimentos, es dar amor, seguridad, placer y compañía.

NO PERMITE EL ESPACIAMIENTO DE LOS EMBARAZOS

Cuando una madre le da biberón a su hijo, éste no succiona del seno por lo que tiene como consecuencia la falta de liberación de hormonas estimulantes de la ovulación, lo que da como resultado que la madre quede embarazada en un periodo más corto. En Blangladesh la lactancia materna disminuye 4 partos por mujer y en Senegal 6.5 partos por mujer. Según la OMS el Método de Amenorrea por Lactancia, da una seguridad del 98.6% durante los 6 meses postparto.

NO PROTEGE CONTRA EL CÁNCER

Existen evidencias de que la lactancia materna protege contra el cáncer de mama, de cuello uterino y hasta de ovario (Tierman 1986 p. 124). En Suecia, Catharina Syanborg de la Universidad de Lund (Innocenti, OMS 1990 p. 4-6) ha descubierto que existe una sustancia en la leche Humana, a la que llamaron HAMLET (Alfha-lactoalbúmina

Humana Letal contra Tumores), que ha resultado efectiva in vitro para destruir cualquier tipo de cáncer, se ha comenzado a utilizar en animales.

V. DIFERENCIAS ENTRE MADRES LACTANTES

En México (1993), se hace promoción de la lactancia materna exclusiva desde el momento del nacimiento del bebé, estimulando el alojamiento conjunto, y evitando ofrecer algún otro alimento lácteo, salvo en situaciones especiales. A pesar de ello, no se cuenta con estadística confiable en México de la cantidad de madres que dan lactancia a sus niños, sin embargo se tiene conocimiento que la prevalencia de la lactancia materna ha mejorado en los últimos 10 años, otorgándose esta en un promedio de 12 semanas. También se cree que el 80% de las madres mexicanas, lactan a sus hijos, pero que solo el 38% de esos niños lactados lo hacen de una manera exclusiva hasta los 3 años.

Estadísticas de la UNICEF de 1995- 2003, declara que solo el 18% de la población infantil es alimentada con leche materna en México durante más de los seis meses. En Brasil, el 10% de los niños que nacen son alimentados con leche materna y alimentos complementarios de los 6 a los 9 meses de nacidos, el 17% de los niños son lactados hasta el 20 o 23 meses de edad. En China el 67% de los niños son lactados con solo la leche materna hasta los seis meses después se les comienza a combinar con otra comida continuando con la lactancia hasta los 9 meses. En Guatemala, el 51% de la población es lactada con solo leche materna hasta los seis meses y en Cuba el 41% son lactados sin combinar alimentos hasta los 6 meses de edad, después de ese tiempo se comienza a combinar con otros alimentos hasta los 9 meses. En Perú el 71% de la población infantil lactan sin combinar alimentos hasta los 6 meses y posteriormente el 76% de la población combina alimentos y lactan hasta los 9 meses. En Kenya el 84% de la población sigue alimentando a sus hijos con leche materna y combinando alimentos hasta los 9 meses. En el Congo, pocas mujeres pueden permitirse la leche en polvo, en Mali, se cree que la leche materna crea un lazo sanguíneo entre la madre y el hijo, a los niños se les desteta a los dos años.

La Academia Americana de Pediatría (AAP) en su nueva declaración de 1997 y la OMS recomiendan unos tiempos mínimos de duración de la lactancia materna (1 año y 2 años respectivamente), recalcando que son tiempos mínimos y que el tiempo máximo queda a elección de la pareja lactante, es decir de la madre y de su hijo. El Dr. Lawrence Gartner, presidente del grupo de trabajo sobre lactancia responsable de la última declaración de la AAP explica que “la Academia no ha establecido un límite superior.

Hay niños que son amamantados hasta los 4, 5 o 6 años. Esto puede ser infrecuente pero no perjudicial (Lawrence R 1996 p 70)''.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), señaló que el riesgo de morir de los niños menores de un año alimentado artificialmente, es de 3 a 4 veces mayor que para los bebés alimentados al seno materno. La mayoría de los problemas relacionados con la alimentación artificial se manifiesta por enfermedades diarreicas. Sólo en Latinoamérica hay más de 500 000 muertes anualmente en menores de 5 años, resultantes de infecciones intestinales.

Existen estudios donde se han encontrado resultados de prevención de cáncer de mama gracias al amamantamiento prolongado, por ejemplo la revista *American Journal of Epidemiology*, mostró que el cáncer de mama era menor en las mujeres premenopáusicas y posmenopáusicas que habían lactado durante periodos largos, es decir, más de seis meses. En 1995, un estudio publicado en Japón mostró que existe un efecto protector de cáncer de mama en mujeres que han lactado a sus hijos por más de seis meses (Arte femenino de amamantar 2001, p. 78). En 1997 Ho y Petrakis publicaron un estudio de un grupo de mujeres de Hong Kong quienes amamantaban a sus hijos con el seno de un solo lado, y encontraron que el cáncer en el pecho que no amamantaba era significativamente mayor. Existe un estudio realizado por Singh (2007), el cual se realizó con 112 mujeres en la India. Se dividieron en dos grupos, uno de estos grupos refirió un amamantamiento exclusivo y prolongado por cinco meses a libre demanda, durante la cual la amenorrea post-parto (APP) y con ello la ovulación y una concepción temprana se correlaciona con la duración en tiempo del amamantamiento.

Dentro de las reglas hospitalarias en algunos países como Guatemala y Brasil, se les recomienda a las madres que acaban de tener a su hijo esperar 12 horas para poder amamantar y tener contacto con su hijo, se ha encontrado que las mujeres que siguieron a cabo esas reglas hospitalarias no amamantaban a sus hijos con más afecto que las madres que no siguieron dicha recomendación, es decir las madres que amamantaron a sus hijos inmediatamente después del parto sin esperar doce horas aumentó la continuidad de la lactancia y se especula que puede haber un periodo de "sensibilidad materna" para el apego de la madre a su hijo si las madres tienen contacto con su hijo inmediatamente después del parto, ya que cuando el pediatra revisa al niño, las madres verbalizaban menos frases cortas y tenían un lenguaje menos impositivo para con su hijo.

Gopalan y Belavady realizaron un estudio sobre la lactancia de mujeres indígenas en el año de 1979 en la India Meridional que pertenecían a grupos poco privilegiados económicamente hablando y encontraron que la lactancia materna es prolongada ya que la madre comenzaba a lactar a su hijo a los 2 o tres días de nacido y lo seguía haciendo hasta los dos o tres años de vida, la madre no seguía ningún plan para amamantar a su hijo sino que lo alimentaba de acuerdo a las necesidades de éste. En otro estudio, se encontró que las madres pertenecientes a un grupo llamado “élite” social tenían un periodo de lactancia mucho más corto que variaba de entre 5.1 y 7.1 meses de nacido. En las ciudades de Gambia, la alimentación termina usualmente entre el 5 y el 9 mes, mientras que en el área rural de dicha ciudad el destete se inicia entre los 12 y 24 meses de edad.

Pérez- Gil, Rueda y Diez (1993 p. 1-11) realizaron un estudio con mujeres de la comunidad de Malinalco, Estado de México y con las mujeres de la Sierra Juárez de Oaxaca sobre la práctica del amamantamiento y encontraron que durante el primer mes, la mitad de las mujeres de Malinalco dio exclusivamente leche materna, mientras que las restantes, el tipo de lactancia fue no exclusiva comenzando a combinar la alimentación con té con azúcar. Respecto a las madres de la Sierra de Oaxaca, se encontró que el 61% incluyó antes del mes atoles con o sin leche y fórmulas lácteas. En ambos lugares la madre fue quien determinó el momento de introducir otros alimentos; sin embargo en Malinalco las mujeres acuden a los doctores alópatas a comparación de las madres de Oaxaca que acuden a las parteras, a las madres y las suegras influyendo ellas en la toma de decisiones sobre la manera y el tipo de alimentación.

Cuando se les preguntó a las madres de ambos lugares sobre el tiempo que tardan entre el nacimiento y la lactancia, las madres de Malinalco dejan transcurrir más de 24 horas, mientras que las mujeres oaxaqueñas contestaron que no dejan pasar más de 5 horas, ya que es considerado como una excelente práctica. Cuando se les preguntaron sobre su punto de vista sobre el amamantamiento la mayoría de las mujeres dijeron que era algo natural y por ende agradable. Las mujeres que por alguna razón no amamantaron a sus hijos manifestaron sentir culpa por no haberlo hecho.

En 1999, Pérez- Gil, Rueda y Diez (p. 116- 126) continuaron sus investigaciones en Malinalco y comenzaron sus observaciones en la comunidad de Chichicastepec Oaxaca, esta vez con dos grupos de madres, uno indígena y otro mestizo acerca del embarazo y la lactancia y encontraron que las mujeres de Malinalco nunca se prepararon para dar pecho a sus hijos (hablando nutrimentalmente, es decir, no seguían ninguna dieta

específica), sin embargo, después del parto el doctor les recomendaba comer bien y tomar muchos líquidos a diferencia de las mujeres de la comunidad (suegra, madre, tías) que les recomendaban tomar pulque, atole de ajonjolí, té de hoja de zapote y canela, y los caldos de res y pollo para la producción de leche. Las mujeres de Oaxaca tampoco llevaron una dieta especial ya que manifiestan no ser necesario para ellas. Las mujeres de Malinalco fueron atendidas por médicos alópatas y después del parto le recomendaban a la madre algún complemento alimenticio o suplemento. Las mujeres oaxaqueñas, fueron atendidas por médicos tradicionales y se alimentaban con atole de masa, chintestle (semilla molida), caldo de pollo y memelas; las calabazas y los frijoles son prohibidos durante esta etapa.

El susto es la principal causa de pérdida de leche, es decir, la leche se les va.

En ambas comunidades se destacó que la alimentación y la crianza solo es atributo femenino ya que solo las madres, abuelas, suegras o parteras expresan su opinión al respecto.

