



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

POSGRADO EN ANTROPOLOGÍA
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES ANTROPOLÓGICAS

**LECHE, VIDA Y TRADICIÓN.
LACTANCIA MATERNA EN CUENTEPEC, MORELOS**

T E S I S

PARA OPTAR AL GRADO DE MAESTRÍA EN
ANTROPOLOGÍA

PRESENTA:

MARÍA GABRIELA HERNANDEZ GONZÁLEZ

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. ROSA MARÍA RAMOS RODRÍGUEZ

CIUDAD DE MÉXICO, JUNIO DE 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

*Ternura que florece
de mi pecho amoroso y paciente,
alegría dulce que retoña sin fin.
Mis brazos y corazón se llenan,
los dos nos nutrimos:
tú de leche,
y yo de ti...*

GABRIELA

DEDICATORIAS

A Alfredo, mi amigo y cómplice de siempre con quien he compartido la aventura de la vida.

A mis niños-hombres, con los que empecé a vivir la más maravillosa etapa de amor y de leche:

Al Artur: porque tu fortaleza y tu sazón me abrazan y divierten entre aromas y risas.

Al Mau: porque tu valentía y tu canto han hecho eco en mi vida y envuelven con ternura mi corazón.

*† A mi Daniel, porque siempre me acompañas...
y te veo...
y me miras...*

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer en primer lugar a todas las personas que de muchas maneras han colaborado durante el proceso de este trabajo. Entre ellas, y nunca acabaré de agradecerles la experiencia, están las mujeres de Cuentepec. Ellas que generosamente comparten su casa, su mesa y hasta su leche, abrieron su corazón y sus vivencias para explorar conmigo las emociones, inquietudes y certezas de su elección.

Con mucho afecto agradezco la confianza, orientación y apoyo constante de la tutora de esta tesis, la Dra. Rosa María Ramos Rodríguez. Sus conocimientos, disciplina, cercanía y franca amistad contribuyeron a construir este trabajo en su forma, enfoque y contenidos. Siempre dispuesta al trabajo, abierta a la discusión, cuestionando y planeando incansablemente seminarios, pláticas, conferencias y talleres que fueron plataforma de análisis y formación ética continua para todos los que intervinimos en el proyecto y para esta investigación en particular.

Los siempre cordiales consejos, múltiples sugerencias de lectura, ingeniosas anécdotas, en resumen: sabiduría y generosidad, fueron acompañamiento frecuente por parte del Dr. Luis Alberto Vargas Guadarrama a quien debo, indirectamente, la selección de este hermoso tema y la posterior “adicción” a la investigación del mismo. Su actitud noble y abierta ante el estudio y conocimiento del ser humano ha significado para mí motivo de desarrollo y superación personal.

También fuimos guiados por el comentario amable y didáctico del Maestro Paris Aguilar Piña, interesado y propositivo con cada uno de nuestros trabajos y a quien debo el aprendizaje inicial de la metodología etnológica y enfoque cualitativo. Bajo su tutela se generaron temas, dudas y revisiones sistemáticas de las

herramientas de trabajo sobre bases técnicas y académicas, lo que trascendió en propuestas y depuración del proyecto.

Agradezco de todo corazón a los investigadores que se interesaron en mi trabajo y que accedieron a valorar el documento final y enriquecerlo con sugerencias expertas en el tema y en su enfoque: Dr. Luis Alberto Vargas Guadarrama, Dra. Teresita González de Cosío, Dra. Sara Elena Pérez-Gil y Dra. Ana María Salazar.

Esta investigación sobre lactancia materna estuvo amparada dentro del Proyecto de “Enfoque antropológico de los codeterminantes del cambio en la condición nutricia de los habitantes de Cuentepec, Morelos” (Clave PAPPIT IN 404508) patrocinado por la DGAPA, UNAM y dirigido por la Dra. Rosa María Ramos Rodríguez.

Todo mi cariño y agradecimiento a mis amigos, amigas y a mis primas que me dieron su opinión, asesoría o simplemente escucharon con gusto e interés el curso de mi trabajo. Gracias por su apoyo y cariño en esta tarea sin fin que ha significado una nueva luz en mi vida.

ÍNDICE

Dedicatorias.....	ii
Índice.....	9
Preámbulo.....	13
Introducción.....	17
Exposición del área problemática.....	18
Hipótesis y Objetivos.....	22
Estructura temática de la investigación.....	24
CAPÍTULO 1. SEMBLANZA HISTÓRICA DE LA LACTANCIA MATERNA.....	27
Genealogía de la lactancia materna.....	28
CAPÍTULO 2. DISCURSO Y ACCIONES INTERNACIONALES Y MEXICANAS SOBRE LACTANCIA MATERNA.....	45
Reuniones, Acuerdos y Declaraciones más relevantes sobre lactancia materna.....	48
Discurso oficial, promoción y evolución de la lactancia en México.....	59
Legislación en materia de lactancia materna en México.....	71
Partería en México.....	75
CAPÍTULO 3. ATMÓSFERA BIOANTROPOLÓGICA DE LA LACTANCIA MATERNA	79
Aspectos anatomofisiológicos de la lactancia materna.....	80
Anatomía de la mama durante la lactancia. Pecho, areola y pezón....	80
Producción de leche.....	82
Eyección de la leche.....	84
Composición química de la leche materna.....	85
Leche de pretérmino.....	88
Precalostro y calostro.....	89

Leche de transición.....	93
Leche madura.....	93
Beneficios de la lactancia materna.....	95
Antropología de la lactancia. Enfoque epistemológico.....	98
Perspectiva de género.....	100
Parentalidad.....	104
Constructivismo.....	105
CAPÍTULO 4. MÉTODO Y ESCENARIO.....	107
Enfoque Cualitativo.....	107
Entrevista semiestructurada.....	112
Observación participativa.....	112
Grupo focal.....	113
Escenario geográfico de Cuentepec, Morelos.....	113
Etnografía de Cuentepec.....	116
Programas gubernamentales asistenciales vinculados con la salud.....	121
Trabajo de campo en Cuentepec.....	126
Diseño y población del estudio.....	126
Criterios de selección.....	127
Definición de variables.....	127
Recolección de datos.....	128
CAPÍTULO 5. CUENTEPEC Y LA LECHE MATERNA. RESULTADOS.....	135
Sobre las fuentes de información.....	137
Proveniente del personal sanitario.....	137
Proveniente de educación formal.....	140
Proveniente de educación informal o “Cultura de la lactancia”.....	144
Atención sanitaria reproductiva y lactancia.....	148
Redes sociales domésticas.....	153
Patrones biosocioreproductivos.....	158
Patrones de lactancia materna.....	165

Patrones de alimentación complementaria y destete.....	170
La perspectiva médica.....	177
Construcción simbólica femenina de la lactancia materna.....	184
CAPÍTULO 6. CONSTRUCCIÓN BIOSOCIOCULTURAL DE LA LACTANCIA, ABLACTACIÓN Y DESTETE EN CUENTEPEC, MORELOS. REFLEXIONES	
FINALES.....	189
Origen y acceso a la información.....	191
“Modelo de funcionalidad de la cultura de la Lactancia materna” en Cuentepec, Morelos. Categorías de información, la práctica y sus protagonistas.....	191
Redes sociales domésticas. Condiciones de articulación y funcionamiento de la cultura de la lactancia materna en Cuentepec.....	197
Atención sanitaria en comunidades rurales.....	199
Patrones sexuales y reproductivos.....	202
Patrones de lactancia, alimentación complementaria y destete.....	203
Construcción simbólica de la lactancia materna.....	204
ANEXOS.....	209
Consentimiento informado.....	211
Conceptos y semántica de la lactancia.....	213
Entrevista mujeres lactantes.....	217
Entrevista personal sanitario.....	221
Guía reunión focal.....	223
BIBLIOGRAFÍA.....	225

PREÁMBULO

La lactancia materna en la mayoría de las comunidades rurales de México en apariencia sucede de manera maravillosamente sencilla, sin más razones explícitas, sin cuestionamientos ni dudas, sin aparentes complicaciones entre las mujeres que comparten sus tiempos y rutinas. Si la lactancia materna es tan elemental en muchas de estas comunidades y los seres humanos somos mamíferos, ¿Por qué no todos la intuimos y practicamos de manera instintiva? ¿Por qué esta experiencia se construye en base a un cúmulo de razones tácitas y complejas?

Para comprender la enorme variabilidad en las conductas relacionadas con la crianza, la alimentación y la lactancia nos hemos propuesto observar y registrar, junto con la comunidad de Cuatepec, Morelos, su esquema de prácticas, vivencias y significación del amamantamiento materno en la actualidad.

Esta diversidad de conductas nos compromete a contemplar dichas tradiciones, actitudes y pensamientos teniendo conciencia de la complejidad de las creencias que forman parte de cada cultura (García y Jácome, 2006). Derivada de esta posición analítica incluyente y por la naturaleza, complejidad y trascendencia del proceso reproductivo es que éste ha sido, en todas las sociedades del mundo, motivo de observación constante. Por estas razones y para garantizar la viabilidad, éxito y continuidad de este proceso, el análisis debe involucrar la interacción de muchas y variadas condiciones sociales y culturales con el fin de determinar integralmente las pautas que dan marco a cada universo individual y social.

Debido a esto, entender y repensar el proceso reproductivo con los tintes específicos conferidos personal y culturalmente abarca mucho más que sumar las

experiencias fisiológica, cultural y social. Esta concatenación que integra y resignifica vivencias es lo que estructura y matiza la práctica reproductiva construida a través del tiempo en base a la historia personal y cultural inscrita en nuestra geografía corporal individual.

Por otro lado es destacable la influencia y codeterminación que los factores sociales y culturales tienen sobre las prácticas alimentarias y los alimentos elegidos (Latham, 2002). En el caso de la lactancia es un hecho reconocido que en casi todas las sociedades tradicionales de África, Asia y América Latina los conocimientos prácticos y aplicados sobre lactancia han sido recurrentes y favorables -dentro de las características y variantes definidas por cada cultura-. También es innegable que los factores económicos han influido sobre las preferencias y simbolización de la lactancia, es así que países como Burundi y Rwanda son de los menos afectados en sus frecuencias de lactancia porque, entre otros factores, las campañas existentes de comercialización de sucedáneos de leche materna son mínimas y muy acotadas (UNICEF, 1997).

Sin duda la crianza¹ es considerada como una etapa trascendental, no solo para el binomio madre-bebé sino para la sociedad en su conjunto por ser este periodo el inicio de la integración afectiva y social de un nuevo ser a su comunidad. Es también la experiencia particular de cada mujer, desde que se sabe gestante, da a luz y lacta a su bebé, lo que, insertado en un tiempo y cultura específicos, implanta una identidad *binomial*². Esta conceptualización afecta intensamente la percepción personal y social tanto de la mujer en este nuevo papel de madre, como del recién nacido, asumido por la comunidad como nuevo *ser social*, concepto que Ángel Aguirre Baztán (1999) explica como el que pertenece a una comunidad socialmente estructurada y con patrones culturales bien establecidos que son transmitidos a los nuevos miembros y que dan sentido al comportamiento del grupo.

¹ Este término se entiende como el periodo que inicia en el puerperio referente a los cuidados, alimentación y atención al recién nacido por parte de los padres y/o personas encargadas hasta que la cría puede dar indicios de independencia.

² Al hablar de identidad *binomial madre-bebé* hacemos referencia la fusión, no a la suma de sus elementos.

Asimismo hay que subrayar que en este escenario amplio y complejo las mujeres somos, además de entes reproductivos, entes productivos y dinámicos que redefinimos cotidiana e históricamente nuestra condición e identidad dentro del grupo al que pertenecemos.

Al hablar de comunidad nos referimos a un grupo heterogéneo conformado por individuos activos e interactuantes que interiorizan, asimilan y refuncionalizan sus propios procesos (Flores, 2005), construyendo de manera distinta sus significados y aunque participen de un mismo espacio, idioma y cultura, su experiencia estará matizada por su historia de vida y percepción personal. Cuando estos elementos, fundamentalmente interactivos, son generados y compartidos por el grupo y le dan sentido e identidad a su comportamiento, entonces hablamos de cultura (Aguirre, 1997). Consideramos entonces que las mujeres lactantes de Cuentepec, Morelos conforman una comunidad definida con una personalidad social inmersa en otra que les da territorio, sustento e identidad cultural (Aguirre,1997).

Para dar más claridad sobre el concepto de comunidad remito al que Ivonne Flores (2005:41) hace referencia: “[...]es un todo heterogéneo conformado por individuos activos e interactuantes quienes interiorizan de distintas maneras los procesos sociales objetivos, a la vez que los van construyendo, asimilando y refuncionalizando con diferentes construcciones de los significados”. Hacemos alusión a estos conceptos con la finalidad de delimitar los criterios que aludiremos constantemente y comprender a cabalidad el desarrollo del proceso reproductivo y de crianza dentro del marco social y cultural con el cual interactúa y se desarrolla.

Enmarcada por estas reflexiones la lactancia materna representa el ejemplo idóneo de práctica biosociocultural ejercida por los seres humanos (Stuart-Macadam, 1995 en *Comité de Lactancia Materna*, 2004) porque además de ser un proceso biológico es un comportamiento históricamente determinado por la cultura. En este sentido considero que el proceso del amamantamiento es configurado por los códigos culturales que, como experiencias perdurables, van construyendo prácticas

diversas que se transmiten y heredan generacionalmente expresándose desde el primer contacto entre la madre y su bebé. En otras palabras, es un proceso biocultural en el buen sentido del concepto.

Es así que la madre que da el pecho ocupa un nicho especial en su comunidad. Este lugar es entendido y asumido socialmente desde que la mujer se encuentra embarazada, proceso a partir del cual, se crean vínculos y se conforman redes domésticas y sociales con otras mujeres con las que se comparten prácticas, pensamientos, temores, ideas, experiencias, saberes y tradiciones, forjando cotidiana y tradicionalmente la cultura de la lactancia materna que fortalece el entramado social característico e históricamente definido de este grupo.

INTRODUCCIÓN

Se entiende que lactación es el acto de lactar, tanto al alimentarse con leche, como al criar o alimentar con leche, existiendo entonces dos personajes principales que “lactan”: la madre y la cría. Así, el periodo en la vida en que se practica la lactación se denomina lactancia siendo sólo unas cuatro mil especies las que se alimentan de esta forma, lo cual define este periodo como de transición entre la alimentación intra y extrauterina para estas crías de mamíferos. Al respecto Héctor Bourges (1997:12) señala que la intrauterina sería una alimentación “*continua y comparativamente pasiva*” mientras que la alimentación posterior sería “*discontinua y activa*”.

Por otro lado las necesidades energéticas de las crías de mamíferos son considerables a causa de su acelerado ritmo inicial de crecimiento. El recién nacido humano, comparado con otras especies tiene requerimientos nutricionales muy específicos en calidad y cantidad a lo que se suma su relativa inmadurez biológica al momento del nacimiento. Debido a estas razones la nutrición adecuada y la inmunidad conferidas por la leche materna resultan indispensables para su supervivencia. Otros factores relevantes son la atención y cuidados parentales que se desarrollan durante la época de crianza como un proceso de aprendizaje afectivo, cultural y social. Por éstos y otros motivos, que iremos desarrollando a lo largo de este trabajo, la lactancia materna es un proceso delicado y crucial de la vida.

Asociada a la historia de la humanidad la práctica de la lactancia ha sido fuente de simbolismos y diversas creencias adjudicándole, en ciertas regiones o niveles sociales, beneficios nutricionales, afectivos, inmunológicos, economizadores, etc. y en otras, efectos nocivos y hasta propiciadores de enfermedades, desequilibrio nutricional y psicológico para el niño y la madre. Tal diversidad de conceptos y opiniones ha generado nuestro interés en explorar más ampliamente sobre la cultura alimentaria asociada al proceso reproductivo en este primer ámbito biocultural y parental.

A la luz de una configuración biosociocultural de la leche humana es que hacemos también referencia al cuerpo femenino, percibido más allá de su potencial fecundador y nutricio puesto que éste ha sido históricamente ligado a los enigmas filosóficos más recurrentes de los seres humanos (Yalom, 1997). Como elemento inherente a este potencial corporal femenino, la lactancia ha sido una práctica habitualmente asociada a la condición de la maternidad, y aunque no siempre apreciada como el ideal de alimentación inicial infantil, sí ha sido fuente de incontables prácticas, mitos y creencias. El mito griego de la creación de la Vía Láctea es una clara representación de la transmisión de los atributos divinos y de inmortalidad a Heracles mediante el hecho de beber la leche de la Diosa Hera (Yalom, 1997).

Comparando e intercambiando saberes, sensaciones y transformaciones, pensando y actuando colectivamente es que se alimenta *la cultura de la lactancia materna* que de ninguna manera es estática, es, como toda actividad humana, un cúmulo de procesos que se interrelacionan y se afectan de manera compleja. La evolución de este proceso en cualquier comunidad va integrando elementos que modifican a la sociedad en general y a las mujeres en particular afectando la percepción y ejecución de prácticas definidas biológica y culturalmente sobre la alimentación de sus hijos.

Exposición del área problemática

Hemos optado por darle este nombre a la interacción de codeterminantes presentes en la experiencia de la lactancia materna por ser la conjunción de procesos la generadora de esta práctica. Algunos de los temas que se entretajeron como posibilidades de análisis nos conducen a las dinámicas biosocioculturales que impulsan a las mujeres de Cuentepec, Morelos para amamantar a sus hijos.

Debido a que constantemente los estudios sobre lactancia materna son abordados desde perspectivas biológicas, fisiológicas y psicológicas dentro de investigaciones clínicas, biomédicas o de salud pública presentan, en su mayoría,

resultados de carácter unidisciplinario y raramente social en los que se vincula preponderantemente a esta práctica con aspectos de salud materno-infantil o con detección e identificación de problemas de crecimiento o nutricionales.

Esta carencia de investigaciones sociales y culturales sobre lactancia y la dispersión analítica y observacional de los que se realizan favorecen la proyección de panoramas fragmentados que obstaculizan el conocimiento cualitativo de esta problemática. Los procesos reproductivos, como los alimentarios, se manifiestan y deben entenderse como construcciones complejas que se desarrollan en un ámbito de recursividad e interacción entre factores sociales, culturales y biológicos como condicionantes inseparables (García, 2006). En este sentido estudios de carácter cualitativo e interdisciplinario pueden proveer un marco sólido y explicativo de la experiencia de la lactancia, de los programas y políticas alimentarias o de apoyo a la salud para suscitar una mejor calidad de vida y desarrollo personal y social.

La exploración y análisis de la lactancia materna desde la perspectiva de la ciencias sociales es una tarea recientemente acreditada y conocida (Salas, 1995), es por esta razón que se requieren estudios con visión social y antropológica que construyan un escenario incluyente y que den a conocer la multiplicidad de factores integrantes este proceso.

Desde esta perspectiva antropológica se han observado variaciones y transiciones en esta práctica, sobre todo en el siglo XX y XXI con la integración de la mujer al campo laboral acompañada de una gran promoción y comercialización han promovido masivamente la utilización de sucedáneos de la leche materna impactando, entre otros aspectos, en la pérdida de la *cultura de la lactancia materna*. Los efectos suelen ser profundos e inciden en la disminución de la conciencia femenina del poder inherente a su propia capacidad nutricia, al manejo de estos saberes asociados y a las repercusiones sociales derivadas.

Como parte del escenario habitual para las madres lactantes es relevante considerar a las tradiciones y costumbres alimentarias, las cuales repercuten aún más en las decisiones maternas que el mero aspecto biológico de lactar para favorecer la

salud de los niños (Flores y Martínez, 2004). Por otro lado debemos recordar que los hábitos alimentarios son modificables siendo su evolución influida por factores de muy diversa índole (Latham, 2002). Tal aseveración es ratificada con la acelerada disminución de la lactancia materna exclusiva y abandono precoz de esta práctica en sociedades urbanas o con su incipiente descenso en comunidades rurales alrededor de todo el mundo en las cuales se había considerado como rutina habitual y siempre disponible dentro de la categoría de recurso alimenticio accesible y tradicional en la primera infancia. Entre las causales del mencionado cambio en los patrones de lactancia se ha señalado a la desregulada publicidad y distribución de sucedáneos de leche materna (Latham, 2002).

Derivada del análisis de la *Encuesta Nacional de Salud 1999* se ha identificado la problemática que se vive en México en el rubro de la alimentación inicial. La proporción de niños menores de tres meses lactados exclusivamente al seno materno en 1979 se calculó en 15%. Más de dos décadas después, esta proporción se elevó a 29%, mostrando un incremento de 0.75% por año, lo cual nos coloca con mucho menos avance que Honduras y Nicaragua con 7.7% y Brasil con avances de 3.8 % anuales respectivamente. El verdadero problema para México lo representa el bajísimo ritmo de ascenso de estas tasas pues la estimación para alcanzar el 100% de lactancia materna exclusiva en niños menores de cuatro meses sería de 93 años (Glez.-Cosío, *et al*, 2003).

Siguiendo esta línea podemos observar que los resultados arrojados por la *Encuesta Mexicana de Fecundidad 1974-76*, la *Nacional de Prevalencia de Uso de Métodos anticonceptivos 1977-79*, la *Nacional sobre Fecundidad y Salud 1984-86* y la *Nacional de Salud Materno-Infantil 1989-94*, pueden, con algunas variantes que dependen de la metodología utilizada, tener una lectura muy preocupante. Dichas encuestas en realidad ponen de manifiesto un descenso en la práctica de la lactancia materna al mostrar que, en el período de 1974 a 1994, aunque el porcentaje de niños amamantados en su primer mes de vida se incrementó, en esos veinte años la

cantidad de niños que fueron amamantados hasta los seis meses, tuvo un descenso (Casanueva, 1997).

En el presente trabajo se enfatiza la conceptualización biosociocultural de la lactancia materna, ablactación y destete en la zona indígena de Cuentepec, Morelos en un afán de reconocer esta práctica interrelacionando las condiciones de salud, sociales, culturales y políticas que confieren a la mujer una situación particular que ella resignifica y asume desde su propia corporalidad y experiencia (Vera, 2003). La lactancia se desenvuelve dentro de procesos que combinan su propia biología, fisiología, bagaje cultural y condición históricamente compartida, lo que Marcela Lagarde (1992) llama “*condición vital de las mujeres*”³.

También consideramos indispensable, como tarea colectiva, refrendar la validez de los conocimientos ancestrales y los apoyos establecidos en las redes sociales y domésticas para desarrollar la conciencia, confianza y autoestima de las madres lactantes que viven y construyen esta práctica día a día. El escenario es complejo: la época de crianza no es fácil ni la lactancia es una práctica “instintiva” ni “natural”. Es por esto que la “visión bióloga” ha sido fuertemente criticada (Chodorow, 1984) porque al naturalizar y universalizar estos procesos se les confiere una calidad “instintiva” que refleja actitudes inmutables e inevitables que se contraponen con la construcción biosociocultural que claramente tiene el proceso reproductivo.

Conocer a profundidad el tipo y características de la información perinatal a la que las mujeres en esta comunidad bilingüe de Cuentepec, Morelos han tenido acceso, aunado a la reflexión integral de los procesos que orientan y regulan una conducta biosociocultural como la lactancia materna podría reflejarse en el reforzamiento y adecuación de los planes de apoyo comunales e institucionales que

³ Lagarde define la condición de vida como la situación de todas y cada una de las mujeres dentro de condiciones específicas, concepción del mundo y modo de vida particular. “*El contenido de la condición de la mujer es el conjunto de circunstancias, cualidades y características esenciales que definen a la mujer como ser social y cultural...*” “*La situación vital de las mujeres expresa la existencia de las mujeres particularmente en sus condiciones concretas de vida*” (Lagarde, M., 1992:2).

tienen como finalidad la promoción de esta práctica. Asimismo planteamos que la definición y configuración más amplia de su cosmovisión, de sus estrategias y expectativas favorece la elaboración de programas y acciones de salud pública con condiciones específicas, adecuados culturalmente, respetuosos y coherentes con las posibilidades y decisiones de vida de un sector históricamente devaluado y desprotegido como son las mujeres indígenas en México.

Es importante indagar cómo ha influido la información y educación formal e informal en los manejos alimentarios de esta comunidad rural e indígena. Reconocemos que los elementos incidentes en estas prácticas son muchos y de muy diversa índole, entre ellos encontramos los programas educativos y las propias recomendaciones, sobre todo en zonas rurales, provienen del personal sanitario institucional que son ofrecidas de manera continua y gratuita.

Para terminar de dibujar este panorama tenemos que en esta comunidad las encargadas de la nutrición familiar, generalmente las madres y abuelas, son las que, dentro de su propia concepción sociocultural de los alimentos a los que tienen acceso adoptan o rechazan los nuevos y paulatinos cambios y significados, mismos que alcanzan también a la lactancia, alimentación complementaria y el destete.

HIPÓTESIS

- Las actitudes de las mujeres respecto a la lactancia, alimentación complementaria, destete y crianza no son innatas ni universales, son el resultado diacrónico de diferentes vías de aprendizaje social y cultural, generado durante la observación habitual y práctica continua de la lactancia materna a través de las redes sociales domésticas femeninas en la comunidad de Cuentepec, Morelos.
- Las recomendaciones sobre lactancia, ablactación y destete que se ofrecen institucionalmente a través de las entidades clínicas y personal de salud

inciden paulatinamente en el imaginario colectivo de la población de Cuentepec, Morelos.

OBJETIVO GENERAL

--Conocer y analizar, desde una perspectiva antropofísica con orientación sociocultural, las estrategias de crianza, alimentación y lactancia materna, percibidas y experimentadas desde la niñez hasta la edad madura en la comunidad rural e indígena de Cuentepec en el Estado de Morelos, México.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

--Vincular y entrelazar los factores que integran la práctica de la lactancia, alimentación complementaria y destete para analizar la construcción simbólica femenina y social de esta experiencia y sus repercusiones culturales y biológicas dentro de un marco definido geográfica y temporalmente.

--Detectar las redes sociales domésticas que acompañan esta toma de decisión, aunado a la calidad de la información y el tipo de transmisión utilizada.

-- Indagar sobre el tipo de preparación formal y específica que sobre lactancia, alimentación complementaria y destete, tiene el personal de salud que atiende en Cuentepec, Morelos.

--Definir la labor y eficacia del mensaje y gestiones institucionales para revelar el impacto que dichas acciones han tenido en esta población.

ESTRUCTURA TEMÁTICA DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación ha sido estructurada en seis capítulos que consideramos necesarios para dar cobertura a los cuestionamientos principales:

Presentamos desde el *Prólogo* una ambientación sobre el tema aunada a algunas premisas básicas sobre alimentación y crianza. En la *Introducción* se integran ideología y conceptos alrededor de los mamíferos, los cuerpos, las mujeres, la leche materna y los cuidados parentales mismos que facilitan la comprensión de nuestro tema como integrante de los procesos de reproducción y crianza humana. Para cerrar se hace una exposición del área problemática que enmarca las hipótesis y objetivos de esta investigación.

El *Capítulo 1* da contexto histórico a la práctica de la lactancia mediante recorrido temporal y geográfico con el objetivo de facilitar la percepción de la lactancia materna como un complejo y dinámico entramado de procesos con gran carga simbólica, ideológica y cultural interactuantes. El conocimiento y análisis de sus variaciones en tiempo y espacio son consideradas fundamentales para su entendimiento integral.

El *Capítulo 2* inicia explorando el discurso y acciones internacionales gubernamentales y no gubernamentales que han exhortado mundialmente a participar en acciones de promoción y fomento a la lactancia materna y sobre todo a la creación de conciencia. Se esbozan algunos documentos desde 1974 hasta la fecha. Asimismo se presenta el discurso oficial mexicano y algunas estrategias de desarrollo y protección social en salud que abarcan las acciones referentes a la cultura alimentaria y la lactancia materna. Para cerrar delineamos algunos datos de la práctica de las parteras en México como acciones relevantes que contextualizan patrones de reproducción y crianza sobre todo en población rural.

El *Capítulo 3* se centra en replantear a la lactancia materna desde una perspectiva antropofísica compleja e integral. Es así que en la primera parte se integran los componentes anatomofisiológicos, vitales para los seres humanos,

referentes al proceso de la lactancia materna, mismos que intervienen y se incorporan en el entramado de procesos socioculturales. En la segunda parte de este capítulo se introduce al marco teórico que circundó la investigación y se intenta inducir al lector hacia un cambio de mentalidad o un replanteamiento del proceso del amamantamiento humano para entenderlo como una construcción biosociocultural.

El *Capítulo 4* describe la metodología y enfoque cualitativo con las técnicas y demás procedimientos de obtención, registro y análisis de los datos y las razones de su elección. Por otro lado se hace una descripción del escenario geográfico, ecológico y etnográfico de Cuentepec, de los programas gubernamentales vinculados con la salud y desarrollados en Cuentepec en las últimas dos décadas. Por último se hace la descripción del trabajo de campo en esta población

En el *Capítulo 5* se presentan los resultados y una primera aproximación a los testimonios de las madres lactantes y del personal de salud que labora en el *Centro de Salud de Cuentepec* y el *Hospital de Tetecala* en el Estado de Morelos y demás datos recogidos en campo.

En el *Capítulo 6* se da cabida a las reflexiones finales emanadas del análisis y comprensión de la lactancia materna como una construcción biosociocultural en la localidad de Cuentepec, Morelos. Se presenta el *Modelo de funcionalidad de la lactancia materna en comunidades rurales* concebido por la autora para entender la incidencia y aprendizaje de la información sobre lactancia en dichas comunidades. Asimismo se presenta un *Modelo de articulación de redes femeninas de apoyo* creado por la autora, dicha propuesta gira alrededor del comportamiento social de las mujeres lactantes en comunidades rurales e indígenas.

Para concluir se anexan los formatos de las entrevistas utilizadas con las mujeres lactantes, con el personal sanitario además de las guías utilizadas en las reuniones focales y un glosario de conceptos relacionados con la lactancia.

CAPÍTULO I

SEMBLANZA HISTÓRICA DE LA LACTANCIA MATERNA

Durante milenios no hubo otra alternativa que la lactancia materna para la alimentación de los recién nacidos y niños pequeños. La evolución fue lenta y para casos especiales se reconoció la actividad de las nodrizas. Más tarde se utilizaron y adaptaron leches de animales, entre ellos vaca, cabra y burra. La lactancia materna ha ido avanzado históricamente en combinación con las transformaciones ideológicas generadas por procesos sociales, económicos, científicos y tecnológicos, intereses comerciales y modelos médicos en auge. Dichas fluctuaciones han sido producto de concepciones sobre la salud-enfermedad, de atribuciones referentes al cuerpo femenino, de simbolismos asociados al acto de lactar, de la leche materna y de cada mujer en potencia lactante.