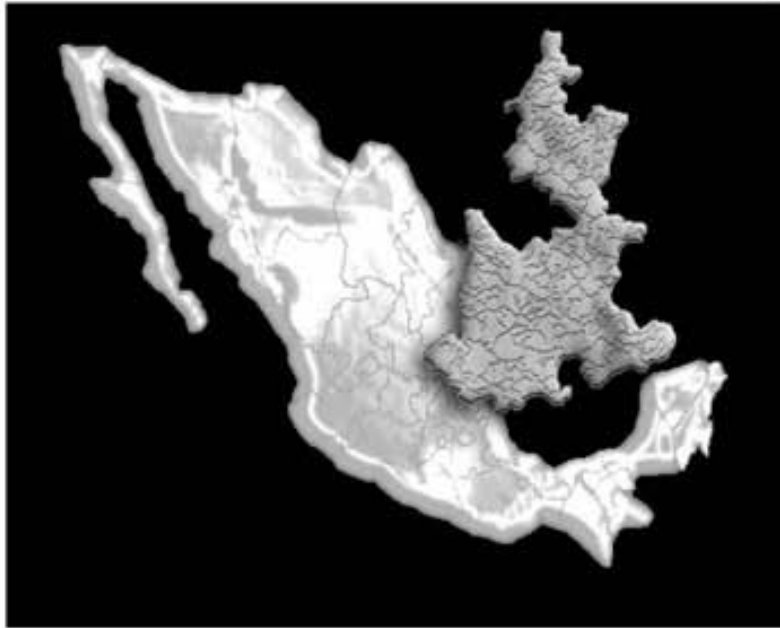
VI. CARACTERÍSTICAS DE LA LACTANCIA MATERNA EN CHILKUAUJTA, UNA COMUNIDAD NAHUA.

En la cultura nahua se consideraba el trabajo de parto como equivalente a la acción de los guerreros en batalla y la muerte en él era correlativa de la que éstos podían sufrir en la guerra florida o en la piedra de sacrificios. Cuando un niño moría antes de ser purificado por el agua, se alimentaba en el cielo de *chichiguahuitl*, el árbol de las tetas de leche, ahí el niño esperaba una nueva oportunidad para regresar a la tierra. El anuncio de un nuevo hijo era motivo de fiesta.

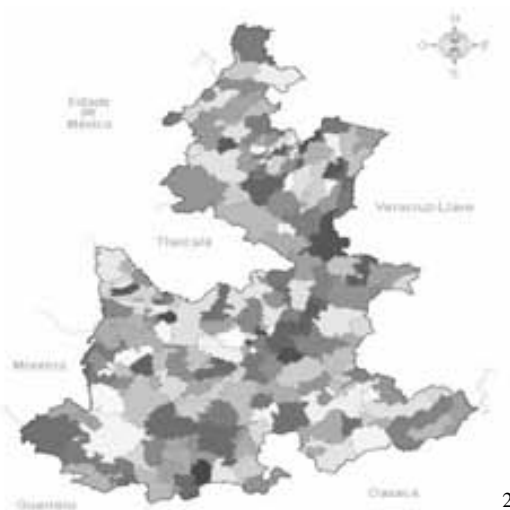
La partera, llamada *tícitl*, debe de ser mujer, ella tiene la misión de encomendar su paciente a las diosas Toci, la abuela; Temazcaltoci; esto ayuda a alejar seres maléficos de la futura madre. La partera debe de indicar cuando se mete al temascal y cuanto tiempo tiene que estar ahí, antiguamente se metía a la mujer varios días antes, los cuales ayudaban a la partera a tocarle el vientre a la madre y verificar la colocación del niño, en caso de estar mal colocado, se le hacen diferentes maniobras como la faja o alguna sobada. Biseca C, refiere que la posición más común adoptada para el parto es la mujer encucillada, con los muslos separados doblados sobre el vientre. Esta posición, comenta el autor del libro medicina tradicional, tiene grandes ventajas, ya que orienta la fuerza de contracción de músculos del cuerpo hacia el canal del parto, a la vez que permite relajar los tejidos blandos del perineo, facilitándose con todo esto la expulsión del niño.

En la actualidad, también se emplea otra posición la cual consiste en que la mujer es colocada boca abajo, sobre los cuatro miembros, la partera se coloca detrás de ella.

La historia de la Sierra Norte de Puebla, se encuentra vinculada con dos culturas que tuvieron una grande influencia, estas culturas son el Tajín y Teotihuacán. L. Báez, afirma que entre estas dos culturas se estableció un lazo de unión con la región que hoy se conoce como Sierra Norte de Puebla (Báez L., 2003, p. 54) región forma parte del antiguo Totonacapan, ligado en la época prehispánica al señorío de Zempoala, y asiento de una de las más importantes culturas de Mesoamérica. Tuvo su mayor auge hacia el año 750 d.C., cuando era habitada principalmente por totonacos. Esta región era estratégica, pues era el punto de enlace entre dos núcleos fundamentales de la civilización mesoamericana: la costa del Golfo y el Altiplano central (CDI 2006).



A fines del siglo XV los totonacos fueron obligados por los mexicas a desplazarse hacia la costa. Al perder su hegemonía, Totonacapan quedó como provincia tributaria de México, dominio mexica que favoreció la expansión de la lengua náhuatl hacia la zona noroccidental de la sierra, aunque desde antes, ya la región había tenido contacto con grupos hablantes de náhuatl provenientes de otras regiones; hacia la zona oriental fueron los olmeca-xicalancas, asentados en el valle de Puebla, quienes difundieron la lengua náhuatl; de esta manera, se formaron dos áreas nahuas serranas. En la sierra norte de Puebla existe una comunidad la cual se caracteriza por ser nahua, dicha comunidad tiene como lengua materna el náhuatl, sin embargo en las comunidades vecinas también se habla totonaca.



¹ Mapa de la República Mexicana, localizando el estado de Puebla

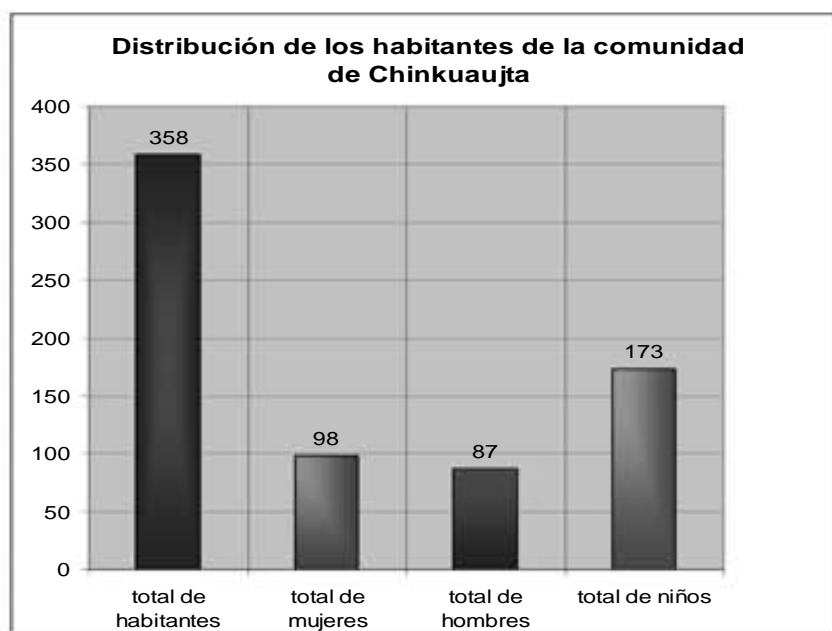


² Municipios de Puebla de acuerdo a sus regiones económicas

³ Mapa donde se ubica Cuetzalan de Progreso, San Miguel Tzinacapan y Chilkuaujta

VI.1. ESTUDIO SOCIODEMOGRÁFICO

Chilkuaujta es una comunidad ubicada entre el municipio de Cuetzalan de Progreso y San Miguel Tzinacapan, consta de 358 habitantes, las cuales son 98 mujeres, 87 hombres y 173 niños⁴ (censo poblacional realizado por el profesor y director de la primaria de Chilkuaujta en octubre del 2006).



El censo realizado por el director se hizo con la finalidad de saber el nivel de estudios de la población (en primera instancia), otro de los objetivos de este censo es tener información sobre las personas que viven en esta comunidad. Tomando en cuenta los datos de dicho censo, se puede decir que el 36.6% de la población total de la comunidad de Chilkuaujta no estudiaron, el 39.3% solo estudiaron primaria (pero no todos la concluyeron), el 16% estudió hasta nivel secundaria, el 6.1% de esta población estudió hasta nivel bachillerato y solo el 2% estudiaron a nivel licenciatura. Por ello los hombres se dedican a la siembra, las mujeres a las artesanías y los niños generalmente les ayudan a sus padres en el campo o en la venta de las artesanías. Durante la realización del censo la mayoría de las mujeres refirieron dedicarse al hogar lo cual incluye las artesanías y el cuidado de los hijos, así como la cría de algunos animales como son: los pollos, puercos, gallinas, algunas ocasiones vacas y caballos.

⁴ Es importante destacar que el profesor realizó dicho censo sin apoyo de las autoridades municipales. Esta comunidad desapareció del INEGI hace más de 5 años, ya que no aparece en los archivos de dicha institución y mucho menos en la presidencia municipal de Cuetzalan. Por ello se le agradece el apoyo prestado para esta tesis.

Constitución familiar y economía

Las familias son integradas generalmente por ambos padres y un promedio de 3 hijos por familia, sin embargo, cerca de la casa de la familia nuclear, viven los abuelos y los tíos. Algunos padres de familia dejan a sus hijos al cuidado de la madre ya que emigran a la ciudad de Puebla, al Distrito Federal o a Estados Unidos. Algunas mujeres emigran buscando trabajo en alguna de las ciudades cercanas y dejan a sus hijos al cuidado de las abuelas; sin embargo, este suceso sólo ocurre cuando el niño se ha destetado y el retorno a su lugar de origen ocurre en las madres alrededor de un año y de los hombres, alrededor de 3 a 5 años. La migración de ambos padres se ve acompañada por la necesidad económica, por lo tanto, parte del dinero que ganan en las urbes a donde llegan, lo destinan a sus hijos y familiares, ya sea para comida, para ponerle techo, piso de concreto a sus casas, comprar medicinas, ropa, etc. Los hijos varones mayores emigran de su comunidad hacia la ciudad de México o a Estados Unidos buscando una solución a la pobreza extrema en la que se encuentran, ellos también constituyen un pilar para la economía de sus familias, ya que ayudan a la manutención de su familia nuclear. La mayoría de los jóvenes que salen de sus hogares, regresan dos o tres veces al año, generalmente lo hacen en las fiestas patronales del pueblo o en los cumpleaños de las madres o a pasar las fiestas decembrinas. Generalmente los jóvenes regresan a casarse con alguna muchacha de su comunidad y al paso del tiempo regresan a vivir de la agricultura, las artesanías y el cuidado de algunos animales.



Tradiciones, salud y maternidad

Las tradiciones tales como la danza, los cantos, las fiestas, la mayordomía, son transmitidas de generación en generación.



Danza tradicional de los niños hacia el nacimiento del niño Jesús (La danza de los Negritos)

El cuidado de la salud está dado a los hierberos, hueseros, curanderos y parteras; ellos atienden cualquier tipo de enfermedades como gripas, diarreas, susto, mal aire, pérdida de leche, dolores musculares, caídas, fracturas. Las parteras tienen a su cargo el cuidado del embarazo, durante este periodo, les recomiendan que se quite el brassier a los seis meses de gestación y se den masajes con aceites y hierbas, además de darle masaje al pezón para que se erecte; durante el parto, les dan a escoger a las madres la postura en las que quieren parir, ya sea en cuclillas, colgadas de las manos tomadas por un tubo o encuclilladas apoyándose por un tubo. La partera (tíctitl) recibe al niño sentadas en un banco frente a la madre, la madre se sube en una colchoneta ahí se deposita al niño, inmediatamente se les da al niño para que comience a mamar, eso ayuda a que la madre expulse la placenta, después se llevan al niño a limpiar mientras la placenta es enterrada afuera de la casa; inmediatamente después se mete a la madre al temascal, ahí es limpiada y después se le lleva a acostar con su hijo y la partera se queda ahí hasta que la madre se sienta mejor, a veces pasan la noche con las madres.

Los motivos de consulta más comunes del hijo durante su lactancia con los médicos tradicionales son:

- 1) Diarreas
- 2) Gripa
- 3) Empacho
- 4) Caída de mollera
- 5) Susto

6) Mal de aire

7) Enlechado

8) Embarado



Médico tradicional limpiando el altar para la fiesta de la mayordomía

El empacho se caracteriza por que los niños sienten algo pegado en el estómago, presentan vómito y diarrea; el susto se caracteriza por que los niños se espantan pero se quedan con el “susto adentro” y les da diarrea, gripa, dolor de cabeza, se les quita el hambre o se ponen chillones; cuando los niños salen mal tapados o hay mucho viento (Ejécatl) les entra un mal aire y se enferman de gripa, tos y fiebre. Cuando el niño comienza a no dejarse tocar el cuerpo y chilla de todo entonces el niño está embarado.

Pero cuando el niño está enlechado, entonces las madres se dan cuenta que sus hijos comienzan a tener un aliento agrio y en el momento de defecar, el niño comienza a arrojar bolitas blancas. Esto sucede generalmente cuando la madre se expone a diferentes cambios de temperatura, por ejemplo, sale por la leña, luego calienta tortillas y después le da de mamar a su hijo, entonces la leche “se corta” y le cae mal al bebé.

El médico de la casa de Salud del San Miguel Tzinacapan, donde acuden algunas de las personas de la comunidad de Chilkuaujta, menciona los siguientes motivos de consulta:

1. Infecciones respiratorias agudas
2. Asma bronquial
3. Enfermedades diarreicas agudas
4. Parásitos
5. Dermatopatías

Para curar a los niños, los médicos tradicionales (hierberos, curaderos y parteras) utilizan las siguientes técnicas:

a) Diarreas: se palpa al niño y luego se corta una hierba a la cual se le unta un poco de manteca, se envuelve al niño dejándole la hierba y la manteca, se le da un poco de aceite de oliva con sal, suerito de arroz.

b) Gripas: se les da un mejoralito con un té de canela, ajo, hoja de higo y miel, se le envuelve bien y se le da una rodada en el suelo (apaleada).

c) Empacho: se les da una friega con aguardiente en todo el cuerpo, se les da una sobada y se les una pomada, luego se les jala la piel de la columna vertebral y si truena quiere decir que estaba empachado y ya se va a curar.

d) Caída de mollera: ocurre cuando los niños se caen o no se les da mucha agua, por lo tanto se cura de la misma forma que el susto y con líquidos.

e) Susto: se les unta hierbas para el susto, se les da una apaleada (rodar en el piso con una cobija), se les soba y luego se vuelven a untar hierbas para el susto.

f) Mal aire: se les da un desenfriolito, se soban y luego se tapan con una cobija todo el cuerpo.

g) Enlechar: se revienta un huevo y se le quita la yema. La mamá se saca la leche y llena hasta la mitad el huevo, se pican tres manitas de cebollina, tres ramitas de hierba buena y un poco de sal, todo esto se revuelve con un poquito de azúcar, se saca el escombro del fogón y en la ceniza del mismo, se pone el cascarón del huevo a calentar con todos los ingredientes, ya que hirvió, se saca para enfriar, se le da un poco al niño para que lo tome y el resto se le unta en el ombligo y se faja con su ombligüero o su fajero.

h) Embarar: se les amarran las manos y se pone una cobija en el piso y se ruedan los niños, una persona de un lado jala la cobija y el curandero del otro lado, después se les frota el cuerpo con aguardiente, se tapa al niño y toma un desenfriol o un mejoral.

El motivo de consulta frecuente de las madres que acuden a los médicos tradicionales son la pérdida de leche o dolor de los senos al lactar por exceso de leche y agriar la leche, este sabor se da por el cambio de temperatura que tiene la madre en sus diferentes actividades.

La pérdida de leche se cura sobándose de forma uniforme con sajo de la espalda hacia abajo y para que se les vaya la leche es con sajo hacia arriba

Agriar la leche se previene y/o se cura comiendo un taco con sal en el momento de quitarse de la lumbre cuando están haciendo la comida. Ya que de no hacerle de esta

manera, las hormigas se llevarán la leche y la mujer perderá la forma de alimentar a su hijo.

Se realizó una entrevista a la partera llamada Ma. Luisa Ocotlán Amable, la cual tiene 35 años, es originaria de Ayotzinapan y es promotora de Salud del IMSS y médico autorizada por su comunidad. Está certificada por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) y por el Hospital de Médicos Tradicionales. Ella cuenta con varios años de experiencia como partera, ya que desde los 19 años practica esta profesión y actualmente tiene 35; su madre y su abuela le han enseñado todo lo que sabe, ella prepara medicinas y hace ungüentos, pertenece a la Sociedad de Solidaridad Social de Médicos Tradicionales Indígenas de la Sierra Norte de Puebla “Masehualpajti”. Ayudó a formar un grupo de 30 parteras, las cuales se fueron porque no las trataban bien en el hospital integral y actualmente atienden en sus casas. Ha tomado cursos en la SSA y en el IMSS ya que tiene que certificarse ante la SSA, por ello sabe inyectar, tomar la presión, vacunar, checar la respiración, etc. Las parteras atienden los partos de cuclillas, ya que es más fácil para la madre y casi no le duele, limpian al niño una vez que ya salió y enseguida se lo dan a la madre para que lo alimente, si no lo hacen le hace daño a la mamá. Después de darle de comer al hijo, le dan un té de hierbas que se prepara especialmente para las mujeres que acaban de finalizar el trabajo de parto, se les baña en el temascal y se les faja; al tercer día está lista para seguir. Las madres dan de lactar al niño alrededor de un año o hasta que nazca el siguiente niño, Ma. Luisa recomienda a las mamás darles de comer al niño mucha leche materna ya que les ayuda a crecer fuertes, casi no se enferman y a las mamás no les da el sueño de la muerte, el cual consta en quedarse dormidas después de parir y se mueren. Algunas ocasiones cuando no hay médico presente la partera realiza toda la labor. En ocasiones cuando la embarazada no puede ir hasta el hospital o el centro de salud, le avisan a alguna partera y ellas se trasladan hasta donde se encuentra la madre y practica la labor de parto, si el bebé viene chueco o volteado, se les coloca una manta debajo de la cintura hasta cubrir la cadera y se le mueve a la mamá para que el niño se acomode. Algunos médicos les piden ayuda en algunos partos y ellas los realizan. Ma. Luisa también es curandera y lo aprendió de su abuela y su madre, realiza algunas limpias y curaciones como sobadas o males de aire, diarreas, resfriados y prepara medicinas y las vende, como son pomadas, ungüentos para el frío, etc. Cuando las mujeres van a causa de una violación les da un te que les purga (Ocotlán Amable 2006).

El temascal ha sido considerado como procedimiento curativo durante muchos años. Tiene la protección de Toci, la abuela, por ello se llama Temazcaltoci (Viseca, 1992 p. 36-58); ahí se purifican los cuerpos y las almas sacando las sustancias que enferman; solo así se restaura el equilibrio⁵. Viseca comenta en su libro de Medicina tradicional que en la última etapa del embarazo hasta después del parto, eran comunes los baños dentro del temascal.