Desde este punto de vista evolutivo se vuelve capital el análisis temporal de los procesos de vida en cualquier investigación porque brinda variaciones en su contenido dependiendo del lugar y tiempo que ocupe cada individuo dentro de las circunstancias y categorías a las que pertenece y a las que reconocemos como su cultura. De tal manera que para explorar el proceso biosociocultural de la lactancia materna es trascendental su identificación y análisis a la luz de un devenir histórico particular construido con base en el imaginario y experiencias compartidas entre personas que conviven en un espacio y tiempo cultural. Como señala Marcela Lagarde (2005:27): *“La cultura es el contenido de la construcción histórica de los*

seres humanos” en donde “[...] el tiempo es una convención histórica y una dimensión de vida” (Lagarde, 2005:337).

En este capítulo presentamos un condensado de la evolución y tendencias, no siempre constantes, de las prácticas alrededor de la lactancia materna con el objeto de contextualizarla y abrir mayores posibilidades de análisis. Este recorrido cronológico nos conduce desde algunas de las experiencias tradicionales en la antigüedad hasta llegar a prácticas y corrientes actuales.

Genealogía de la lactancia materna

La lactancia ha sido una práctica habitual y en todas las épocas de la humanidad se le ha considerado naturalmente asociada a la condición de la maternidad. Aunque no siempre apreciada como el ideal de alimentación inicial infantil la leche materna sí ha sido fuente de incontables prácticas, mitos y creencias derivados de la valoración de la capacidad fecundadora y nutricia del cuerpo femenino, siendo estos conceptos ligados a enigmas filosóficos inmanentes al ser humano en su necesidad de supervivencia y trascendencia.

El acto de lactar tiene hasta la fecha una gran connotación simbólica que, entre otras, sugiere la transferencia de características de la mujer al niño mediante la leche. Ejemplo de tales significados puede observarse en el mito griego de la creación de la Vía Láctea en el cual la Diosa Hera (Juno romana) transmite su inmortalidad a Heracles (Hércules romano), hijo de Zeus (Júpiter romano). Cuando la diosa se despierta al serle colocado al pecho un bebé que no es su hijo, ella lo retira bruscamente y la leche sigue brotando, lo que da origen a la gran constelación; esta alegoría pone de manifiesto características de poderío, de génesis y divinidad conferidas todas, más que a la crianza o la herencia, en específico a la leche materna (Ver Foto 1.1).



Figura 1.1. Nacimiento de la Vía Láctea. Rubens. Museo del Prado. Madrid.

La importancia que se daba en la antigüedad a la alimentación mediante la leche materna y el cuerpo femenino se ve reflejada en esta estatuilla de mujer amamantando (Ver figura 1.2) la cual fue encontrada en territorio que más tarde sería Babilonia y tiene una antigüedad de 6000 años. Asociadas también al concepto de fertilidad se han recuperado pequeñas estatuillas de terracota cuyos cuerpos muestran formas femeninas muy recargadas. Pertenecen al Paleolítico y se denominan genéricamente: “Venus”. Éstas han sido encontradas en el área de Asia Menor y Europa Central y algunas de ellas se han datado hasta en 30,000 años a.C. (Witcombe, 2003).

Fuera de América los hallazgos arqueológicos y las fuentes históricas nos indican que desde el 2000 a.C. han existido otras alternativas además de la lactancia materna. Por ejemplo, ya en el Código de Hamurabi (1800 a.C.) se manejaban algunas normas relacionadas con el empleo de nodrizas (Frenk, 1996). También

entre los espartanos existía la obligación de amamantar al mayor de los hijos: el Rey Temistes, aún siendo el hijo segundo, heredó el trono por el hecho de haber sido amamantado por su madre a diferencia del hijo mayor que había sido amamantado por una extraña (Hernández, 2008).



Figura 1.2 Terracota denominada “Madre Babilonia” datada en 6,000 años a. C.

El amamantamiento en clases privilegiadas era delegado a mujeres de escasos recursos llamadas madres de alquiler, nodrizas o amas de cría, considerándosele “*como una actividad “de alquiler”, “económicamente remunerada”*” (Lawrence, 1996:8). En los casos en que la lactancia no podía ser llevada a cabo ya sea por razones biológicas, sociales, culturales o por la suma de todas se recurrió a las nodrizas y a la lactancia con leches de otras especies. Existen antecedentes entre griegos y romanos sobre alimentación a bebés no amamantados,

utilizando leche de vaca, burra, cabra y oveja. Hipócrates (460- 377 a.C.) recomendaba la de burra y tanto él como Galeno (131-201 d.C.) aconsejaban alimentos diferentes a la leche materna a partir de los seis meses de vida (Barceló, 2003).

Establecida la gran variabilidad y asociaciones biológicas y culturales en la práctica de la lactancia, ésta fue motivo también de observación y estudio científico desde la antigüedad: Dioscórides, médico, farmacólogo, botánico e historiador griego del siglo I d.C. describió en su texto titulado “*De materia médica*”, remedios medicinales utilizados por griegos, latinos y árabes hasta el Renacimiento y reconoció las variadísimas propiedades de las plantas en relación con los trastornos concernientes al amamantamiento. Este médico recomendaba, en caso de sustitución de la leche materna, la leche de yegua en primer lugar, seguida por la de oveja y cabra (Univ. De Salamanca, 2010).

Galeno (S. II d.C.) en su libro “*Higiene*” recomendaba la lactancia materna como alimentación esencial para los primeros seis meses de vida y en caso de fallecimiento de la madre lo adecuado, antes que utilizar leche de otras especies, era la utilización de una nodriza con la condición de ser rigurosamente seleccionada por su alimentación, hábitos e higiene. Con respecto a los modos y tiempos, los lactantes eran alimentados en forma exclusiva con leche materna hasta la introducción de alimentación complementaria a partir de los seis meses (Univ. de Salamanca, 2010).

La lactancia artificial⁴ vino acompañada de innumerables ensayos y experimentos enfocados a la creación de materiales para los recipientes y chupones destinados al depósito y suministro de la leche. Los envases y tetillas para los biberones se ensayaron con materiales múltiples como cuernos de bovino, terracota, madera, cuero, hueso, pezón de vaca, telas, corcho, estaño, vidrio soplado, metales y marfil. Los resultado fueron diseños más o menos funcionales con muy variadas formas y decorados entre los que se encuentran los policromados, barnizados, mates,

⁴ Con este término nos referimos a “La administración de sucedáneos de la leche materna a través de vaso, taza, cuchara, etc”. (Secretaría de Salud, 2006:18).

pintados o esculpidos (Barceló, R., 2003). Como prueba material de su uso en toda Europa, aunque más abundantemente en Grecia, algunos artefactos o vasijas han sido asociados a enterramientos y se piensa fueron utilizados para alimentar infantes 2000 años a. C, (Lawrence, 2007).

Ya en la Edad Media los preceptos aceptados sobre la crianza estaban inspirados en el supuesto de que la alimentación mediante nodrizas era más beneficiosa, entre otras cosas, por su óptima producción de leche. Aunque estas mujeres, para desempeñarse dentro de familias nobles, debían cumplir con requisitos muy puntuales y hasta exagerados, incluyendo siempre tener experiencia personal previa de crianza (Cerqueira, 1997).

En México, más concretamente en Mesoamérica, como en la mayoría de las culturas ancestrales, la maternidad era un concepto fuertemente ligado a la ideología y cosmovisión⁵ religiosa en la cual se equiparaba a la mujer y al vientre materno con la Tierra y con la Gran Madre. En este sentido han sido recuperadas figurillas de barro procedentes de Tlatilco y pertenecientes al Formativo Medio (2500-100 a.a.C.) que personifican jubilosamente la maternidad y lactancia, las cuales probablemente simbolizan sucesos cotidianos u otras concepciones ligadas con el cuerpo (Vargas, 1993). Al carecer de animales como vacas o burras en este período es posible que hayan sido utilizadas, para los casos especiales, las nodrizas como opción alimenticia.

Para los mexicas era tan significativo el tipo de alimentación a base de leche materna que este hecho definía conceptualmente y daba nombre a una etapa vital: *oc chichi piltontli* y *oc chichi piltzintli* que significaban “niños que todavía maman” (López-Austin, 1996). Este investigador también hace referencia a un sitio denominado *Chichihualcuauhco o Tonacacuauhtitlan* (Ver Fig. 2), descrito en el Códice Florentino como el destino transitorio de los niños lactantes que, habiendo

⁵ El historiador mexicano Alfredo López Austin define la cosmovisión como “el conjunto articulado de diversos sistemas ideológicos relacionados entre sí en forma relativamente congruente, con los que un individuo o un grupo social, en un momento histórico, pretende aprehender el universo.” (López-Austin, 1996:20.).

muerto en esta etapa, esperaban un segundo momento de vida. La imagen detalla un gran árbol cuyos frutos simulaban mamas colgantes que destilaban leche materna para alimentar a los pequeños niños como una tierna y necesaria nodriza vegetal⁶.



Figura 1.2 *Chichihualcuauhco* (Códice Vaticano, A1965, pl. 4 p. 16)

Han sido descubiertas también imágenes simbólicas de la lactancia dentro de contextos rituales en varios Códices previos a la Conquista (Vargas, 1993) lo cual denota, desde ese tiempo, la importancia de esta forma de alimentación. En los años que siguieron a la Conquista de México el amamantamiento siguió siendo muy valorado y en caso de impedimento materno se buscaban y probaban posibles nodrizas, las cuales eran minuciosamente examinadas y custodiadas en sus hábitos y

⁶ Agradezco al Dr. Luis A. Vargas quien generosamente me proporcionó la fotografía de dicho Códice.

alimentación bajo el compromiso de alimentar al pequeño hasta los cuatro años (Zorita, cit. en Vargas, 1993).

En referencia a la duración de la lactancia materna López Austin remite a Motolinía, quien narraba que una nueva concepción era evitada durante el periodo de lactancia que abarcaba los primeros cuatro años de vida mediante abstinencia carnal para prevenir los peligros de la *chipilez*⁷. Al respecto, este investigador considera exagerado este lapso pues considera que habría repercutido en la integridad de los matrimonios además de que la población habría descendido (López-Austin, 1996:337).

El conocimiento de la anatomía, fisiología y afecciones relacionadas con la lactancia además de la cantidad y calidad de remedios y productos destinados al tema además del claro interés en solucionarlos son reflejo de la aprobación y el prestigio que, entre los mexicas, tenía la lactancia materna. En textos de Fray Bernardino de Sahagún se hace mención a la lactancia como beneficiosa y se proponen remedios para las afecciones de las mamas y para hacer más abundante su producción. También se le adjudican secuelas cuando se asocia con alimentos que, al ser consumidos por la madre, indigestan al niño. También se la conecta con los modos de crianza y se la declara como expresión de amor filial (Sahagún cit. en Vargas, 1993).

En la Europa del siglo XVII el aumento en la utilización de biberones aunado a la carencia de conocimientos sobre higiene llevó a un incremento en la mortalidad infantil. Así, en Francia en dicho siglo, la mitad de los niños moría al mes de nacido, hecho que fue atribuido en los reportes médicos al uso del biberón y también al pecho de las nodrizas (Barceló, 2003). La excepción a este fenómeno

⁷ La chipilez es definida por López Austin (1996:299) como "*Daño causado por la mujer embarazada a su hijo y a su marido*". En México el término se refiere a las actitudes de irritabilidad, llanto o reclamo del hermano mayor o lactante cuando la madre se encuentra nuevamente embarazada o después del nacimiento de un nuevo hermanito. El *Diccionario de aztequismos*, de Luis Cabrera, dice: "Chípil: es la criatura o niño de teta que está enfermo o despacible a causa de estar la madre preñada".

fueron los Países Bajos debido a la promoción de una idea proveniente de los poderes públicos que asociaba al amamantamiento con el concepto de ser “buena madre”, ideología que fomentó esa práctica, hecho que se vio reflejado en el claro descenso en la mortalidad infantil en ese periodo (Asociación Española de Pediatría, 2004).

También relacionada con la concepción corporal de belleza, la lactancia estuvo ligada a la idea, generalizada en las clases sociales altas en Europa entre el siglo XVI y el XVII, de que la figura se estropeaba y envejecía al lactar. De tal manera que la administración de biberones aumentó y su falta de higiene, entre otros factores, llevaron a una tasa de mortalidad muy alta (Lawrence, 2007).

En el siglo XVIII el amamantamiento materno fue considerado como positivo al ser asociado al descenso en la mortalidad infantil, lo que promovió nuevamente esta práctica. El ascenso en la lactancia natural fue también paralelo al uso de biberones: por un lado a finales de siglo las ideas y tendencias seguían vigentes reforzando la contratación de nodrizas bien seleccionadas para familias acomodadas y, por otro lado, cuando se requería la alimentación con fórmulas lácteas ésta se proveía bajo rigurosas normas de higiene, horarios y rutinas (Lawrence, 2007), hecho que iba en aumento por las condiciones mejoradas de desinfección y por la resignificación de las actividades femeninas. Fue en este vaivén de percepciones sobre el descenso en la mortalidad infantil a finales del s. XIX que se inició la atribución de beneficios a la lactancia artificial en países como Noruega, Suecia y Dinamarca (Barceló, 2003).

En este marco de desarrollo industrial surgió la invención de la primera leche de fórmula en el mundo. En 1867 Henri Nestlé fundó la compañía que lleva su nombre hasta la fecha. Como veníamos describiendo, su promoción, uso y distribución significaron un éxito de ventas y para 1873 se vendían 500,000 cajas de leche en Europa, Estados Unidos de América, Argentina, México e India. Más adelante veremos que esta industria de alimentos infantiles ha sido cuestionada y atacada desde su inicio por sus políticas de promoción no éticas y francamente

criminales sobre todo en países en desarrollo y durante situaciones alimentarias conflictivas (Barrington, 1997).

Como parte de esta evolución social algunas mujeres hicieron conciencia y tomaron poder para participar más activamente en la toma de decisiones acerca de la alimentación de sus hijos. Dar el pecho se circunscribió más para las mujeres de zonas rurales que mantenían esta forma de alimentación ya sea por decisión propia o por falta de alternativas y economía a diferencia de las mujeres urbanas para las que dar el pecho era una costumbre que decaía.

También el uso de nodrizas había seguido extendiéndose lo que forzaba a la regulación de sus actividades y contratación: a finales del siglo XIX (1880) en Barcelona se redactó la “*Reglamentación de la Lactancia Mercenaria en Barcelona*” entre otros muchos documentos sobre crianza y lactancia materna para contener el mercado libre de nodrizas. Dicho documento fue aparentemente dirigido a los profesionales de la salud pero el interés del médico que lo publicó fue informar principalmente a la población en general sobre la problemática y hasta los peligros de este tipo de lactancia. En dicho documento se discutía la participación de los actores en el tema de la lactancia abordando aspectos considerados relevantes en ese tiempo, asunto que, al ser contextualizado en la España de esa época con severos problemas de salud infantil, resultan muy reveladores de la preocupación sanitaria y social prevalente. Los temas que abordó dicha reglamentación, entre otros, fueron la responsabilidad de las nodrizas y las agencias colocadoras, la participación de los padres en su elección, la responsabilidad de la madre que no amamantaba y la del padre quien debía ejercer su autoridad sobre la madre que “*no cumplía con su deber*” (Fuentes,1996).

Otro documento barcelonés titulado “*Higiene de la alimentación de los niños o reglas prácticas y sencillas que deben conocer las madres para conservar la salud de sus hijos*” es también indicador de las ideas preponderantes en el ámbito

médico⁸ en 1890 al hacer, desde la introducción, una llamada de atención a las madres para que prescindieran de las diversiones y se dedicaran plenamente a “*su oficio*”. No podemos soslayar que el acceso a la literatura, a finales del siglo XIX, estaba restringida a mujeres aristócratas y burguesas las cuales podrían también ser transmisoras a otras madres de estos mensajes sobre las pautas de crianza aceptadas (Fuentes,1996).