Historia de los servicios de salud

Esta comunidad cuenta con una clínica del sector salud, la cual una está prácticamente abandonada debido a la falta de médicos alópatas, la clínica de salud más cercana se encuentra en la comunidad San Miguel Tzinacapan, la cual se llega en camión desde Chilkuaujta y su recorrido dura alrededor de 10 o 15 minutos por el estado de la carretera, o desde la carretera se puede caminar y el trayecto dura alrededor de 10 minutos. Esta clínica es de primer nivel, lo cual significa que es solo de atención básica, es decir solo cuenta con material y medicinas (en el mejor de los casos) para atender enfermedades estacionales como son respiratorias y diarreicas, también se atienden picaduras de serpiente, sin embargo no se cuenta con el suero adecuado para los diferentes tipos de serpientes. Cuentan con medicina como naproxeno, aspirina, paracetamol; en algunos casos cuando el municipio de Cuetzalan los apoya a causa de la falta de medicamentos, los médicos piden antiépilépticos y medicamentos de urgencias, en algunos casos especiales les han surtido ketorolaco para las hemorragias en los partos. El gobierno de Cuetzalan aporta 1000 pesos al mes para medicamento. La clínica cuenta con una médico general que la población llama “la doctora” y un medico pasante. La consulta no se cobra, si el medicamento es muy caro entonces se les proporciona (si se tiene) y se les pide que lo repongan; los medicamentos se compran en las farmacias similares o en la farmacia “Ocotlan”, ya que ahí son más accesibles los precios; sin embargo para llegar a dichas farmacias hay que trasladarse hasta Cuetzalan, los médicos les hacen saber el precio antes, sin embargo ya que la mayoría de la población vive en pobreza extrema, jamás la compra. Existen mujeres que tienen cáncer cérvico uterino, a ellas se les atiende en Cuetzalan en una clínica mixta, la cual cuenta con medicina alópata y medicina tradicional (hierberos, curanderos, hueseros y parteras); en esta clínica se les atiende y como es una de segundo nivel, no se les puede

⁵ Es importante destacar que la cosmovisión de los prehispánicos da como resultado que la enfermedad sea un desequilibrio entre el alma y el cuerpo, el cual ayuda a que entre cualquier espíritu que quiera dañar o que tenga demasiado poder y que rompa este equilibrio entre el alma y el cuerpo.

operar ya que no cuenta con material quirúrgico especializado, simplemente se les pide que se anoten en una lista para que cuando lleguen los médicos de Puebla (los cuales llegan una vez al mes y son médicos especialistas) éstos les puedan dar tratamiento y seguimiento a su caso. El servicio que prestan los médicos de Puebla es un servicio gratuito, sin embargo, varias personas de la comunidad refieren que han tenido que pagar para que los puedan operar de la vista o de algún otro padecimiento.

El Hospital mixto se encuentra en Cuetzalan, este proyecto de hospitales mixtos ha pasado por varias etapas, en primera instancia en 1958 la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) crea un Hospital Rural que prestaba atenciones de primer nivel y algunos de segundo. La siguiente etapa que comprende de 1978-1989 la SSA entrega al INI (Instituto Nacional Indigenista) para continuar con el proyecto de salud a los mexicanos sin seguridad social (incluyendo a los indígenas), el personal médico del INI lo reinaugura como “Hospital de Campo” del Centro Coordinador de Zacapoaxtla; la siguiente etapa abarca de 1990-2000, cuando Arturo Warman director del INI en 1990 y Carlos Zolla subdirector de Salud del INI, deciden ampliar el hospital y propician la creación de médicos tradicionales (curanderos, parteras, hueseros), para lo cual forman alrededor de 120 terapeutas los cuales daban consulta todos los días, con ello, crean el Centro de Medicina Tradicional llamado *Masehualpajti*. Para 1994, con la entrada de Salinas de Gortari, el presupuesto fue reduciéndose cada vez más; esto trajo como resultado que a los médicos tradicionales ya no se les pudiera ayudar con recursos para las consultas, el equipo de trabajo y el recurso humano comenzó a escasear, por lo tanto las consultas disminuyeron a solo jueves y domingos (que son los días de mercado). Dado la crisis económica por la que se encontraba el Hospital, el INI decide gestionar con la Secretaría Estatal de Salud y ésta logra un financiamiento del Banco Mundial. A partir de enero del 2000, la Secretaría Estatal de Salud se hizo cargo del hospital transformándolo como Hospital Integral, lo cual dejaba a un lado el objetivo de Hospital mixto. Esto trajo cambios radicales para los médicos tradicionales de Puebla, ya que el presupuesto estaba solamente designado para la medicina alópata y no se les tomaba en cuenta a los médicos tradicionales:

... como ahora ya cambiaron, como ya no es INI, es sanidad y casi no quieren trabajar con nosotros. (huesero de Cuetzalan)...

Para el 15 de junio de 2001, el Plan Puebla Panamá (PPP) fue aprobado por el presidente; por ello el gobierno de Puebla abre sus puertas al ecoturismo y toma la

iniciativa de construir un nuevo Centro de Medicina Tradicional en Cuetzalan (en un terreno propiedad de los terapeutas tradicionales) llamado **Masehualpajti**, dicho centro se encuentra cerca del hospital y jamás se terminó de construir por falta de presupuesto (Duarte G. y Brachet M., 2004 p. 388- 390).

Actualmente el Hospital Integral de Medicina Tradicional, el cual es denominado así a partir del 2003 a la fecha, cuenta con un área que se encuentra en la parte trasera del Hospital alópata junto al estacionamiento y la lavandería. El acceso a esta parte del hospital es muy diferente ya que hay que pasar a ventanillas del Hospital y después con la seguridad del hospital para poder registrarse y tener acceso a los consultorios tradicionales. Una vez adentro, un policía pide el registro en un libro y después se da el acceso a los médicos, indicando que subiendo la rampa se encuentran los consultorios.

En la entrada se encuentra un pasillo que si se observa del lado derecho se encuentran unos ventanales y un patio chico con algunas plantas de ornato y en los muros hay unas pinturas de madres indígenas dando de amamantar a sus hijos o lavando ropa; del lado izquierdo se encuentra un mapa pegado a la pared con una mica, en el cual se encuentran localizados con tachuelas rojas o verdes a los médicos tradicionales y los alópatas que se encuentran en el área. Inmediatamente después se encuentra una oficina, la cual cuenta con dos escritorios, una báscula y una vitrina con medicinas que tiene el sello del sector de salud (se puede notar que son alópatas), en la pared saliendo de la oficina, se encuentran los horarios de los médicos tradicionales y su especialidad. En el siguiente cuarto se encuentra un temascal que tiene una conexión con la sala de recuperación y un baño, el siguiente cuarto es la sala de parto, inmediatamente después se encuentra una farmacia y al fondo un consultorio, el cual está conectado al pasillo principal y a la mitad de éste se ubica al fondo del lado derecho un cuarto enorme con varias camillas.

VIII. MÉTODO

El presente proyecto se realizó tomando a la etnografía como método, ya que esto me permitió realizar una investigación participativa realizando entrevistas a profundidad con asociación libre y semidirigida, para lograr esto, me adentré a la comunidad dejándome sociabilizar por la misma, cuidando no hacerme parte de la comunidad, si no hacer una investigación sobre las madres que lactan o han lactado en Chilkuaujta. Para lograr este objetivo, realicé varias visitas durante un año las cuales variaron desde una o dos veces al mes adentrándome alrededor de una o dos semanas en cada visita.

Las primeras visitas se realizaron con el objetivo de ayudar a colocar invernaderos, biodigestores, dar pláticas a los jóvenes de la comunidad. Durante esas visitas la comunidad me permitió adentrarme a sus creencias y fiestas tanto de la comunidad como familiares. Con ello tuve una mayor facilidad al momento de realizar las entrevistas ya que las señoras estaban acostumbradas a mi presencia en diferentes situaciones, es por eso que las entrevistas se realizaron en la casa de las señoras originarias de la comunidad de Chilkuaujta Municipio de Cuetzalan en la Sierra Norte de Puebla. En estas entrevistas las señoras me permitieron adentrarme en su vida haciéndome partícipe de sus emociones.

Para el análisis de resultados utilicé el método cualitativo en las entrevistas realizadas a madres de la comunidad de Chilkuaujta, el cual se realizó clasificando por temas las entrevistas, obteniendo porcentajes de los mismos.

Las señoras entrevistadas son madres de tres y cuatro hijos respectivamente, son amas de casa, lo cual dentro de la comunidad implica cuidado y crianza de los niños, cuidado de animales domésticos como pollos, cerdos, gallinas y la siembra dentro de su casa en el invernadero.

Antes de comenzar a entrevistar a las madres, me adentré a sus creencias, a su estilo y forma de vida. Durante mis diferentes visitas llevaba cámara fotográfica y de video. Les pedí permiso para utilizar la grabadora, la cual era colocada en la mesa o cerca del lugar donde platicábamos.

Las entrevistas se realizaron utilizando una grabadora tocando los siguientes temas.

Nombre

Total de hijos

Diferencia de edades entre los hijos

Método anticonceptivo

Tipo de parto

Preparación de los senos para lactar

Tiempo que pasó para amamantar a su hijo después del parto

Tiempo de lactancia

Horario de lactancia

Lactancia exclusiva

Lactancia no exclusiva

Sensaciones al lactar

Molestias al lactar

Método para evitar molestias al lactar

Emociones para su hijo mientras lo lactaba

Método de destete

Emociones al destetar

Objetivo General: Conocer los aspectos clínicos de la lactancia materna de la comunidad de Chilkuaujta en la Sierra Norte de Puebla.

Objetivo Específico: Conocer las sensaciones que tienen madre-hijo en el periodo de lactancia. Conocer durante cuanto tiempo se lacta a los niños de la comunidad de Chilkuaujta. Conocer las sensaciones de la madre al momento del destete y las diferentes formas de llevar acabo el mismo. Conocer si las madres de la comunidad de Chilkuaujta tienen algún horario para lactar a sus hijos. Conocer si las madres de la comunidad de Chilkuaujta preparan de alguna forma sus senos para la lactancia. Conocer si las madres de Chilkuaujta llevan a cabo una lactancia exclusiva. Conocer si las madres combinaban la lactancia y con que la combinaban.

IX .RESULTADOS

Como se menciona anteriormente, la población de Chilkuaujta cuenta con 358 habitantes, de los cuales 98 son mujeres y 87 hombres; tomando en cuenta que de esas mujeres el 10% de ellas han tenido hijos y que el promedio de la familia nuclear es alrededor de 3 personas, las entrevistas se realizaron a 5 mujeres, las cuales dan un resultado total de 16 hijos.

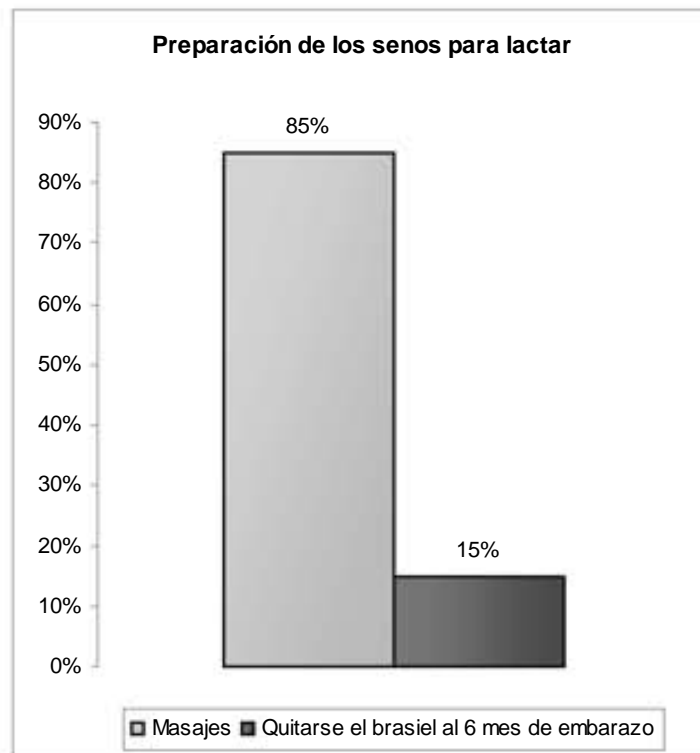
De estos 16 hijos lactados, se encontró que al 88% de la población tiene una lactancia inmediata, solo el 12% restante no la tiene. La lactancia inmediata se debe a que las mujeres fueron atendidas por parteras en el Hospital Integral de Cuetzalan; Doña Mica partera de dicho Hospital argumenta lo siguiente respecto a la lactancia inmediata:

“...entonces pus ya al niño le sacamos rápido las flemas y luego luego se lo damos pa que se enchufen, eso la apoya pa que salga la placenta. Y ya se pegan a la chichi y ya la limpiamos y ya. Cuando chupa, la placenta baja y así no sangran tanto”

El 100% de las mujeres de esta comunidad preparan sus senos para lactar dando masajes en forma circular, solo el 15% de ellas se quitan el brasier a los 6 meses de embarazo y giran el pezón para endurecerlo. Esto se puede ver claramente el siguiente gráfica.

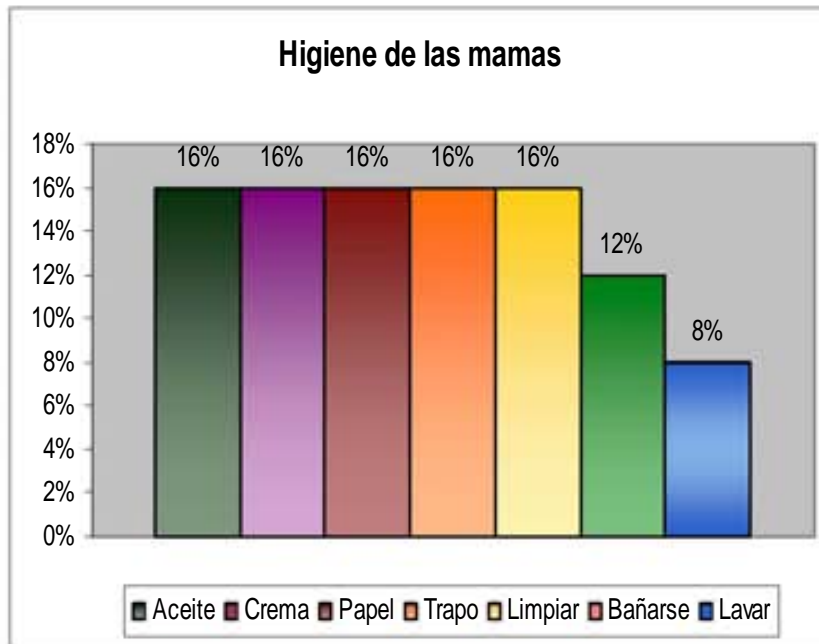
Doña Micaela comenta como prepara sus senos para lactar:

“...ya en el embarazo de 6 meses, ya me quito el brassier, sabes porque?, porque cuando tienen el brassier, el pezón se hace así, se mete pa dentro y no puede suspirar porque lo tienen amarrado y ¡ no! Ya hay que soltarlo pa que todos los días se le de masajito, sabes porque? Para que ya esté siendo punta, ya que se esté juntando.”

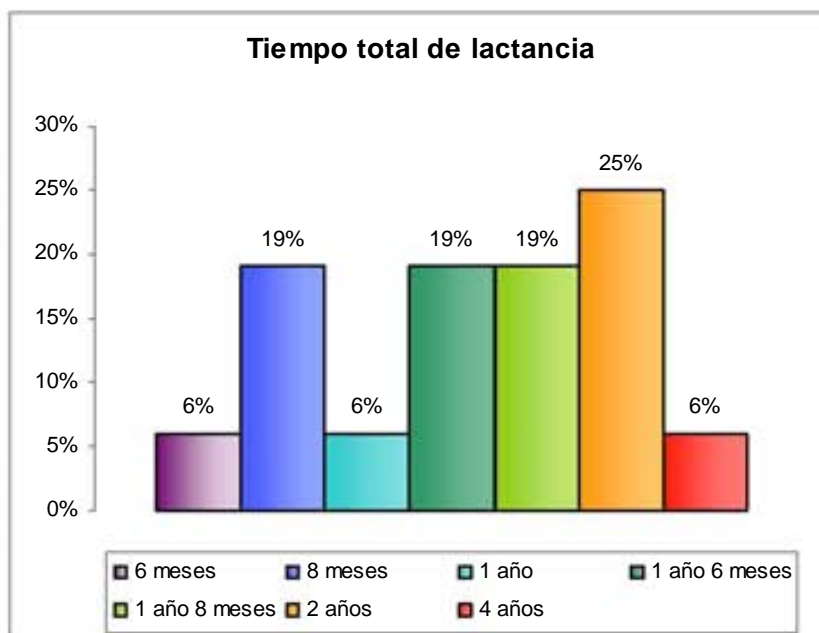


La higiene que llevan a cabo el 80% de las mujeres en sus senos consta de limpiarse con un trapo, limpiarse con papel, limpiarse con cremitas y aceite; el 12% utiliza el aseo completo, es decir, aprovecha el baño para poder limpiar sus senos y el 8% solo se lava el seno.

Se encontró que el 50% de los hijos lactados son hombres y el restante mujeres.



Se puede observar también que el tiempo de duración de lactancia promedio es de 1 año 6 meses, es decir, solo el 6% de las mujeres que lactan a sus hijos lo hace durante 6 meses; el 19% lo hace durante 8 meses; el 6% lacta durante 1 año; 19% lo hace durante 1 año 6 meses; otro 19% de las mujeres de esta población lacta a sus hijos durante 1 año 8 meses; el 25% de las mujeres lacta por 2 años y por último, el 6% de la población restante, lacta a sus hijos por 4 años.

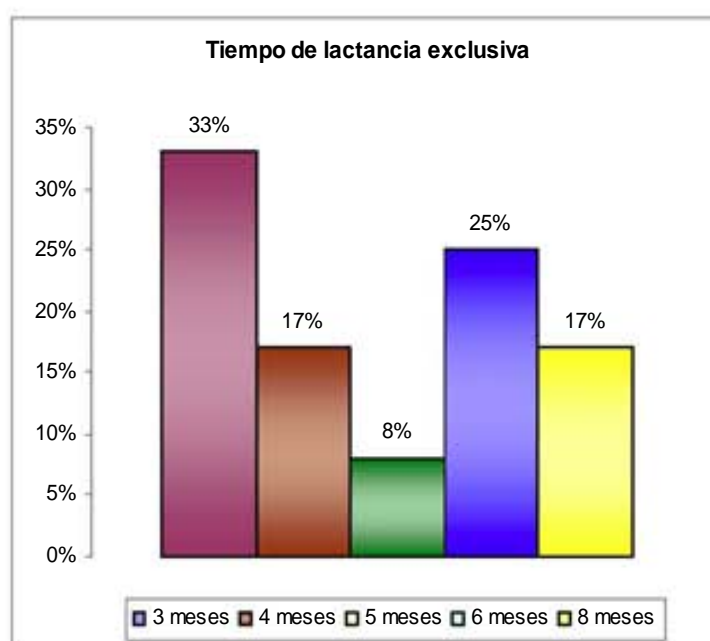


Tomando en cuenta que a partir de los 3 meses el 33% de la población lactó leche materna exclusivamente, el 25% lactó exclusivamente solo por 6 meses; se puede decir que la lactancia no forma parte de la dieta básica de un niño de esta comunidad si no que la lactancia forma parte fundamental del vínculo entre la madre y el hijo.