Para completar el escenario, se contempla la integración de la mujer al campo laboral en el marco de la Revolución Industrial -finales del s. XVIII hasta principios del XIX- continuada con la 1º Guerra Mundial (1914-1918), en donde se originaron grandes cambios en la percepción y actitud de la sociedad y sobre todo de las mujeres con respecto a la lactancia materna. Los requerimientos de las mujeres que trabajaban fuera del hogar generaron en un principio la necesidad de posibilitar y agilizar sus nuevas actividades, dicha mentalidad y necesidad de adecuación hizo muy popular el uso de utensilios y fórmulas lácteas. La lactancia artificial, en un principio *necesaria* para cumplir con los compromisos laborales de las mujeres, fue considerándose y asumiéndose en el imaginario colectivo como *aconsejable* y la *más benéfica* para los bebés humanos. Simbolización muy conveniente para las compañías productoras y comercializadoras de leche y artefactos.

En el siglo XIX la mortalidad infantil seguía siendo muy elevada y fue asignada como causa principal la falta de asepsia en los biberones. Hasta ya avanzado el s. XIX pudieron ser resueltos los múltiples problemas de diseño e industrialización de la leche, tales soluciones aunadas a los descubrimientos del Dr. Louis Pasteur, incidieron en la adopción maniobras mejoradas de higiene en botellas, tetinas y leches, lo que permitiría que la calidad de los sucedáneos de la leche materna mejorara drásticamente (Barceló, 2003).

⁸ Al finalizar el siglo XIX la mortalidad en España iba en aumento y fue motivo de preocupación y de gran interés gubernamental y médico. Las causas fueron atribuidas principalmente a falta de cuidados y alimentación antihigiénica por lo que las madres fueron objeto de todo tipo de recomendaciones en términos moralistas para fomentar la lactancia materna. De este hecho deriva la gran cantidad de textos promotores de esta práctica en España.

En México a finales del s. XIX, cuando se configuraba apenas una concepción diferenciada del modelo de atención infantil con el modelo dominante de atención del adulto, se dio paso a la incorporación de la primera cátedra de Clínica Infantil en la Escuela Nacional de Medicina en 1893. Ésta estuvo basada en observaciones empíricas realizadas en la Casa de Maternidad, el Hospital de la Infancia y más tarde en el primer Centro de Higiene Infantil creado en 1922 (UNAM, 2003).

Ya en el año de 1910 el Dr. Roque Macouzet, precursor mexicano del reconocimiento de la *infancia* como objeto de estudio, escribió el libro “*El Arte de criar y de curar niños*”, dedicado a los jóvenes médicos para dirigir a las madres en la crianza de sus hijos (Castillo, 2003). En este ejemplar se defendía, en términos de deber materno, la crianza de los niños con leche materna aceptando la lactancia artificial sólo en casos de enfermedad materna grave o hipogalactia. El doctor proponía también, en casos de insuficiencia láctea, el método de la lactancia mixta con leche de vaca modificada (Barceló, 2003). Es motivo de reflexión la postura ambivalente de este experimentado médico mexicano a inicios del siglo XX: por un lado instaba a las madres a practicar la lactancia y por otro abría la posibilidad a los médicos de prescribir leche artificial en caso de hipogalactia que, como veremos más adelante, depende en gran medida de la percepción y experiencia de la madre y del médico.

Hacia 1928 fue fundada la Sociedad Mexicana de Puericultura y en 1930 la Sociedad Mexicana de Pediatría. Como colofón de esta corriente de especialización pediátrica se construyó en 1943 el primero de los Institutos Nacionales de Salud: el Hospital Infantil de México (Gómez-Dantés, 2011), en el que se dio cabida a un grupo de internos que serían preparados en un lapso de dieciocho meses a dos años para ser pediatras (UNAM, 2003).

Otro de los logros del momento fue el cálculo de las raciones de la leche no humana según peso, edad y longitud de los infantes. En los primeros veinte años del siglo XX continuó el desarrollo de productos lácteos similares a la leche humana

denominada “leche sintética adaptada” (Barceló, 2003) y se dio a conocer el empleo de fórmulas matemáticas para calcular su cantidad exacta según los requerimientos, por lo que el término “fórmula” fue popularizado.

Resultan indicadores claros de los intereses de la época el surgimiento y promoción de la gran cantidad de sucedáneos de la leche materna por los considerables beneficios económicos a las compañías productoras y comercializadoras de leche modificadas. Aunque en 1934 la recomendación inicial generalizada en los Centros de Higiene del Departamento de Salubridad en México era la lactancia materna, la indicación en caso de agalactia o insuficiencia en la producción era la utilización de leche pasteurizada, esterilizada, *formalinada o peptonizada*. Fue tanto el auge de las compañías comercializadoras que en la década de los cuarenta en la Ciudad de México llegaban a 30 las marcas de patente de sucedáneos de leche materna, muchas de las cuales fueron utilizadas en los inicios del Hospital Infantil (Barceló, 2003).

Dentro de un proceso socioeconómico similar al de la Primera Guerra, la integración de las mujeres a la fuerza laboral durante la Segunda Guerra Mundial (1939-1945) fue un factor que aumentó los índices de uso de sucedáneos de la leche materna, a esto se sumaron los, cada vez más desarrollados, artefactos para esterilización de biberones y mamilas. Al mismo tiempo, cambios culturales e ideológicos fomentaban al abandono de la lactancia materna justificando y promoviendo el empleo de productos y rutinas de lactancia artificial lo que dio como resultado una disminución acelerada del amamantamiento (Cerqueira, 1997). Hacia la primera mitad del s. XX los avances tecnológicos continuaron incidiendo en la opinión profesional para establecer como norma entre la comunidad médica la administración de leche en polvo basados en la idea de que ésta última conservaba el total del valor nutritivo y cubría los requerimientos de los infantes.

Puede decirse que en la primera mitad del siglo XX en países industrializados, y más tarde en naciones en vías de desarrollo, se hizo palpable un descenso en la mortalidad infantil mismo que fue atribuido a la utilización, con altos

niveles de higiene, de fórmulas infantiles con los consabidos artefactos y utensilios diseñados para su preparación, administración y consumo. En un principio la mejora en el estado de salud infantil fue adjudicada erróneamente a la lactancia artificial y la sociedad asumió que estos avances eran producto y resultado de los adelantos científicos y sanitarios en este rubro. Aunque tardíamente, la disminución en la morbi-mortalidad infantil y sus causas fueron explicadas y atribuidas a las paralelas y efectivas intervenciones que, en materia sanitaria, habían sido aplicados en las viviendas. Entre ellas se encontraban la introducción de drenaje, agua potable y en general servicios de salud materno-infantil (Cerqueira, 1997).

Tanto el imaginario popular como el médico continuaban integrando y aceptando cada vez más el uso de sucedáneos. Por otro lado algunas de las recomendaciones destinadas a convencer a las mujeres de la superioridad procedente del sector médico acerca sus conocimientos y consejos sobre el amamantamiento materno fueron, paulatinamente, devaluando los conocimientos femeninos compartidos o cultura de la lactancia. Esta persuasión impactaba en el abandono de la lactancia materna y su canje por sucedáneos de leche al finalizar la Segunda Guerra Mundial cuando se tornaba evidente la gran necesidad de la integración femenina al ámbito laboral. A este respecto un manual de crianza infantil de 1944 aprobado por el Servicio de Salud Pública de Estados Unidos de América, exhortaba a desoír los consejos de parientes y amigos si éstos presentaban conflicto con el consejo médico (Bundesen, 1944:83).⁹

Fomentar la alimentación al pecho materno sustraía a las mujeres del campo laboral tan necesitado en ese momento, en cambio persuadir a las mujeres de que su aportación económica era más importante que su labor y participación en la crianza se hizo parte fundamental del discurso social y gubernamental en los países participantes en la guerra. Por otro lado se aseguraba el aumento de los ingresos obtenidos a partir de la comercialización de un producto como la leche

⁹ La cita textual del Manual de Bundesen dice: *"The advice of well-meaning relatives, neighbors, or friends concerning the baby's feeding should not be taken when it conflicts with the doctor's advice, as this may confuse the mother and upset the baby. **Mind your doctor-not your neighbor**".*

industrializada que se estaba generalizando tanto, asegurándole un mercado de consumidores tan amplio como la población infantil del momento.

Los conocimientos y poderes sobre la alimentación infantil tanto materna como artificial fueron relegados casi en su totalidad a médicos, en su mayoría hombres, que compartieran estas premisas sobre la buena calidad y beneficios de la lactancia artificial. Lo que nos remite nuevamente a la inducida pérdida de la cultura del amamantamiento por parte de las mujeres en las comunidades con mayor acceso a la atención médica.

La instrucción médica era la alimentación al pecho en primera instancia pero también se consideraba a las leches industrializadas, habiéndose resuelto en gran medida su higiene, esterilización y dosificación, como un alimento benéfico y comparable con la leche materna. El modelo médico hegemónico¹⁰ propuesto por Eduardo Menéndez (1988) contribuye a comprender cómo y por qué se ha dado la transferencia de la confianza en el manejo de saberes populares -como la “Cultura de la lactancia materna”- hacia el personal sanitario, a quienes se les ha conferido estatus de supremacía en los procedimientos y especificaciones de la crianza calificadas médicamente como “*las correctas*”.

En vista de las seductoras campañas comercializadoras de los fabricantes de leches industrializadas en Estados Unidos de América, del paulatino descenso en el amamantamiento y del aumento en la promoción de la lactancia artificial es creada en 1956 “*La Liga de la Leche*”¹¹ por un grupo de madres en defensa de la alimentación al pecho. Desde esta fecha a la actualidad este grupo, con redes

¹⁰ El Modelo Médico Hegemónico es propuesto por el Dr. Eduardo Menéndez quien lo define así: “...conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado” (Menéndez, 1988:1)

¹¹ El nombre de esta asociación fue desde su inicio en español “La Leche League” porque para la población norteamericana de esa época era poco apropiado que apareciera la palabra “*breast o breastfeeding*” en publicaciones familiares. La Liga de la Leche es miembro del Consejo de Organizaciones No Gubernamentales de UNICEF y mantiene relaciones de trabajo con la Organización Mundial de la Salud. Es, además, miembro fundador de la Alianza Mundial a favor de la Lactancia Materna (WABA)

promotoras en todo el mundo, ha sido parte activa en movimientos, declaraciones y acciones en protección y fomento de la lactancia materna.

En México el curso de esta práctica ha sido fluctuante, dependiendo siempre de la zona geográfica y grupo social y económico al que nos refiramos, por ejemplo, se observó, según una encuesta realizada con derechohabientes del IMSS¹² en la década de los setenta, la drástica disminución en las tasas de amamantamiento durante el primer semestre de vida de los infantes, siendo éstas mucho menores en mujeres urbanas que rurales (Cerqueira, 1987). En la Ciudad de México el 36.8% de las derechohabientes encuestadas dio pecho por cuatro meses o más; en Guadalajara solamente 36% amamantó por más de tres meses. Una gran diferencia puede verse si se comparan dichos patrones con las respuestas obtenidas en comunidades rurales donde 73% indicó haber amamantado por más de seis meses. Las razones aducidas por las mujeres encuestadas para no iniciar o suspender la lactancia fueron la falta de leche, el rechazo del niño, enfermedad de la madre y que el niño no se llenaba con la leche materna. En dicha investigación 75% de las madres que no dieron pecho reconocieron que el personal médico les había recomendado sustituir la leche materna por leche de fórmula y habían recibido por parte del propio IMSS botes de leche industrializada como prestación laboral. (Cerqueira, 1987). Esta encuesta transparenta los principales condicionantes de la lactancia sobretodo en ambiente urbano y da cuenta de la ausencia de la cultura del amamantamiento tanto en mujeres lactantes como en prestadores de servicios de salud para asegurados.

Desde los sesentas los Dres. Derrick y Patrice Jelliffe, pediatras estadounidenses quienes trabajaron temas de nutrición y desarrollo infantil en EUA, África, India y el Caribe hicieron una gran labor de investigación sobre las prácticas de la industria de fórmulas lácteas a la cual culpaban por ser la principal causa de descenso en la lactancia materna y aumento en la morbimortalidad en las décadas de los sesenta y setenta en el tercer mundo. Juntos realizaron más de 20 encuestas cuya divulgación generó, en gran medida, el escándalo “The baby killer” en 1974 y el

¹² Instituto Mexicano del Seguro Social

boicot contra la Nestlé en 1977. Su postura de oposición se centraba en la forma inadecuada y excesiva de promoción y distribución de sucedáneos de la leche materna sobre todo en países en desarrollo. Él acuñó la frase “*desnutrición comerciogénica*” que aludía a la desnutrición causada por el destete provocado por la industria de las leches artificiales y su inadecuada promoción en poblaciones sin agua potable o con recursos básicos de higiene muy limitados. Apoyaron la fundación de la Alianza Mundial para la Acción Pro Lactancia Materna (WABA por sus siglas en inglés) que instrumentó la observación de las estrategias durante el boicot y continúa hasta la fecha con actividades en pro de la lactancia materna (Ebrahim, 1992) (Lathan, 2007)

Para abundar en esta antigua pero vigente problemática: algunas de las leyendas de publicidad de dicha compañía productora de leche en polvo manipulaban las grandes incertidumbres y preocupaciones maternas de insuficiencia de producción láctea diciendo: “...*when breast milk is not enough...*” y “...*when mother’s milk is not enough, our product will help to make up the difference...*” (Muller, 1974:7). La Nestlé ganó el juicio porque sus prácticas no mostraban responsabilidad directa sobre la morbilidad o mortalidad de niños pobres alimentados con sucedáneos.

En 1979 se crea la *Red internacional de acción para la comida infantil (IBFAN)* por sus siglas en inglés), mediante la cual grupos populares trabajan hasta la fecha en promover y proteger la lactancia materna. Este trabajo colectivo se ha enfocado en la denuncia civil e institucional de prácticas irresponsables de comercio de alimentos infantiles y accesorios, tomando como premisas de acción la normatividad expresada en el *Código de comercialización de sucedáneos de la leche materna*. *IBFAN* Cuenta ahora con más de 160 grupos en más de 80 países del mundo.

A finales de los setenta y ochenta y en vista del gran aumento de la morbimortalidad infantil se realizaron nuevas investigaciones sobre el comportamiento de diferentes poblaciones con respecto al fenómeno de la lactancia materna en

diferentes estratos sociales y estados nutricionales mostrándose sus enormes ventajas inmunológicas, de absorción de hierro, de digestibilidad, de fijación de calcio, de adecuación para bebés humanos en la calidad y cantidad de sus elementos. Entre otros aspectos se destacaron la complejidad y el dinamismo de la composición de la leche materna lo cual sigue, hasta la actualidad, haciendo imposible su síntesis artificial (Barriuso, *et al.*, 2007).

Asimismo se reconoció la necesidad de reanudar el impulso y la promoción de la alimentación al seno materno por lo que se centraron esfuerzos internacionales en la recuperación de esta práctica, aún en contra de las ya sólidamente establecidas prácticas en hospitales y consultorios de proponer la sustitución o complementación de la leche materna desde los primeros meses de vida del lactante.

La OMS llevó cabo dos estudios pioneros y fundamentales que marcaron pauta a las siguientes investigaciones y publicaciones sobre este fenómeno mundial. Los resultados fueron difundidos en dos volúmenes en los años de 1981 y 1985, el primero bajo el nombre de *“Modalidades de la lactancia natural en la actualidad”* y el segundo como *“Cantidad y calidad de la leche materna”*. En el primero se estudiaron 23,000 binomios madre-hijo en tres categorías económicas; las curvas mostraron en el primer grupo -*“económicamente favorecido”*- que las cifras iniciales aceptables de lactancia materna disminuyeron drásticamente durante el primer semestre. En cambio el grupo de la punta opuesta o países subdesarrollados -*“rural”*- se caracterizó por altísimas cifras iniciales de lactancia materna mismas que se prolongaban a lo largo del primer año de vida (Barriuso, *et al.*, 2007).