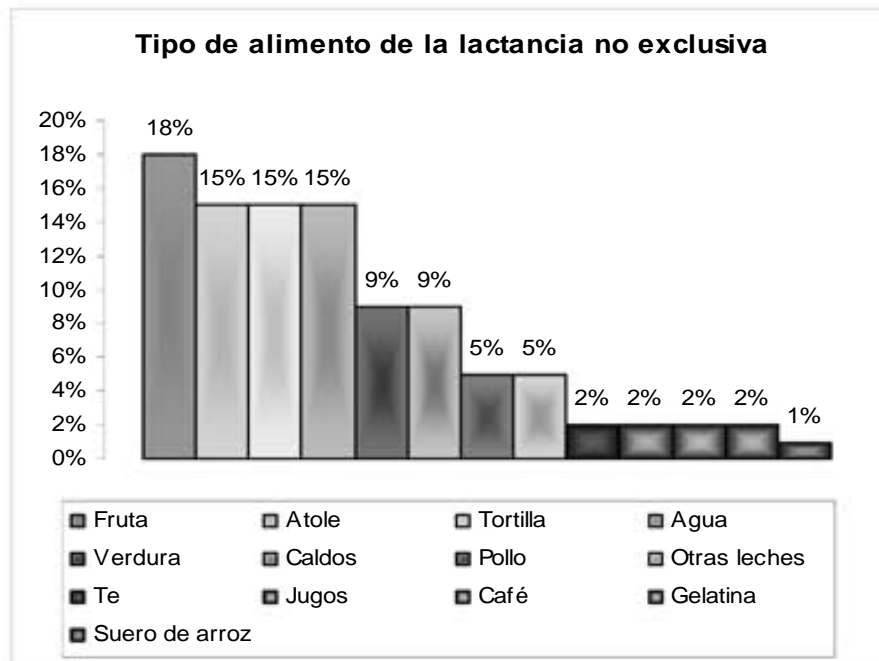
Doña María Luisa dice lo siguiente con respecto a la lactancia con su primer hijo:

“Lo puse a que mamara y si luego agarró y yo ya estaba queriendo a mi hijo”.

“... le voy a dar pecho delante de ustedes y si mamaba, le daba gusto de que le doy de mi chichi...”



Como se puede observar en la gráfica siguiente, la lactancia no exclusiva comienza con diferentes alimentos a los tres meses, el 18% de las mamás comienzan incluyendo en la dieta las frutas, ya que es un lugar donde se puede sembrar fácilmente plátano, papaya, mamey y naranja; el 15% de la población tiene como prioridad incluir dentro de la dieta la tortilla remojada con caldo (de pollo, de frijol), atoles y/o agua de sabor como puede ser limón y jamaica.



La señora Carmelita comenta lo siguiente al respecto:

“nosotros siempre acostumbrábamos a comer con ellos pus luego comíamos y de lo que comíamos les íbamos convidando, les remojábamos la tortilla en el caldito de frijol y así lo iban probando”

Doña Micaela, partera del Hospital Integral de Cuetzalan argumenta lo siguiente:

“Acá, unas van haciendo atoles, agua con limón o agua de jamaica, plátano, naranja”

Se puede observar que el 15% de la población les incluye diferentes tipos de leche, por ejemplo de vaca, de burra o de borrega dependiendo de los animales a los que se tenga acceso.

Doña Carmen menciona lo siguiente:

“ Mi Carmelita llegaba con su pocillo ahí donde estaba ordeñando y me pedía lechita”

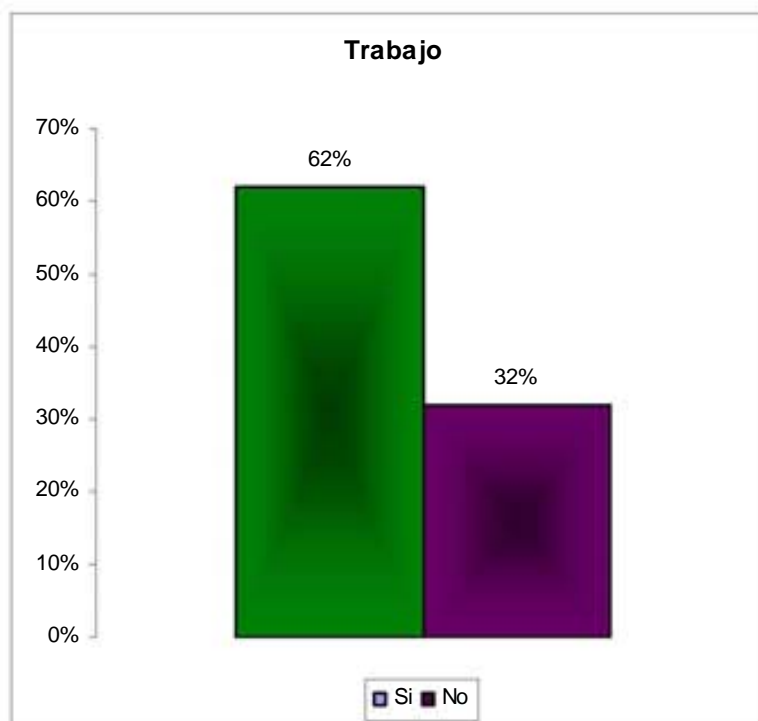
Dentro de la lactancia artificial, se puede observar que el 81% de las mamás, continúan la lactancia sin utilizar mamila, es decir la leche es servida en pocillo (taza). El acceso a las mamilas es muy escaso, solo se puede acceder a ellas en los hospitales o en Cuetzalan, sin embargo la economía de la comunidad no es suficiente para acceder a ella, por ello se encontró en los 16 casos lactados que el 54% son los niños los que prefieren tomar leche en pocillo y el 46% restante son niñas que no quisieron tomar con pocillo. La población que tuvo acceso a la mamila fue el 37% y de este porcentaje, solo el 19% utilizó leche de fórmula, el 81% restante utilizó leche materna.

Dado que la situación económica en la comunidad es poco favorable, ya que se encuentra en pobreza extrema, la mayoría de las mujeres se dedican al trabajo y a la crianza de los hijos, dicho trabajo incluye artesanías las cuales venden en Cuetzalan, algunas cuentan con invernaderos, a la crianza de algunos animales como son pollos, gallinas, puercos; por ello el 62% de estas mujeres se dedican a estos trabajos y el 32% restante solo se dedica al cuidado de los hijos, ya que sus maridos no las dejan trabajar mientras lactan.

Doña Ocotlán comenta al respecto lo siguiente:

“...cuando les daba de comer pues no hacía nada más, solo los atendía y pus es que mi esposo, pus es que antes no había tanta apertura, pus uno tenía miedo a sus esposos porque pus no les vayan a decir cosas o chismes y pus uno se queda en su casa y pus cuidando a los hijos.”

A pesar de estar laborando las mamás se las ingenian para seguir lactando a sus hijos, los cargan en el mecapan y se los llevan a vender o a sembrar. Algunas de ellas, dejan al niño sentado mientras venden o terminan de recoger o seguir sembrando.



El 100% de las mujeres entrevistadas argumentan sentir que la leche se mueve o se encamina cuando el niño ya tiene hambre, comentan que a pesar de estar lejos de ellos sienten como ya su hijo tiene hambre.

Las siguientes mujeres explican con sus palabras lo anterior:

Señora Carmelita:

“...cuando el niño tiene hambre, su cuerpo bien que lo siente porque por ejemplo empieza a escurrir la leche solita, usted haga de cuenta como que si solita se mueve, haga de cuenta que se empieza a mover en su pecho la leche... usted puede estar como ahorita aquí y el niño puede estar en otro lado, pero usted dice ijole como que el niño ya tiene hambre, y si porque la leche ya esta caminando”.

Señora Ma. Luisa:

“...yo sentía como que se me bajaba la leche como algo caliente hasta después ya se empieza a regar la leche, si y ya le digo a mi mamá le digo, ya pobre de mi hijo le digo, ya tiene hambre, ya tiene rato que lo dejé”.

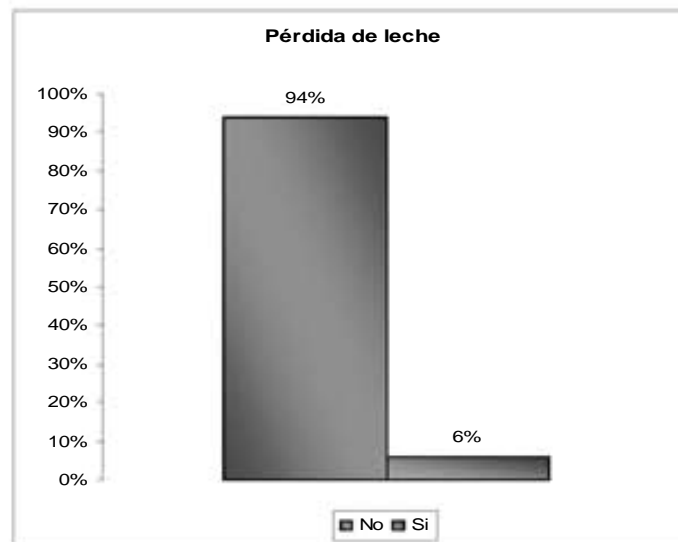
El 100% de las mujeres argumentaron dar a sus hijos de lactar en el momento que ellos quisieran o lo pidieran (libre demanda), también aseguraron que a pesar de que los doctores les recomendaban lactar cada 2 horas o cada 3 horas, ellas no seguían las indicaciones ya en varias ocasiones se llenaban antes de leche o sus hijos no querían mamar.

Doña Carmen dice lo siguiente:

“...pero no porque luego por ejemplo cuando yo le quería dar de comer, pues él no quería... no se puede llevar el horario que dice el doctor porque su cuerpo no se lo admite, por que él haga de cuenta que si el doctor le dice dale de comer a las seis de la mañana y le vuelves a dar a las siete y así van creciendo no? Y ya cada tiempo, pero pues no porque por más que se pegue uno al niño es difícil que se encamine la leche”.

El 50% de las mujeres entrevistadas aseguraron no haber sentido ningún malestar al lactar, la otra mitad argumentó que si lo había sentido.

El 94% de las mujeres aseguran no haber perdido la leche y solo el 6% de ellas aseguran que la perdieron, sin embargo, dado la situación socio-económica que gira en torno a dicha comunidad, las mujeres han encontrado diferentes técnicas o métodos para que la leche no se les vaya y de ser así, que regrese lo más pronto posible; ya que una mujer que no lacta a su hijo da indicios de no quererlo.



Las siguientes señoras comenta lo siguiente cuando se les ha ido la leche:

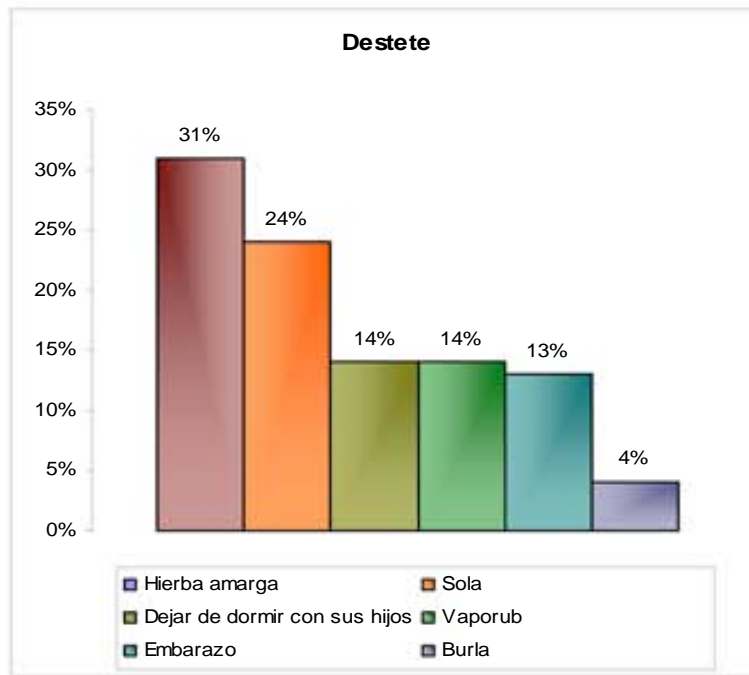
Doña Carmen:

... Mi pá y mi má me decían que porque, que les diera yo de mamar que por eso tienen mamá ¿acaso son huerfanitos?...

Señora Carmelita:

... ya no tengo leche y la niña ya busca, no comadre dice, pus no hay de otra, llámatela, llámatela, ¿y cómo pues?, llámatela con sajo y sóbate así calentito parejito así y mañana tienes harta leche.

El 31% de las mamás han utilizado hierbas amargas para destetar a sus hijos, el 24% argumenta que sus hijos han dejado de mamar solos, el 14% menciona que la forma en que han destetado a sus hijos ha sido dejando de dormir con ellos, el 13% menciona que dejan de darle de mamar a su hijo cuando se dan cuenta que están embarazadas y solo el 4% ha implementado la burla para poder destetar, estos resultados se pueden ver claramente en la siguiente gráfica.



Las madres comentan lo siguiente respecto a la forma de destete:

La señora Carmelita comenta:

“...le poníamos cosas amargas para que dejara el pecho entonces le poníamos ajeno, cosas amargas”.

Doña Carmen comenta:

“yo le daba y como que ya no le gustó y hacía su boca como que ya no quería chichi igual aquel también, ellos solitos dejaban la leche y ya no quería pecho”

La señora Ma. Luisa comenta lo siguiente:

“ya yo les fui quitando así con algo, le hechaba algo a mi pecho amargo y ya con eso se le quitaba, pero si duerme uno con él ahí estaba agarrando cada que quiera.”

X. CONCLUSIONES

En primer lugar, para realizar un trabajo con la comunidad es imprescindible contar con su aval, por ello los/as psicólogos/as necesitan pedir permiso a las personas que habitan un lugar determinado para poder estudiar en ellas y con ellas, cualquier fenómeno que le interese; por ello fue prioritario hacerme mi presencia regular y habitual logrando que la comunidad pudiera abrirse y hacerse accesible a mis preguntas, ayudándome a entender la forma en que debía preguntar y acercarme a ellas; estas entrevistas “semi dirigidas” fueron el instrumento que permitió que las madres pudieran expresar libremente su experiencia sobre la lactancia.

Este trabajo se realizó durante dos años y se obtuvieron las siguientes conclusiones: La variabilidad en la edad de las mujeres no incidió en ninguna de las formas de amamantamiento, cuidado y preparación de los senos, forma de destete, lactancia no exclusiva y exclusiva.

Todas las mujeres de la comunidad de Chilkuaujta ubicada en la Sierra Norte de Puebla, que fueron entrevistadas parieron con ayuda de las parteras y por lo tanto, su hijo les fue entregado inmediatamente después del parto para que comenzaran a lactarlo. Esto lo realizan con la finalidad de evitar el “sueño de la muerte”, que según refieren se presenta en las madres que no les dan a sus hijos inmediatamente para que lo amamante. La lactancia libera oxitocina en la madre promoviendo las contracciones uterinas y como consecuencia evita las hemorragias, que pueden provocar que la madre se desangre y muera. Además le ayudan a expulsar la placenta después del parto.

Las mujeres de esta comunidad, fomentan el cuidado de los senos para la lactancia antes y durante este proceso, lo hacen mediante la tradición oral trans-generacional donde intervienen las madres y las abuelas, así como las hermanas mayores, la suegra y las tías, además de las parteras, los curanderos, hueseros y diversos médicos tradicionales que incluyen la herbolaria, promovida por las parteras. Esta tradición se basa en dar masajes en el pezón de forma circular para ayudarle a que se endurezca y la lubricación de la piel por medio de aceite, crema, la cual es preparada en algunas ocasiones por las parteras o hierberos.

Estas mujeres son alentadas a continuar, de forma natural, con la lactancia a sus hijos, ya que para la comunidad constituye la mejor forma de acercamiento entre el hijo y la madre. Por su parte, los padres apoyan esta práctica de alimentación ya que dentro de la comunidad se considera una forma de demostrar que el hijo es de ella y que el padre sostiene las redes sociales que apoyan a su hijo(a).

Como se puede notar en los resultados, la lactancia exclusiva no es la base de la alimentación de los hijos, ya que a los tres meses aproximadamente, las madres comienzan a introducir algún tipo de alimento argumentando que les convidan mientras comen, al inicio de esa nueva dieta las madres relacionan la manifestación de enfermedades tales como empacho, mal de aire, embarazos; sin embargo, a pesar de la enfermedad de los hijos, la madre no suspende la lactancia, sino que combina la lactancia con los métodos curativos tradicionales, los cuales la incluyen explícitamente como parte de los métodos terapéuticos; por todo esto se puede concluir, que la lactancia en esta comunidad, juega un papel fundamental en el vínculo entre la madre y el hijo. Las madres poblanas entrevistadas, duermen con sus hijos y los llevan a todas partes con ellas, por lo cual éstos pueden acceder a la leche materna cada vez que la requieren. Ninguna de las mujeres de esta comunidad reporta pérdida de leche, sin embargo, cuentan con métodos tradicionales en caso de que este fenómeno se presentase.

El promedio de la duración de la lactancia, como se expuso en el capítulo de resultados, es de un año ocho meses, lo cual puede ser el factor que determine que la madre no se embarace hasta que el hijo lactado cuente al menos con un año y medio. Esto, como resultado de la liberación de la Hormona Leuteinizante (HL) que en la medicina occidental es considerada como anticonceptiva, favoreciendo descendencia mejor nutrida y un lazo parental más estrecho. Los padres garantizan su paternidad con el hijo anterior y con el nuevo mediante el apoyo económico que permite a la madre lactar, llevándole alimento, ropa, calzado, etc. mientras dura la lactancia. La familia cercana (de ella, de él o de ambos) apoya a la madre en las labores domésticas o con el cuidado de los hijos mayores.

Las madres de esta comunidad, son flexibles en el horario de la lactancia ya que no cuentan con un horario establecido para amamantarlos.

El tiempo promedio de lactancia de los niños es de 1 año 6 meses, el destete del infante comienza cuando las madres se untan hierbas amargas, chile en los senos,

vaporub o esperan a que el hijo se separe gradualmente y con ello el determine el momento del destete.

Si se separan de su hijo(a) las madres perciben cuando tienen hambre, sintiendo “como que se le viene la leche” (reflejo de eyección) lo que les permite mantener una nutrición adecuada. Cuando se trata del destete definitivo, las mujeres de Chilkuaujta, plantean la separación física del hijo (a), por lo tanto el niño ya no duermen con ellos, ni los llevan a todos lados, además recurren a otros métodos para lograr este difícil objetivo como son, hierbas amargas, pomadas (vaporub) ó un nuevo embarazo.

Los datos recabados nos permiten proponer que la lactancia materna en esta comunidad puede estar asociada a la ausencia de descalcificación, cáncer de mama, desnutrición, una muy baja incidencia en enfermedades respiratorias e intestinales en los infantes, un adecuado desarrollo en talla, peso y procesos psico motrices además del establecimiento de relaciones de apego materno y paterno estables y seguras.

Los servicios de salud pública, se oponen a las prácticas tradicionales de lactancia limitando la lactancia exclusiva a tres meses y la lactancia no exclusiva hasta el sexto mes, argumentado que continuarla después de este tiempo produce infecciones y desnutrición en los hijos.

En la comunidad de Chilkuaujta existen pocas fuentes de empleo. Debido a ello, la mayoría de las mujeres tienen que salir de sus hogares a vender sus artesanías a los lugares turísticos aledaños, las familias de las madres ayudan generalmente al cuidado de los demás hijos y la madre lleva consigo al más pequeño a su lugar de trabajo lo que, de acuerdo al marco teórico, quiere decir que las estrategias de búsquedas de recursos dispersa a los miembros de la comunidad, al mismo tiempo que las formas de trabajo familiares y comunitarias, de tipo cooperativo, permiten mantener la cohesión social.