Aquí concluye el limitado recorrido histórico que facilita la percepción de la lactancia materna como un complejo y dinámico entramado de procesos con gran carga simbólica, ideológica y cultural que interactúan, generan y, en cierta medida, explican la pérdida del amamantamiento como recurso inicial de alimentación infantil en ciertos niveles socioculturales y ciertas zonas del mundo. Asimismo se destacan otras prácticas, producto del curso natural de las sociedades o de investigaciones científicas que, desde el pasado y hasta la actualidad, tratan de

rescatar la “explotación de este recurso renovable” que es la leche materna. Actualmente y a nivel internacional e institucional se reconoce, promueve y favorece en forma abierta la lactancia materna por sus consabidos y comprobados beneficios tanto para la madre como para el infante y se promueven nuevos rubros y líneas de investigación, las cuales asocian a la lactancia con disminución y prevención de una gran variedad de problemas de salud pública a nivel mundial.

A partir de esta introducción contextual de la evolución de la lactancia materna podemos comprender los cambios producidos a lo largo del siglo XX y XXI en los cuales se han llevado a cabo reuniones internacionales con propuestas muy puntuales de logística para la promoción, apoyo y su legislación en todas las áreas humanas y sobre todo sanitarias relacionadas con la alimentación y crianza del lactante y de la atención materna integral. Veremos a continuación los documentos más importantes confeccionados con la colaboración de entidades privadas y gubernamentales.

CAPÍTULO II

DISCURSO Y ACCIONES INTERNACIONALES Y MEXICANAS SOBRE LACTANCIA MATERNA

Desde la década de los setenta las instituciones gubernamentales y no gubernamentales, asociaciones médicas y civiles, comités femeninos y demás interesados en el tema se han propuesto crear conciencia, dar información y abrir campos de investigación para promover y recuperar la práctica de la lactancia materna. Dicho interés ha surgido a partir de estudios e investigaciones internacionales sobre la leche materna, de sus efectos y beneficios a corto y largo plazo en la nutrición y procesos de morbi-mortalidad infantil. Ha sido con el motivo central de conocer y promover la lactancia materna que se han redactado infinidad de documentos con propuestas de trabajo, con acciones concretas, de reglamentación y de legislación específica y adecuada que una gran mayoría de países ha avalado, divulgado y fomentado como compromiso mundial de revisión permanente y de continuidad en sus estrategias de cumplimiento orientadas hacia todos los sectores de la sociedad.

Con la necesidad de definir y estandarizar los lineamientos en las acciones gubernamentales e institucionales sociales y de salud, los gobiernos interesados y comprometidos se han acogido a las recomendaciones internacionales sobre

alimentación y salud, investigadas, actualizadas y dictadas en su mayoría por la Organización Mundial de Salud (OMS), la Organización Panamericana de Salud (OPS), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO).

Para tener un panorama amplio que complete nuestra perspectiva sobre los mensajes generados en las organizaciones dedicadas a la salud mundial se han recopilado algunas de las numerosas aportaciones, discursos y estrategias instrumentadas internacionalmente durante el siglo XX y XXI en materia de lactancia materna, mismas que han significado lineamientos prioritarios mundiales sobre alimentación infantil, lactancia materna y crianza. Como colofón de este capítulo abordaremos la implementación en México de políticas gubernamentales e institucionales vinculadas con esta práctica.

Hacemos mención de las iniciativas más relevantes que representan tanto la toma de conciencia institucional como el compromiso elaborado internacionalmente de protección al niño y a la madre y de promoción de la lactancia materna a nivel mundial.

REUNIONES, ACUERDOS Y DECLARACIONES MÁS RELEVANTES

Asamblea Mundial de la Salud (Ginebra, 1974) OMS.

La 27ª Asamblea Mundial de la Salud (AMS) advirtió el descenso de la lactancia materna en muchos países del mundo y lo relacionó con la promoción indiscriminada de sucedáneos industriales de leche materna por lo que se hizo la recomendación a los estados miembros de adoptar medidas correctoras. Para 1978 la 31ª AMS volvió a recomendar la reglamentación en la promoción de estos productos mediante un código regulatorio.

Reunión Conjunta OMS/UNICEF Sobre Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño (Ginebra,1979) OMS.

En la 31 ° Asamblea Mundial de la Salud se volvieron a acordar recomendaciones sobre la ordenación y reglamentación en la promoción y venta de los sucedáneos de la leche materna; también fue proyectada la redacción de un código regulador de estas prácticas.

Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna (Ginebra,1981)¹³.

Ante las prácticas incorrectas en la comercialización de sucedáneos que aumentaban problemas de morbimortalidad infantil y con el objetivo de controlar la obstaculización de la lactancia natural fue preparado el Código por UNICEF y OMS y adoptado en la 34ª Asamblea Mundial de la Salud a partir de la cual los países miembros deberían implementarlo íntegramente además de comprometerse con los productores y distribuidores de sucedáneos. El Código no tiene calidad de obligatorio como un Tratado o una Convención, se trata de un compromiso ético que los distintos gobiernos han de implementar y legislar para regular la comercialización de los sucedáneos de la leche materna. UNICEF colabora con legisladores y abogados a fin de que en aumente la cantidad de países que hagan vigente el Código además de otras normas y leyes de protección de la maternidad. Resumimos las especificaciones del Código (ICDC-IBFAN, 2004):

- Prohíbe todo tipo de publicidad y promoción de productos al público en general.
- Prohíbe muestras y regalos a madres y trabajadores de salud.
- Requiere que los materiales de información defiendan la lactancia materna, alerten sobre los riesgos de la alimentación con biberón y NO contengan imágenes de

¹³ La OPS (Organización Panamericana de la Salud), la IBFAN (Red Internacional de Grupos Pro alimentación Infantil), y el ICDC (Centro Internacional de Documentación del Código) realizaron una compilación del Código, resoluciones relevantes de la AMS (Asamblea Mundial de la Salud) y otros documentos los cuales pueden ser consultados en la página:

http://new.paho.org/hq/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=1897&Itemid=139

NOTA: Es de vital importancia considerar las resoluciones posteriores de la Asamblea Mundial de la Salud porque éstas le confiere legalidad a las actualizaciones del Código.

bebés o textos que idealicen el uso de sucedáneos de la leche materna.

- Prohíbe el uso de los establecimientos de salud para promover sucedáneos de la leche materna.
- Prohíbe suministros de sucedáneos de la leche materna gratuitos o a bajo costo.
- Permite que los profesionales de la salud reciban muestras pero solamente con propósitos de investigación.
- Demanda que la información de los productos sea científica y objetiva.
- Prohíbe incentivos de venta para los sucedáneos y el contacto con las madres.
- Requiere que las etiquetas informen en forma completa acerca del uso correcto de las fórmulas infantiles y sobre los riesgos del empleo inadecuado.
- Requiere que las etiquetas NO desalienten la lactancia materna.

Declaración de Fortaleza. Tecnología apropiada para el parto. Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento (Fortaleza, 1985).

En abril de 1985 la OPS, la oficina europea y la regional para las Américas de la OMS organizaron una Conferencia en Fortaleza, Brasil con la asistencia de pediatras, obstetras, comadronas, epidemiólogos, sociólogos, psicólogos, economistas, administradores sanitarios y madres con la finalidad de realizar una revisión conjunta y adoptar una serie de recomendaciones y tecnología apropiada aplicables a los servicios perinatales de todo el mundo. Partiendo de que cada mujer tiene derecho de recibir atención prenatal y perinatal, el exhorto se dirigía a los prestadores del servicio para que tuvieran en cuenta los componentes sociales, emocionales y psicológicos de las mujeres en estas situaciones. La idea era plantear los requerimientos básicos sobre la profunda transformación de los servicios sanitarios y modificación en sus actitudes con el fin de brindar una atención perinatal adecuada. De dichas recomendaciones seleccionamos las que consideramos más directamente relacionadas con el inicio del proceso de lactancia (OMS, 1985):

❖ Los grupos de ayuda mutua entre madres ofrecen un valioso apoyo social y una oportunidad única para compartir información sobre el parto.

❖ La formación de los profesionales debe transmitir los nuevos conocimientos sobre aspectos sociales, culturales, antropológicos y éticos del parto.

❖ La formación de los profesionales sanitarios debe incluir técnicas de comunicación para promover un intercambio respetuoso de información entre los miembros del equipo sanitario y las embarazadas y sus familias.

❖ Para el bienestar de la nueva madre, un miembro elegido de su familia debe tener libre acceso durante el parto y todo el periodo postnatal. Además, el equipo sanitario también debe prestar apoyo emocional.

❖ Las mujeres que dan a luz en una institución deben conservar su derecho a decidir sobre vestimenta (la suya y la del bebé), comida, destino de la placenta y otras prácticas culturalmente importantes.

❖ El recién nacido sano debe permanecer con la madre siempre que sea posible. La observación del recién nacido sano no justifica la separación de su madre.

❖ Debe recomendarse la lactancia inmediata, incluso antes de que la madre abandone la sala de partos.

Declaración conjunta OMS/UNICEF para la promoción, protección y apoyo a la lactancia natural: la función especial de los servicios de maternidad (Ginebra, 1989).

Dirigida predominantemente a los servicios públicos y privados de atención perinatal, instaba a que todos los sectores de la sociedad, especialmente los padres, tuvieran acceso a educación sobre lactancia materna y recibieran apoyo para ponerla

en práctica. Fue en esta reunión donde se definieron las condiciones idóneas para lograr la lactancia, dicho decálogo fue denominado “Diez pasos hacia una lactancia exitosa” (Paricio, 2004):

- 1) *Disponer de una política por escrito, relativa a la lactancia materna o natural que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de salud.*
- 2) *Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.*
- 3) *Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia materna o natural y la forma de ponerla en práctica.*
- 4) *Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la hora siguiente al parto.*
- 5) *Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos*
- 6) *No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicado.*
- 7) *Facilitar la cohabitación de las madres y los niños durante las 24 horas del día.*
- 8) *Fomentar la lactancia materna o natural cada vez que se solicite.*
- 9) *No dar a los niños alimentados al pecho, chupones artificiales.*
- 10) *Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia materna o natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos.*

Declaración de Innocenti para la protección, promoción y apoyo a la lactancia (Florencia, 1990).

Dentro del marco de la reunión conjunta OMS/UNICEF denominada “La lactancia materna: una iniciativa a nivel mundial” surge la “Declaración de Innocenti” en torno a la protección, el fomento y el apoyo de la lactancia materna en la cual se instaba a los gobiernos a adoptar medidas para conseguir una “cultura de la lactancia materna”. Se estableció, como meta mundial para la salud y nutrición

óptima de la madre y del lactante, el amamantamiento exclusivo durante los primeros 4 meses, complementándolo con alimentos apropiados y en cantidad suficiente sin interrumpir la leche materna hasta los dos años de edad o más. Para su cumplimiento se fijaron estrategias en torno a: reforzamiento de la cultura del amamantamiento; aumento en la autoconfianza de las mujeres en su capacidad de amamantar; eliminación de obstáculos en el hogar, el sistema de salud, lugar de trabajo y la propia comunidad y por último la capacidad del personal de salud para establecer las políticas de lactancia materna.

A quince años de realizada la Declaración de Innocenti de 1990 se revisaron los avances y se propusieron cinco estrategias que fortalecieran las cuatro iniciales y protegerlas legislativamente. El nombre de la última fue: “Declaración de Innocenti 2005 para la protección de la alimentación infantil”. Desde hace 20 años se ha continuado conmemorado anualmente esta Declaración con “La Semana Mundial de la Lactancia Materna” la cual fomenta esta práctica mediante eventos diversos.

Las metas operacionales fijadas para el año 1995 para todos los gobiernos participantes fueron:

- 11) Haber nombrado un coordinador nacional con autoridad.
- 12) Haber garantizado la aplicación de los “Diez Pasos hacia una lactancia exitosa” (OMS/UNICEF, 1989) en todas las instituciones que proporcionen servicios de maternidad.
- 13) Haber implementado la puesta en marcha del “Código de comercialización de Sucedáneos de la leche materna” y las resoluciones pertinentes de la “Asamblea Mundial de la Salud”.
- 14) Haber aprobado leyes protectoras de los derechos de la lactancia materna en mujeres trabajadoras.

Cumbre Mundial en favor de la Infancia (Nueva York, 1990).

La reunión fue convocada por las Naciones Unidas y tuvo la mayor asistencia de dirigentes en toda la historia; en ésta se aprobó la Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño y un Plan de Acción¹⁴ para aplicar la Declaración en los años noventa. Las medidas y compromisos establecidos giraron en suma, alrededor de la salud materno-infantil que abordaba su alimentación y nutrición –incluidos el fomento y la protección al amamantamiento materno-, la educación y protección del niño en circunstancias especialmente difíciles, además de instar a los gobiernos participantes a la ratificación y aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño adoptada en 1989.

Iniciativa Hospitales Amigos del niño (1991).

En 1991 comienza la Iniciativa Hospital Amigo del Niño, acreditación que concede OMS/UNICEF a hospitales que, tras ser evaluados, cumplen con requisitos como: más del 75% de lactancia materna al momento del alta en la maternidad y observar los “Diez pasos hacia una feliz lactancia natural” (Paricio, 2004). Los objetivos de esta iniciativa fueron:

- *Transformar los hospitales y las maternidades mediante la aplicación de los «Diez Pasos para una lactancia exitosa».*
- *Permitir a las madres una elección informada de cómo alimentar a sus recién nacidos.*
- *Apoyar el inicio precoz de la lactancia materna*
- *Promover la lactancia materna exclusiva los primeros seis meses*
- *Poner fin a la distribución de suministros gratuitos o a bajo precio de sucedáneos de la leche materna a los hospitales y maternidades.*
- *Añadir otros aspectos (humanización) de atención a la madre y al niño.*

Declaración Mundial y Plan de Acción para la Nutrición. Conferencia Internacional FAO/OMS sobre Nutrición (Roma, 1992).

¹⁴ La Declaración Mundial y el Plan de Acción pueden ser consultados en:
http://www.iin.oea.org/Cursos_a_distancia/CursosProder2004/Bibliografia_genero/UT2/Lectura.2.11.pdf

La conferencia fue convocada por la FAO en Roma y la OMS a la que se sumaron 186 países y 144 organizaciones no gubernamentales; el Plan de Acción derivado se enfocó a la renovación de compromisos para el alivio de la problemática alimentaria mundial. Se instó a la creación de un ambiente social y económico propicio que garantizara la nutrición del niño y la familia. Un punto revelador de la toma de conciencia y muy clara posición ideológica sobre la trascendencia de la lactancia materna es que se exhortó a las mujeres a contribuir practicando el amamantamiento.

54ª Asamblea Mundial de la Salud. Nutrición del lactante y del niño pequeño (Ginebra, 2001).

Habiéndose planteado con anterioridad resoluciones esenciales acerca de la nutrición del lactante y del niño pequeño y a veinte años de la adopción del Código de Comercialización de Sucedáneos éstas fueron adoptadas por consenso. Se instaba a los países miembros a fortalecer actividades que protegieran, promovieran y apoyaran, como recomendación de salud pública mundial, a la lactancia materna exclusiva durante seis meses –ampliando lo dictado en la Declaración de Innocenti en la cual se habían aprobado 4 meses-, además de introducir alimentación complementaria apropiada e inocua y continuar con el amamantamiento hasta los dos años de edad o más.