A partir de lo aquí expuesto, se considera que la psicología mexicana puede aportar conocimientos necesarios para el desarrollo de las ciencias de la salud mediante el estudio de las prácticas naturales de la lactancia como proceso de alimentación y vínculo entre la madre y el hijo. Se propone, también la importancia de rescatar las tradiciones de los pueblos indígenas en la preparación y prevención de patología de la lactancia para lograr el objetivo nacional de promover la lactancia materna como política de salud pública. La investigación psicológica en esta área permitirá que las

madres urbanas sientan menos rechazo hacia la lactancia natural, capacitándolas para beneficiarse y beneficiar efectivamente la salud de ellas y de sus hijos.

XI. BIBLIOGRAFÍA

Aguirre, B.G (1974), Cuijla Esbozo etnográfico de un pueblo negro, Editorial Fondo de Cultura Económica.

Alba, J. (1985), Reproducción animal, Ediciones científicas La Prensa Médica S.A

Arrieta, R. y Cravioto J. (1983), Lactancia Materna, Edición Hospital Infantil de México.

Ayala, F. (1980), Origen y Evolución del Hombre, Editorial Alianza.

Baez, L. (2003), Nahuas de la Sierra Norte de Puebla, pueblos indígenas del México. Museo Nacional de Antropología e Historia.

Barnett, S.A (1981), La conducta de los animales y del hombre. Alianza Editorial.

Botella, J. Ll. (1982), Endocrinología de la mujer (6ª ed.), Editorial científico médica

Bowlby, J. (1998). El apego y la pérdida. Paidós Psicología profunda.

Bowlby, J. (1993).El vínculo afectivo. Paidós Psicología profunda.

Bowlby, J. (1995). Una base segura. Aplicaciones clínicas de la teoría del apego. Paidós Psicología profunda.

Cerrera, P. (1994), Alimentación materno infantil, Editorial Masson Masson.

Comisión de Desarrollo de Indígenas (2006).

Darwin, Ch. (1953), El origen del hombre y la selección en relación al sexo. Editorial Diana S.A.

Delahunty, K. M, McKay, D.W, Noseworthy, D. E. Prolactin responses to infant cues in men and women: effect of parental experience and recent infant contact. *Hormones and Behavior*, Vol 51 Issue 2, Febrero 2007 p. 213- 220.

Derrick, B. J (1974), Nutrición Infantil en países de desarrollo, Ed. Limusa México.

Dewey, (1993), Maternal Weight Loss During Lactation. Dep. of Nutrition, University of California Davis. *American Journal of Clinical Nutrition* 162-166

Duarte, G. M.B, Brachet, M.V, Campos, N. R, Nigenda, G. (2004) Salud pública de México *Políticas nacionales de la salud y decisiones locales en México: el caso del Hospital Mixto de Cuetzalan Puebla* 46: 388-398.

Dobzhansky, A y Stebbins, V. (1983), Evolución, Ediciones Omega SA/Platón 26/ Barcelona 6.

Fernández, C. I (2003) Lactancia en madres europeas, *Internet Journal of Epidemiology* v 5 p 76- 82.

Ferrández de Lee, M.A (1998), La lactancia Materna. Mc Graw Hill Internacional.

Fossey, D (1984) Infanticida of mountain gorillas (*gorilla gorilla beringer*) with the comparative and evolutionary perspectives. Glenn Hausfater and Sarah Blaffer Hyrdy Eds Adine New York.

Grinberg, Z. J (1987), Los Chamanes de México Vol. I Psicología Autóctona Mexicana. Facultad de Psicología UNAM e Instituto Nacional para el Estudio de la Conciencia. Ed Alpa Corral.

Guzmán, S. R. M. E (2001), Prácticas de crianza y alimentación en una comunidad rural. Tesis para obtener el grado de Maestría en psicología general experimental. Facultad de Psicología .UNAM.

Heredia, B. A (2005), Relación Madre-Hijo, El apego y su impacto en el desarrollo emocional infantil. Ed. Trillas.

Hernández, E. y Abel, G. (1986) Historia moderna de Puebla. Editorial Puebla de Zaragoza.

Klauss, M. Kennel, J. (1995) Relación Madre-hijo. Editorial Buenos Aires Panamericana 1995:1-226

Kramer, F. (1993), Disminución de peso tras la lactancia, *Journal of American Dietetic Association*, 93:429-433

Lacerva, V. (1983), Lactancia materna, un manual para profesionales de la salud, Editorial El Manual Moderno SA de CV.

Lagarde, M. (2001), El primer encuentro de la mujer con su hijo. Tesis Doctorado de Antropología física. UNAM.

Lawrence, R. A (1996). La lactancia materna una guía para la profesión médica, Editorial Mosby.

Lothrop, H. (1994), La lactancia natural, Editorial Oniro.

Liga de la leche Internacional (2001), El arte femenino de amamantar, Editorial Pax México.

Lucas, A. M. (1992), Mayor coeficiente de inteligencia en prematuros con leche humana. Editorial Lancet.

Mc. Tiernan A y col. (1986) Evidence for a protective effect of lactation on risk of epithelial ovarian cancer. *Am. J. Epidemi* 1986:124

Maier, R. (2001), Comportamiento animal, un enfoque evolutivo y ecológico. Mc Graw Hill.

- Mason, W. A. (1965) 'The social development of monkeys and apes'. In: DEVORE, I. *Primate behavior. Field studies of monkeys and apes*. New York/Chicago/San Francisco/Toronto/London/Holt, Rinehart and Winston.
- Mellado, C.V. (1994), La medicina tradicional de los pueblos indígenas de México III, Instituto Nacional Indigenista.
- Mendoza, L. E. (2005) Revista de Salud Pública y Nutrición vol 6 no 3.
- Mendoza ,T.V. y de Mendoza, R.R.V (1991), Folklore de la región central de Puebla, Centro Nacional de Investigación Documental e Información Musical “Carlos Chávez” (CENIDIM).
- Morgan, E. (1995) The descent of the child. Oxford University Press. Oxford.
- Morris, D. (1967), El mono desnudo, Editorial Plaza y Janés S.A,
- Moyniam, M. (1960) Some adaptation with help to promote gregariousness. Proceedings of the welfth ornithology. Congress.
- Nelson, R. J. (1996), Psico-endocrinología: las bases hormonales de la conducta, Editorial Ariel S.A Barcelona.
- Ninomiya, J. G. & De Coronado, I. Z. D. (1995), Fisiología humana, endocrinología y metabolismo. Manual Moderno.
- Odent, M. (2003), La científicación del amor, Creavida
- OMS: (1990) Alimentación infantil: Bases fisiológicas. Vol OMS 67. Suple.
- OMS “Declaración de Innocenti” sobre la protección, fomento y apoyo a la Lactancia Materna. Florencia (1990).
- Organización Panamericana de la Salud, oficina regional de la Organización Mundial de la Salud.
- Osorio, R. S y Sánchez, M. S (1996) Estudios de crianza en México: Estudio epidemiológico. Tesis de Licenciatura: Facultad de Psicología. UNAM. México
- Pasqualini, R. Q y Pasqualini, R. S (1984), Endocrinología para la ginecología y obstetricia, Editorial Librería “El Ateneo”.
- Pérez-Gil, R. S., Rueda, A. F y Diez U. S (1993) Lactancia y cuidado de los hijos: estudio de casos en dos zonas rurales de México. Salud Pública de México, 3 (6) 1-11.
- Pérez-Gil, R. S, Diez, U .S, Pérez L., Valdéz, S. y Gutiérrez, G. (1999) Embarazo y lactancia: experiencia de dos madres de las zonas rurales. Nutrición clínica 2 (3), 116-126.
- Richel, A. (1971), Contribución al estudio del desarrollo humano. Editorial Ayuso.
- Ruiz, M. (2000), Comunicación e Información para la Mujer (CIMAC) 16:2

- Savage, J. M. (1980), *Evolución*, Editorial Continental SA México.
- Schaffer, R. (1985) *Ser madre*. Ediciones Morata S.A
- Schmidt, G.H (1971), *Biología de la lactancia*, Editorial Acribia
- Serrano, A. P. (2001) *Alimentación complementaria y destete del niño*, Universidad de Sevilla.
- Shirley, R. y Borke, R. N. (1994), *Fundamentos de Anatomía y fisiología humana*, Editorial Limusa Noriega.
- Shuman, R. (1990) *Ventajas para la madre*. *America Journal of Obstetrics and Gynecology*, p161. *Cancer Research*, 1998;48. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. *British Medical Journal*, 1996;292.)
- Singh, G. (2007) *Pattern of Breatfeeding and its impact on Post- Partum Amenorrhoea: Across- sectional study*, *Internet Journal of Epidemiology* 1(4).
- Smuts, B. y Smuts, R. (1993) *Male aggression and sexual coercion of females in non human primates, and other mammals: Evidence and theoretcal implications*. *Advances in the studies of behaviour* 22:1-63.
- Strickberger, M. W. (1993) *Evolución*. Ediciones Omega.
- Stuart-Macadam, P. y Dettwyler, K. (1997) *Breastfeeding, biocultural perspectives*, *Antropología física latinoamericana* 2:135-154.
- Tierman, Mac. A. y col (1986) *Evidence for protective effect of lactation on risk of epithelial ovarian cancer*. *American Journal Epidem* p 124.
- Trevathan, W. (1995) *Evolutionary medicine: a nover view*. *Antropology Today* 11(2):2-3.
- Trivers, R. (1972) *Parental investment and sexual selection*. *Secual selection and the descen of man*. Ed. B. Cambell Aldine.
- Trucker, H. A. (1981) *Physiological controll mamary growth, lactogenesis and lactation*. *Internet Journal or Epidemiology* 3 (4).
- Vega, F. L. (2004), *Alimentación y nutrición en la infancia*, Mendez Editores.
- Viseca, T. C. (1992), *Medicina Prehispànica de Mèxico; el conocimiento médicGo de los nahuas*. Programa editorial.
- Washburn ,S. L. y De Vore, I. (1961) *The social life of the baboons*. *Sci Amer* 204: 62-71
- Wilson, O. E. (1978), *Sobre la naturaleza humana*. Fondo de cultura Económica.