Se solicitó asimismo el apoyo a la Iniciativa “Hospital Amigo” reglamentando y respaldando la reevaluación periódica de los hospitales para garantizar el mantenimiento de los estándares y por ende la credibilidad de la iniciativa a largo plazo. Otra petición fue optimizar los alimentos complementarios y las prácticas de alimentación además de otorgar asesoramiento nutricional materno dentro de un marco de respeto a los valores culturales con la recomendación de aumentar la utilización de alimentos autóctonos ricos en nutrientes. De la misma manera se hizo hincapié en la divulgación social de esos conceptos para inducir a un mayor número de comunidades a practicarla.

Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. OMS/UNICEF (Ginebra, 2002).

Esta reunión representó la oportunidad de revisar las estrategias tomadas y el impacto de las iniciativas previas más importantes -“Hospital Amigo”, “Código de Comercialización de Sucedáneos” y “Declaración de Innocenti”- en un contexto global de políticas y programas nacionales sobre nutrición y salud del niño. En este documento se destacaron aspectos de morbi-mortalidad del lactante y del niño pequeño, así como los peligros que representa la ausencia de la lactancia materna exclusiva durante el primer semestre de vida aunado a una alimentación complementaria inadecuada. Se definieron también los requerimientos indispensables de los alimentos complementarios como: *oportunos, adecuados, inocuos y una forma apropiada en su administración.*

Fueron reafirmados los cuatro objetivos de la Declaración de Innocenti a los que se agregaron los siguientes objetivos operacionales (OMS, 2003:15):

- elaborar, aplicar, supervisar y evaluar una política integral sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño en el contexto de las políticas y programas nacionales relativos a la nutrición, los niños y la salud reproductiva [...]
- velar por que el sector de la salud protejan y apoyen la lactancia natural exclusiva durante seis meses y la continuación de la lactancia natural hasta los dos años o más, dando el apoyo necesario a las mujeres en la familia, comunidad y lugar de trabajo para alcanzar este objetivo
- fomentar una alimentación complementaria oportuna, adecuada, inocua y apropiada sin interrupción de la lactancia natural.
- proporcionar asesoramiento sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño en circunstancias excepcionalmente difíciles [...]

- estudiar qué nuevas leyes u otras medidas se necesitan, como parte de una política integral sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño y poner en práctica los principios y el fin del "Código de Comercialización de sucedáneos de la leche materna"

***Plan Estratégico para la Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna en Europa. (IHAN) (2004)*¹⁵.**

En un marco de poco crecimiento o en franca disminución de las tasas de lactancia materna alrededor del mundo se da a conocer este Plan que se presenta como el entorno ideal para el desarrollo de proyectos destinados a promocionar y apoyar la lactancia materna por la inclusión de actividades eficaces que permitieran su continuidad.

Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN) OMS/UNICEF (2008).

Su lanzamiento tuvo como objetivo alentar a los hospitales y servicios de salud a la adopción de prácticas protectoras de la lactancia materna fijadas en los "Diez Pasos..." informando los requerimientos para su conversión en hospitales IHAN, proceso que comienza con una autoevaluación y posterior análisis siguiendo la secuencia Triple-A: Apreciación, Análisis, Acción, que caracteriza el desarrollo de los programas de UNICEF.

Muchos y variados documentos han seguido editándose y están disponibles en internet sobre todo en las páginas de la OMS y de UNICEF donde se tiene acceso a publicaciones como "*Los principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado*" (OMS,2003) e "*Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño*" (OMS/UNICEF, 2009), entre otras.

¹⁵ Iniciativa para la humanización de la asistencia al nacimiento y la lactancia (IHAN).

Otro tema de divulgación de la OMS, relevante para nuestra investigación y por el que hago una reflexión aparte, es sobre las estimaciones internacionales acerca de la gran influencia del personal de salud en la práctica de la lactancia y:

“...debido al inapropiado enfoque de la alimentación del lactante durante la formación del personal de salud... aunado...a la carencia o debilidad de conocimientos y habilidades adecuadas... además de la promoción abierta o encubierta sobre el empleo de sucedáneos de la leche materna” (OMS, 2010:1)

Por lo que, y como parte integral de las actividades generadas por la OMS/OPS, se ha entendido como fundamental la capacitación básica y adecuada de los profesionales sanitarios. En este sentido se creó un “*Capítulo Modelo sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño*” (OMS, 2010) que tiene como objetivo su utilización como texto en las facultades de ciencias de la Salud porque aborda conocimientos y habilidades prácticas de orientación y consejería. Dicho documento es el resultado del trabajo realizado y probado desde 2003 con personal docente en varias regiones del mundo, con múltiples aportes y recomendaciones y con la expectativa de ser actualizado en 2013.

En este mismo ámbito de acciones por el amamantamiento materno es destacable la labor constante de La Alianza Mundial pro Lactancia Materna (WABA) que es una coalición mundial de personas, organizaciones y redes dedicada a la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna en todo el mundo. Sus bases están cimentadas en la Declaración de Innocenti, los Diez Pasos para Nutrir el Futuro y la Estrategia Mundial de OMS/UNICEF para la Alimentación del/la Lactante y del/la Niño/a Pequeño/a. Sus principales asociadas son la Red Internacional pro Alimentación Infantil (IBFAN), La Liga La Leche Internacional (LLLI), Internacional Lactation Consultant Association (ILCA), Wellstart International y Academy of Breastfeeding Medicine (ABM). WABA tiene status consultivo con UNICEF y como ONG tiene status consultivo especial con el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (ECOSOC).

Se han mencionado algunas de las numerosas iniciativas y estrategias a nivel local, regional, nacional e internacional que promueven y apoyan la lactancia. El mensaje y compromiso establecido por la OMS, FAO, UNICEF, OPS y demás instituciones, organizaciones, empresas, entidades sanitarias, interlocutores sociales y otros grupos participantes, ha sido proseguir enérgicamente en la tarea de identificación de los factores incidentes en la lactancia, la alimentación infantil y la reestructuración de estrategias a la luz de nuevos datos científicos y epidemiológicos.

Cabe destacar, antes de pasar al siguiente rubro, la enorme lucha y labor conjunta, multidisciplinaria e internacional alrededor de la defensa, fomento y apoyo del amamantamiento materno.

DISCURSO OFICIAL, PROMOCIÓN Y EVOLUCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EN MÉXICO.

La gran variedad cultural, ecológica y poblacional de México ha sido causal constante de atención para la implementación de programas y estrategias de desarrollo social, prevención y protección social en salud. Es así que los resultados de la Segunda Encuesta Nacional de Nutrición en México (*ENN 1999*) apuntan que 23% de las familias eran beneficiarias de algún programa de apoyo alimentario. La actualización de estos rubros muestra, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2006 (*ENSANUT, 2006*), que 43% de las familias se benefician con algún programa de apoyo institucional (Olais, *et al*, 2006).

Derivado de evaluaciones actuales se ha considerado que los programas con mayor cobertura son el de “Oportunidades” y los del DIF. Es importante resaltar también que estos programas tienen una distribución diferencial dependiendo de su localización: “Oportunidades” tiene una mayor cobertura en zonas rurales donde casi el 75% de la población tiene acceso a sus beneficios. Le sigue el conjunto de programas del DIF que cubren el 22,4% de los hogares mediante los “Desayunos

escolares”, “Despensas” y “Cocinas Populares” y por último tenemos al Programa de Apoyo Alimentario (Olais, *et al*, 2006).

La historia de dichas intervenciones, casi siempre coincidente con periodos presidenciales, es larga por lo que mencionamos algunas de las relacionadas con la cultura alimentaria en nuestro país por ser esta última un codeterminante fundamental en la alimentación infantil de la cual forma parte la lactancia materna (INNSZ, 2007):

- Pider 1973-1983
- Pronal-Conacyt 1974-1976.
- Coplamar 1977
- SAM 1978-1981.
- Pronal-Conal 1983-1988.
- Pronasol 1989-1994.
- Programa de Alimentación y Nutrición Familiar 1995-1996.
- Progresá 1997-2001.
- Programa de desarrollo Humano Oportunidades 2001...
- Plan Nacional de desarrollo 2007-2012
- Canasta Básica
- Raciones Alimentarias (desayunos escolares)
- PASAF (despensas)
- Copusi (cocinas populares)
- POA (orientación alimentaria)
- Abasto Rural (PAR)
- Apoyo Alimentario (PAL-Diconsa)
- Abasto Social de Leche (PASL-Liconsa)

Al respecto se han realizado evaluaciones de las políticas de desarrollo social mediante instrumentos e instituciones que evalúan la evolución de la situación nutricional de la población mexicana, la implementación de programas alimentarios, de nutrición y de abasto desde 1865 hasta 1988 en México. Una de ellas es el

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL, 2009).

De igual manera las áreas de salud pública y reproductiva se han convertido en asuntos relevantes y de gran interés oficial por sus consecuencias e implicaciones en la sociedad mexicana en su conjunto, consecuentemente los procesos reproductivos como el embarazo, parto y lactancia han sido objeto de continuos programas de apoyo en la República Mexicana. Son indicativos de la problemática de los servicios de salud, los resultados obtenidos en la evaluación que registra una disminución en la lactancia materna asociada al programa de “Oportunidades” con una duración de 2.3 meses menos en madres participantes que en madres no participantes (Neufeld y Cols, 2006 en CONEVAL, 2009) (Instituto Nacional de Salud Pública, 2006). En este sentido resulta importante reconocer la pretensión de los programas institucionales recientes que vinculan estrategias y enfoque de comunicación educativa con la adopción de conductas saludables más que con la adquisición de conocimientos (CONEVAL, 2009).

La atención materno-infantil ha sido considerada como tema prioritario en su estudio, análisis, acciones y seguimiento por parte de organismos comisionados gubernamentalmente en México, por lo que se ha instado, desde todos los sectores institucionales, a la promoción de programas más agresivos y políticas nacionales, estatales y federales, en favor de la lactancia materna además de la evaluación y adecuación de los programas existentes (González-Cosío, *et. al.*, 2003), sin olvidar que dependen en su diseño, forma y contenido de las ya comentadas políticas mundiales delineadas por UNICEF y OMS.

Una interpretación basada en los resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición de 1999 en México muestra un descenso importante en la lactancia materna exclusiva al reportar que su prevalencia durante los cuatro primeros meses de vida fue de 25.7% y durante los primeros seis meses fue de 20.3%. La proporción de lactancia materna durante el segundo año de vida fue de 30.9%; la duración media de la lactancia fue de 9 meses y la proporción nacional de niños que lactaron

en alguna ocasión fue de 92.3%. Vemos también que la probabilidad de lactancia materna exclusiva en los primeros cuatro meses disminuyó con la edad del niño aunque esta proporción en comunidades rurales fue más alta sin tener relación con la educación o empleo maternos (Rivera y Sepúlveda, 2003).

Estos informes, unidos a los de morbi-mortalidad en lactantes, dan cuenta de la desaceleración en el ritmo de de lactancia materna reflejando la problemática mexicana con proyectos de solución a muy largo plazo. En el Cuadro 2.1 se ilustran las tasas de amamantamiento en México con base en diversas encuestas nacionales de salud para presentar un panorama más amplio de la evolución de esta práctica a lo largo de 25 años.

Cuadro 2.1 Prevalencia de la lactancia en México según diversas Encuestas.
Proporción de niños amamantados

Edad meses	Encuesta Mexicana de Fecundidad 1974-76	Encuesta Nal. de Prevalencia de Uso de Métodos anticonceptivos 1977-79	Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1984-86	Encuesta Nal. de Salud Materno-Infantil 1989-94	2° Encuesta Nacional de Nutrición 1999 ¹⁶
1 mes	72.7	76.8	74.1	85.6	
2 mes	68	70.5	72.2	85.4	
3 mes	61.5	66.8	66.8	60.2	
4 mes	57.3	55.3	64.1	76.9	25.7
5 mes	51.4	52.1	55.1	54.2	
6 mes	50.4	52.4	55.2	44.2	20.6

¹⁶ Se agregan a la tabla los resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición de 1999 para ampliar el contexto.

Fuente: Programa Nacional de Acción SSA. México y la Cumbre Mundial en favor de la infancia. Cuarta Evaluación, 1994a

A partir de las reuniones de las organizaciones internacionales sobre nutrición y atención infantil y dando cumplimiento a los compromisos suscritos en la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, el gobierno federal mexicano elaboró en dos periodos gubernamentales consecutivos (1988-1994-2000), dos instrumentos identificados como “Programa Nacional de Acción en favor de la Infancia (PNAFI)”. En ellos se establecieron metas y acciones específicas encaminadas a elevar la supervivencia, protección y desarrollo de los infantes. Estos programas fueron elaborados con la participación de la Secretaría de Salud y la de Educación, del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y de la Comisión Nacional del Agua. Para dar seguimiento a las acciones y metas logradas se realizaron periódicamente informes encabezados por los respectivos presidentes de la República (SSA, 1991, 1992b,1994a,1994b,1995). Estos documentos abordaron la problemática y la red multicausal de los factores condicionantes para garantizar mayor supervivencia, protección y desarrollo del niño, expresados en siete compromisos prioritarios.

En dichos documentos se proponía la promoción y protección tanto de la salud reproductiva de la mujer como la del de niño desde la vida intrauterina y a través de las distintas etapas de su vida; también se establecía, entre otros temas, el propósito de aumentar cobertura de atención, adecuar atención de partos y recién nacidos, capacitar personal para proteger y fomentar la lactancia materna, vigilar el desarrollo y crecimiento del niño menor de cinco años y dotar de complementos alimenticios a población materno-infantil en comunidades rurales o zonas con riesgo de desnutrición entre otras (SSA,1991).

Desde el primer informe, coordinado por la Comisión Nacional de Seguimiento y Evaluación del Programa Nacional de Acción en Favor de la Infancia, se dio cuenta de la realización de intensas campañas de difusión y capacitación del personal de salud para favorecer la implantación de estrategias del Programa en las

instituciones del Sistema Nacional de Salud, como la lactancia materna y el alojamiento conjunto (SSA, 1992b).

En el primer informe se reporta que desde 1989 se habían llevado a cabo programas como “La salud empieza en casa”, el cual tenía como objetivo, mediante la participación de la comunidad, la prevención de riesgos para la salud materno-infantil y capacitación en lactancia como temas prioritarios. Dentro de este marco se incluyó la estrategia “Bandera blanca” para orientar a madres de familia sobre prevención y control de enfermedades diarreicas además del uso de terapia de rehidratación oral (SSA, 1992b). Simultáneamente se instaló el “Programa de capacitación de madres procuradoras de la salud familiar” y el de “Parteras tradicionales” incluyendo como uno de los temas principales a la lactancia materna (SSA, 1992a). Como resultado de tales programas, entre 1989 y 1992 se habían capacitado en el tema de lactancia a casi cinco mil mujeres.

Hacia 1990 diversas instituciones conformaron el Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva coordinado por la Secretaría de Salud para, nuevamente, diseñar estrategias para la protección, promoción y fomento a la lactancia materna. Un amplio programa se diseñó para disminuir los factores incidentes en el abandono de la lactancia tanto en el medio urbano como en el rural (SSA; 1992a).

Para identificar dichos factores se contó con el trabajo coordinado entre la SSA y la Facultad de Medicina de la UNAM. Este estudio se llevó a cabo, en su primera etapa, durante un año en pequeñas comunidades atendidas por pasantes de medicina en su Servicio Social. Los resultados que arrojó se referían a la necesidad de reforzar la enseñanza básica para que el personal de salud pudiera resolver adecuadamente los problemas de lactancia sin recurrir de primera instancia a recomendaciones de sustitución con fórmulas lácteas (SSA, 1995)

En el documento de la entonces Secretaría de Salubridad planteaba que desde la década de los sesenta se había diseñado un programa con tres grandes vertientes:

- *Fortalecimiento Institucional* orientado a reestructurar las unidades de salud con el fin de adecuarlas a la práctica de la lactancia natural, incluyendo lactancia materna inmediata al parto, alojamiento conjunto, eliminación de rutinas médicas innecesarias, además de creación de clínicas de lactancia y de grupos voluntarios para resolución de problemas prácticos.
- *Capacitación y comunicación educativa* dirigida a personal de salud en servicio y en formación. En coordinación con escuelas formadoras, la inclusión de temas sobre lactancia amplios y adecuados. Educar paralelamente a la comunidad mediante medios masivos.
- *Seguimiento epidemiológico* para conocer, mediante intervenciones, el impacto alcanzado. Monitorear y fortalecer estrategias para el rescate de la lactancia materna.

Fue durante la Segunda Reunión de Seguimiento y Evaluación del Programa Nacional de Acción para el Cumplimiento de las Metas de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, cuando se dio a conocer la Iniciativa Hospital Amigo del Niño, acordada por la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. La iniciativa estuvo a cargo de la Secretaría de Salud estableciendo el programa que pondría en práctica la Dirección de Atención Materno Infantil, con la intervención de las instituciones que conformaban el Sistema Nacional de Salud mexicano, el UNICEF, OPS, OMS y La Liga de la Leche (SSA, 1992a).

La iniciativa mexicana puesta en práctica en 1991 tuvo como eje los “Diez Pasos para una Lactancia Exitosa” y se denominó: “Programa Hospital Amigo del Niño y de la Madre” incorporando otras 15 acciones vinculadas con la salud materno-infantil. Un logro notable y sin precedentes de este programa fue el compromiso con los fabricantes de sucedáneos de leche materna instalados en México, de suspender la distribución gratuita de muestras y el abaratamiento de sus productos. La iniciativa se concretó al formarse un Comité Nacional de Lactancia Materna en 1991 el cual contaba con la participación del Sistema Nacional de Salud, organismos internacionales, instituciones académicas y de investigación, organismos no gubernamentales, centros de estudios superiores y empresas productoras de

sucedáneos de la leche materna. Este Comité representó la máxima instancia de coordinación de acciones para promoción de la lactancia materna (SSA, 1992a).

Para finales de 1992 se habían involucrado 214 hospitales del Sistema Nacional de Salud, de los cuales 30 habían recibido certificación y 5 habían eliminado por completo el uso de biberones (SSA, 1992a). Para marzo de 2008 se habían certificado 325 hospitales de la Secretaría de Salud y más de 800 del Sistema Nacional de Salud (Senado de la República, 2008).

El Centro Nacional de la Lactancia Materna, creado en 1992 en el Hospital General de México y reconocido dos años antes como “Hospital Amigo”, contaba con tres líneas de acción-docencia que incluían la promoción hacia la comunidad, la asistencia a través de una clínica de lactancia materna y la investigación. Actualmente el Centro ha aumentado a cinco sus principales líneas de acción: 1) Lactancia materna, 2) Atención médica, 3) Acciones preventivas, 4) Acciones educativas y de promoción y 5) Investigación y sistematización (SSA, 2010).

La capacitación en lactancia a personal de servicios de salud fue identificada como aspecto crucial del proceso: en la década de los noventa la Dirección de Atención Materno Infantil y la de Enseñanza para la Salud iniciaron gestiones ante las 57 escuelas y facultades de medicina existentes, entre ellas la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), para reorientar la formación de los profesionales y capacitar al personal de los servicios de salud logrando que el tema de lactancia materna fuera incluido en los programas de estudio; también fue creada la Unidad de Autoenseñanza en Lactancia Materna para pasantes médicos en servicio social (SSA, 1992a). De igual manera se llevaron a cabo los trámites para que la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud incluyera el tema en sus planes de estudios de medicina.

Existe asimismo la Norma Oficial Mexicana *Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio* (S.S., 1994). Documento producido mediante la colaboración

interinstitucional de organizaciones, asociaciones y hospitales gubernamentales y no gubernamentales mexicanos además de la OPS en México y UNICEF. En dicho documento se establecen claramente las definiciones y terminología perinatal además de datos específicos sobre la normatividad en la valoración y atención materno-infantil en México. A continuación se presentan las referentes al fomento a la lactancia materna (SS, 1994:13-15):

5.5.1.3 En los primeros 30 minutos el inicio de la lactancia materna exclusiva en aquellas mujeres cuyas condiciones lo permitan y la indicación de alimentación a seno materno a libre demanda.

5.5.1.7 Durante el internamiento y antes del alta, orientar a la madre sobre los cuidados del recién nacido, sobre la técnica de la lactancia materna exclusiva y los signos de alarma que ameritan atención médica de ambos.

5.6.4 En el recién nacido debe eliminarse como práctica rutinaria y sólo por indicación médica realizarse la aspiración de secreciones por sonda, lavado gástrico, ayuno, administración de soluciones glucosadas, agua o fórmula láctea, el uso de biberón y la separación madre hijo.

5.6.5 En ningún caso, se mantendrá a un recién nacido en ayuno por más de cuatro horas, sin el aporte cuando menos de soluciones glucosadas y más de 4 días sin nutrición natural o artificial, si la unidad médica no cuenta con el recurso deberá remitir el caso a la unidad correspondiente para su valoración y tratamiento.

5.7 Protección y fomento de la lactancia materna exclusiva

5.7.1 Toda unidad médica de atención obstétrica deberá tener criterios y procedimientos para la protección y fomento de la lactancia materna exclusiva, atendiendo las condiciones sociales, culturales y laborales de la mujer lactante.

5.7.2 Estos criterios y procedimientos deben ser la base para la capacitación del personal e información a las madres.

5.7.3 Toda unidad de atención médica deberá tener criterios y procedimientos para el alojamiento conjunto del recién nacido normal y la madre, durante su permanencia en ésta.

5.7.4 La atención a la madre durante la lactancia, debe comprender la vigilancia estrecha de la prescripción y uso de medicamentos con efectos indeseables en el niño. El médico responsable de la atención de la madre debe informar al

médico responsable de la atención del recién nacido, cuando sean diferentes, del empleo de cualquier medicamento en la madre durante el puerperio.

5.7.5 Las unidades médicas deben ofrecer las condiciones para que las madres puedan practicar la lactancia materna exclusiva, excepto en casos médicamente justificados. Deberá informarse diariamente a embarazadas y puérperas acerca de los beneficios de la lactancia materna exclusiva y los riesgos derivados del uso del biberón y leches industrializadas.

5.7.6 En las unidades médicas, no se permite la distribución gratuita y la promoción de sucedáneos de la leche materna.

5.7.7 En las unidades de salud, no se emplearán representantes de servicios profesionales, de enfermeras de maternidad o personal análogo remunerado por los fabricantes o los distribuidores de los productos lácteos.

5.7.8 Los fabricantes o distribuidores de sucedáneos de la leche materna no ofrecerán incentivos financieros o materiales al personal de las unidades de salud con el propósito de promover sus productos.

5.7.9 Queda sujeta la entrega y/o indicación de sucedáneos de la leche materna a menores de cuatro meses, únicamente bajo prescripción médica y con justificación por escrito, en las unidades de atención de parto y en las de consulta externa.

5.8.3 Se debe promover que el recién nacido de bajo peso sea alimentado con leche materna y la creación de "bancos de leche" materna en las instituciones donde se hospitalizan niños de pretérmino que no pueden ser alimentados por la madre.

5.10.1.4 Orientación e información a la madre sobre el uso de medicamentos durante el embarazo y la lactancia con efectos indeseables en el feto o en el niño;

5.10.1.5 Ventajas de la lactancia materna exclusiva y técnica del amamantamiento y orientación sobre la atención a los problemas más frecuentes;

5.10.1.4 Orientación e información a la madre sobre el uso de medicamentos durante el embarazo y la lactancia con efectos indeseables en el feto o en el niño;

5.10.1.5 Ventajas de la lactancia materna exclusiva y técnica del amamantamiento y orientación sobre la atención a los problemas más frecuentes;

Con respecto a la preparación sobre lactancia materna se han capacitado a la fecha a 2000 alumnos del Politécnico Nacional de manera opcional y dentro de las materias de ginecología y pediatría. Asimismo se implementó desde 2010 una materia optativa sobre lactancia materna en la Facultad de Medicina de la UNAM. Por su lado el Hospital General de México ya cumplió diez años dando cursos a los estudiantes de la carrera de medicina (Reyes, 2010).

Después de mostrar algunas de las acciones implementadas en favor de la lactancia materna, resulta útil ampliar el contexto y analizar los resultados de las Encuestas de Salud utilizándolos como herramientas para establecer el comportamiento de esta práctica en México. Por esta razón muestro a continuación una interpretación de la investigadora Teresita González de Cosío sobre los resultados de la Segunda Encuesta Nacional de Nutrición en México 1999, que contextualiza a la lactancia materna y la articula con codeterminantes socioeconómicos, demográficos y antropométricos (Ver Cuadro 2.2).

En dicho cuadro se han señalado algunos rubros que presentan las tasas mayores de lactancia. Entre ellos resaltan la situación geográfica en el sur del país, estatus rural e indígena, estado socioeconómico bajo, inexistencia de empleo materno, presencia de esposo, mayor número de hijos, si es niña, edad materna menor a 19 años, casi nula escolaridad y ausencia de servicios de salud entre otros. Estos datos, junto con los recogidos en Cuentepec, Morelos incidieron fundamentalmente en la construcción y diseño del “Modelo de funcionamiento de la lactancia materna en comunidades rurales e indígenas” que presentaré en el capítulo sexto y último de este trabajo.

Pueden identificarse también en los resultados de esta Encuesta que el aumento al año en la práctica de la lactancia materna ha sido de 0.75. Como ya habíamos comentado, si esta tendencia continúa faltan 100 años para lograr que

todos los niños mexicanos se amamanten durante sus primeros 4 meses de vida (Glez.-Cossío, 2003).

Cuadro 2.2 Prácticas de lactancia materna en México. Encuesta nacional de Nutrición, México, 1999.

Table II
BREAST-FEEDING PRACTICES BY SOCIO-ECONOMIC, DEMOGRAPHIC AND ANTHROPOMETRIC CHARACTERISTICS.
NATIONAL NUTRITION SURVEY, MEXICO, 1999

	Duration of breast-feeding (months, median)	Ever breast-fed (%)	Exclusive breast-feeding* (%)		Duration of breast-feeding (months, median)	Ever breast-fed (%)	Exclusive breast-feeding* (%)		
			<4 months (<123 d)	<6 months (<183 d)			<4 months (<123 d)	<6 months (<183 d)	
n [‡]			502	750					
N [§]			591 841	900 207					
National	9	92.3	25.7	20.3					
Region[¶]									
North	6	91.8	16.5	10.5					
Center	8	91.6	25.0	19.1					
Metropolitan Area	7	92.0	11.6	12.3					
South	15	93.5	36.5 ^a	30.5 ^a					
Locality									
Urban	7	92.3	20.9	15.0					
Rural	14	92.2	36.1 ^a	33.2 ^a					
Ethnicity[¶]									
Indigenous	>24	93.5	48.2	48.4					
Non-indigenous	8	92.3	23.2 ^a	17.8 ^a					
Socio-economic level^{**}									
Low	15	92.3	39.8	33.8					
Midde	8	91.6	17.3	14.2					
High	6	93.1	20.7 ^a	14.3 ^a					
Maternal employment^{**}									
Yes	7	93.0	18.0	13.4					
No	11	92.2	28.6 ^a	22.7 ^a					
Spouse present									
Yes	10	92.9	26.7	21.2					
No	6	90.4	19.4	14.1					
Number of children									
1	7	94.1	22.8	16.6					
2	8	91.6	26.1	19.9					
≥3	12	91.5	27.8	23.6					
					Maternal age (y)				
					<19	12	92.2	27.6	23.1
					19 to <25	10	93.5	24.5	21.6
					25 to <35	8	92.2	25.9	18.3
					≥35	9	89.9	26.5	20.8
					Schooling (y completed in school)				
					<1	14	88.9	41.5	37.2
					1 to <6	12	90.8	29.2	23.9
					6 to <9	12	92.8	29.3	23.3
					9 to 12	7	92.7	23.7	17.1
					12 to <14	6	93.9	27.0	20.2
					≥14	6	94.0 ^a	3.7 ^a	2.6 ^a
					Health Services				
					Yes	7	93.5	23.9	17.8
					No	12	91.5 ^a	28.3 ^a	23.4 ^a
					Maternal height (cm)				
					< mean	14	93.0	34.2	28.3
					≥mean	7	91.8	18.2 ^a	13.8 ^a
					Body mass index (kg/m²)				
					<mean	10	93.6	33.2	25.7
					≥ mean	8	91.2 ^a	16.9 ^a	14.7 ^a
					Child gender				
					Girl	9	92.6	31.7	24.0
					Boy	9	92	20.2 ^a	16.9 ^a
					Infant length (cm)				
					< mean	>20	92.9	31.7	24.0
					≥ mean	8	92.0	21.2 ^a	15.8 ^a

Fuente: González-Cosío, Teresa, 2003. Salud Pública de México.

Existen asimismo otras evaluaciones realizadas con el fin de comparar las acciones internacionales en favor de la lactancia materna. En éstas la legislación mexicana ha quedado rezagada en el sentido de haber implementado solamente algunas de las disposiciones estipuladas desde 1981 en el “Código de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna”.

IBFAN¹⁷ ha realizado, en coordinación con organizaciones civiles, encuestas del estatus de las medidas tomadas con este propósito por los gobiernos de los 193 estados miembros de la OMS. Según su labor en favor de la lactancia, México se clasificó entre otros 44 países que han promulgado reglamentaciones que abarcan “algunas de las disposiciones del Código Internacional”, a diferencia o por debajo de 32 países que promulgaron ley que abarca “todas las disposiciones del Código” y las clarificaciones y agregados de las Resoluciones subsecuentes de la AMS. Cabe destacar que en el Continente Americano se encuentra el top de dicha clasificación con nueve países que han implementado leyes que abarcan *todas* las disposiciones. Entre ellos encontramos a Brasil, Costa Rica, Argentina, Perú, República Dominicana, Guatemala, Honduras y Panamá. Tres países, incluidos México, Colombia y Nicaragua han implementado solamente *algunas* de ellas, rango que compartimos los mexicanos con 24 países europeos, entre los cuales solamente dos han logrado adoptar *todas* las recomendaciones del Código (IBFAN, 2006).

LEGISLACIÓN EN MATERIA DE LACTANCIA MATERNA EN MÉXICO

Para posibilitar la posterior discusión de las medidas parlamentarias tomadas en México, presento los diversos instrumentos legales en referencia al embarazo, maternidad y lactancia que definen los derechos de la mujer trabajadora mexicana:

En primer lugar la **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos** (Cámara de Diputados, 2011) dentro del Título sexto sobre “Trabajo y Previsión Social” dice:

Artículo 123:

V. Las mujeres durante el embarazo no realizarán trabajos que exijan un esfuerzo considerable y signifiquen un peligro para su salud en relación con la gestación; gozarán forzosamente de un descanso de seis semanas anteriores a la fecha fijada aproximadamente para el parto y seis semanas posteriores al mismo, debiendo percibir su

¹⁷ International Baby Food Action Network, creada en 1981 para monitorear el cumplimiento del “Código de Comercialización de sucedáneos de la leche materna”

*salario íntegro y conservar su empleo y los derechos que hubieren adquirido por la relación de trabajo. En el período de lactancia tendrán dos descansos extraordinarios por día, de media hora cada uno para alimentar a sus hijos*¹⁸;

XI.- *la Seguridad Social se organizará conforme a las siguientes bases mínimas:*

*c) Las mujeres durante el embarazo no realizarán trabajos que exijan un esfuerzo considerable y signifiquen un peligro para su salud en relación con la gestación; gozarán forzosamente de un mes de descanso antes de la fecha fijada aproximadamente para el parto y de otros dos después del mismo, debiendo percibir su salario íntegro y conservar su empleo y los derechos que hubieren adquirido por la relación de trabajo. En el período de lactancia tendrán dos descansos extraordinarios por día, de media hora cada uno, para alimentar a sus hijos. Además, disfrutarán de asistencia médica y obstétrica, de medicinas, de **ayudas para la lactancia**¹⁹ y del servicio de guarderías infantiles²⁰.*

Por su lado la **Ley Federal del Trabajo** publica los derechos de madres trabajadoras (*Cámara de Diputados, 2006*):

Artículo 170.- *Las madres trabajadoras tendrán los siguientes derechos:*

- I. Durante el período del embarazo, no realizarán trabajos que exijan esfuerzos considerables y signifiquen un peligro para su salud en relación con la gestación, tales como levantar, tirar o empujar grandes pesos, que produzcan trepidación, estar de pie durante largo tiempo o que actúen o puedan alterar su estado psíquico y nervioso;*
- II. Disfrutarán de un descanso de seis semanas anteriores y seis posteriores al parto*²¹;

¹⁸ El simple hecho de desplazarse del lugar de trabajo a la guardería o al lugar donde se encuentra el bebé toma mucho más que media hora además del propio tiempo de lactancia. De tal manera que, a todas luces, el tiempo permitido para la lactancia resulta insuficiente. Esto nos conduce a plantearnos dos panoramas: que esta normatividad se deba a un gran desconocimiento de los legisladores en materia de lactancia materna o al contubernio con las empresas donde laboran las mujeres y con las productoras y distribuidoras de sucedáneos de leche materna. Si la intención es promover la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses, los tiempos permitidos por la ley son incompatibles con estas recomendaciones. Los discursos son francamente contrarios.

¹⁹ De la misma manera se ofrecen “ayudas para lactancia” refiriéndose a dispensar sucedáneos de leche, en vez de promover debida e integralmente a la lactancia materna.

²⁰ El servicio de guarderías (Actualmente denominado “estancias infantiles”) se encuentra muy restringido en su capacidad de atención y la prestación es muy complicada de conseguir.

²¹ México se encuentra entre los países con menos tiempo destinado al periodo de “Incapacidad por maternidad”.

- III. *Los períodos de descanso a que se refiere la fracción anterior se prorrogarán por el tiempo necesario en el caso de que se encuentren imposibilitadas para trabajar a causa del embarazo o del parto;*
 - IV. *En el período de lactancia tendrán dos reposos extraordinarios por día, de media hora cada uno, para alimentar a sus hijos, en lugar adecuado e higiénico que designe la empresa;*
 - V. *Durante los períodos de descanso a que se refiere la fracción II, percibirán su salario íntegro. En los casos de prórroga mencionados en la fracción III, tendrán derecho al cincuenta por ciento de su salario por un período no mayor de sesenta días;*
 - VI. *A regresar al puesto que desempeñaban, siempre que no haya transcurrido más de un año de la fecha del parto; y*
 - VII. *A que se computen en su antigüedad los períodos pre y postnatales.*
- Artículo 171.-** *Los servicios de guardería infantil se prestarán por el Instituto Mexicano del Seguro Social, de conformidad con su Ley y disposiciones reglamentarias.*
- Artículo 172.-** *En los establecimientos en que trabajen mujeres, el patrón debe mantener un número suficiente de asientos o sillas a disposición de las madres trabajadoras.*

Por otro lado se promueven acciones de apoyo alimentario sin especificar de qué tipo en la **Ley General de Salud:**

Art. 64. Frac. II. *“Acciones de orientación y vigilancia institucional, fomento a la lactancia materna y, en su caso, la ayuda alimentaria directa tendiente a mejorar el estado nutricional del grupo materno infantil”*

Muestro también las prestaciones que estipula la **Ley del Seguro Social** (Cámara de Diputados, 2011) publicadas en 1995 y modificadas hasta mayo del 2011:

Artículo 94. *En caso de maternidad, el Instituto otorgará a la asegurada durante el embarazo, el alumbramiento y el puerperio, las prestaciones siguientes:*

- I. *Asistencia obstétrica;*

- II. *Ayuda en especie por seis meses para lactancia*²², y
- III. *Una canastilla al nacer el hijo, cuyo importe será señalado por el Consejo Técnico.*

Para terminar presento los artículos referentes en la **Ley del ISSSTE** publicada en el Diario Oficial de la Federación (2007):

Artículo 39. *La mujer Trabajadora, la pensionada, la cónyuge del Trabajador o del Pensionado o, en su caso, la concubina de uno u otro, y la hija del Trabajador o Pensionado, soltera, menor de dieciocho años que dependa económicamente de éstos, según las condiciones del artículo siguiente, tendrán derecho a:*

- I. *Asistencia obstétrica necesaria a partir del día en que el Instituto certifique el estado de embarazo. La certificación señalará la fecha probable del parto para los efectos del artículo 28 de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, reglamentaria del Apartado B del artículo 123 Constitucional;*
- II. ***Ayuda para la lactancia cuando, según dictamen médico, exista incapacidad física o laboral para amamantar al hijo. Esta ayuda será proporcionada en especie, hasta por un lapso de seis meses***²³ *con posterioridad al nacimiento, y se entregará a la madre o, a falta de ésta, a la persona encargada de alimentarlo, y*
- III. *Con cargo al seguro de salud, una canastilla de maternidad, al nacer el hijo, cuyo costo será señalada periódicamente por el Instituto, mediante acuerdo de la Junta Directiva.*

Existe ya un “Proyecto de Modelo de Ley de protección de la Lactancia Materna para los países de América Latina”, discutido y analizado en 2002 por profesionales latinoamericanos, expertos en salud materno/infantil, economía, nutrición, trabajo social y legislación (Lerma, 2011). Todo depende de que los legisladores lo discutan, acepten y aprueben como Ley. En este sentido sería pertinente investigar y analizar las reales razones de las estrategias legislativas dilatorias. Queda el tema para la reflexión personal aunque es clara su fragilidad e incongruencia con un real fomento y apoyo a la lactancia materna no solamente para

²² El IMSS no solo no fomenta la lactancia sino que su “apoyo” va en detrimento de la mujer trabajadora quien, además de no haber sido realmente alentada para amamantar a su bebé, se verá obligada a comprar leche artificial a partir de ese momento. La leche que se otorga es la NAN de la Compañía Nestlé.

²³ En el caso del ISSSTE sucede la misma problemática de fomentar dependencia hacia fórmulas artificiales que obligan a su adquisición y consumo posterior.

las mujeres trabajadoras sino para la sociedad mexicana en su conjunto. Al respecto Paloma Lerma²⁴ afirma:

En México, de manera aislada y descordinada, se realizan diferentes acciones que tienden a apoyar, promover y proteger la lactancia. Es indispensable sumar esfuerzos, intercambiar experiencias y unirnos en una red que multiplique nuestros esfuerzos a nivel institucional, a nivel privado y a nivel personal (Lerma, 2011:188)

PARTERÍA EN MÉXICO

Por estar íntimamente vinculados el momento del parto y sus diversas formas de atención con la construcción simbólica y el inicio de la lactancia materna es que se da cabida en esta investigación a algunos datos contextuales y las acciones gubernamentales con relación a la partería en el México rural. Es relevante entender la vinculación de la actividad de las parteras con las acciones sanitarias institucionales en materia de atención materno/infantil en la República Mexicana.

Las parteras representan, en muchos estados mexicanos, el primer codeterminante de la lactancia. Sus recomendaciones continúan incidiendo positivamente en el amamantamiento y aunque su prevalencia disminuye paulatinamente, sus recomendaciones no han variado. Ellas protegen y promueven el apego inmediato, que es una de las dificultades más importantes referidas por los servicios de salud hospitalarios para iniciar esta práctica. De igual manera la relación cercana y de convivencia que mantienen con la madre les permite explicar las formas y técnicas de lactancia en términos culturalmente aceptables pues generalmente forman parte de la misma comunidad.

Veamos ahora un poco de la historia de las parteras en relación a su incorporación a los programas institucionales. Ésta se inició en 1989 cuando el Censo Nacional de Parteras Tradicionales actualizó su padrón incrementándose el

²⁴ Consejera internacional acreditada en Lactancia Materna por el International Board of Lactation Consultant Examiners, Inc. (IBLCE), para el manejo clínico y la capacitación en lactancia.

número de registradas a 13,697, a las que se les ofrecía capacitación continua, materiales y equipos mínimos para su óptima labor. También se ampliaron los mecanismos de certificación de Parteras Empíricas dependiente del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Simplificada implantado por la Secretaría de Salud desde 1989 (SSA, 1992b); de estas acciones derivó la implantación del “Programa de Capacitación y Control de Parteras Tradicionales” confiriéndoles reconocimiento y apoyo mediante la instalación de “*Posadas de Nacimiento*” en comunidades más desprotegidas, llegando a disponer de 450 establecimientos (SSA, 1992b).

A pesar de los esfuerzos institucionales para alcanzar mayor cobertura en los servicios de salud en las décadas de los setentas y ochentas, una gran cantidad de mujeres embarazadas sobre todo en zonas rurales se atendía con parteras. La estrecha relación entre mujeres y parteras es, hasta la fecha, fortalecida por la procedencia y permanencia de estas últimas en su comunidad aunada a la reticencia de las madres a experimentar el medio hospitalario que les representa una fuerte confrontación cultural, que las aleja de los afectos y espacios familiares y que las sujeta a normas y criterios médicos diferentes durante un suceso tan extraordinario como el parto.

Las mujeres que asumieron esta responsabilidad, ya sea por la carencia de servicios médicos o por una decisión de vida fueron las parteras tradicionales, que atendían a principios de los años 1970 el 43% de los partos mexicanos (Secretaría de Programación y Presupuesto, 1979: 237), cantidad que se ha reducido aceleradamente en los siguientes veinte años. En las estimaciones sobre atención al parto y del recién nacido de la ENFES de 1987 se señalaba que, a nivel nacional, de 2.6 millones de nacimientos anuales en México, 700 mil se atendían en los propios domicilios (SSA, 1992b) o sea que 25% de los partos eran atendidos por parteras. Finalmente los datos reportan una marcada tendencia de desaparición de la actividad de las parteras tradicionales al mostrar que hacia 1995 y 1996, ellas atendieron

menos del 17% de los partos registrados en México (INEGI 1999) (Davis-Floyd, 2001).

Es pertinente hacer notar que en los primeros años de la década de los noventa ya era reconocido en el sector oficial que las parteras tradicionales constituían un recurso de innegable valor para la atención de mujeres rurales con difícil disponibilidad de servicios sanitarios además de su renuencia cultural a ser tratadas por médicos. Tales fueron los antecedentes de la implementación e inicio en 1992 del proyecto para la “Reducción de la mortalidad materna y perinatal por parteras tradicionales capacitadas”, el cual tuvo como finalidad prevenir riesgos en la salud materno-infantil, asegurar la atención del parto y fomentar la lactancia materna exclusiva.

Durante la primera mitad de la década de los noventa continuó el desarrollo de estrategias de identificación y capacitación de parteras tradicionales con la participación de la Secretaría de Salud, del IMSS en sus regímenes ordinario y de Solidaridad, así como el Instituto Nacional Indigenista. Los resultados obtenidos fueron recogidos en la Encuesta Nacional de Parteras (ENP) de la SSA, denominada “El perfil de la partera tradicional en México” la cual dio a conocer las prácticas más comunes de 11, 200 parteras. La cantidad de parteras tanto de la SSA como del IMSS llegaron a sumar 17,196 en 31 entidades federativas y el Distrito Federal hasta el año de 1995 (SSA, 1995:63).

Quedan hasta aquí los datos para una reflexión posterior sobre la pertinencia, en el México actual, de impulsar la regeneración de la partería por el sincretismo prevalente en muchas comunidades rurales mexicanas y ante la urgencia de un movimiento donde participen la partería mexicana y el sector sanitario institucional en aras de integrar conocimientos teóricos, científicos y empíricos. Al respecto Robbie Davis-Floyd (2001) comenta la aparición de las parteras postmodernas que intentan conformar, en su filosofía y praxis, una nueva identidad y estilo de partería que fomente la ampliación de sus conocimientos, que legalice sus

prácticas, que las permita como opción al abuso de la biomedicalización actual y que las integre al modelo de atención médica vigente en México.

Para concluir diremos que, como ocurre en muchas otras partes del mundo, en México, el amamantamiento fue a principios del siglo pasado y por muchos años una constante en la alimentación inicial infantil pero su permanencia se ha visto afectada por el entramado de algunos de los procesos complejos que hemos venido describiendo y que discutiremos en las conclusiones de este trabajo. Para fines contextuales se presentó esta revisión documental en la que también hemos podido constatar que en México, especialmente desde la década de los años noventa, se crearon organismos e instituciones con la finalidad de implementar y llevar a cabo muchas y variadas acciones de apoyo a la lactancia materna. Queda por valorar la eficacia e impacto de tales discursos, iniciativas, legislaciones, programas y acciones para ajustarlos y enriquecerlos porque, en principio y en teoría, han sido diseñados para fomentar y proteger la salud y cultura de las comunidades en un marco incluyente de actitudes humanas en evolución y con total respeto a su cosmovisión.

CAPÍTULO III

ATMÓSFERA BIOANTROPOLÓGICA DE LA LACTANCIA MATERNA

Debido a la inaplazable necesidad de replantearse procesos y prácticas humanas desde una perspectiva integral, recientemente se empezó a desarrollar el análisis del fenómeno de la lactancia materna, resignificado como un proceso complejo constituido por fuerzas sociales y culturales interactuantes con el medio ambiente y sus condiciones políticas (Salas-Valenzuela, 2004).

Es así que esta investigación sobre lactancia materna en Cuentepec, Morelos, parte de una perspectiva biosociocultural como plataforma de observación de los procesos mediados entre el binomio madre/hijo y su entorno. El panorama se entiende en su complejidad al observar, dentro de su contexto, la dinámica de la lactancia del binomio madre-hij@ la cual se expresa en el conocimiento de técnicas, formas y tiempos emanados de una *cultura de la lactancia* y de la simbolización conferida al acto de amamantar en cada comunidad siendo todas estas facetas no solo integrantes sino integradoras de esta experiencia.

Para dimensionar dicho proceso nos parece indispensable presentar una revisión, que relaciona los componentes anatómo-fisiológicos con algunos procesos culturales, muchas veces motivo de discusión y conflicto al conceptualizar la leche

materna, la suficiencia en su producción, la adaptación y evolución de sus componentes, sus beneficios a corto y largo plazo. Dichas diferencias de opinión se reflejan en la enorme variedad de formas de alimentación y recomendaciones de atención infantil conformada y construida no solamente por los trabajadores de la salud sino por las propias madres lactantes y la población en general. Finalmente, y como complemento de esta perspectiva integral, se presenta un enfoque antropológico del proceso y práctica de la lactancia materna. En el apartado de anexos integramos una serie de conceptos que clarifican los lineamientos internacionales y homogeneizan los términos que iremos utilizando y su semántica.

ASPECTOS ANATOMOFISIOLÓGICOS DE LA LACTANCIA MATERNA

Anatomía de la mama durante la lactancia. Pecho, areola y pezón

La forma de las glándulas mamarias varía según las características genotípicas y fenotípicas; edad, número de embarazos, lactancia previa, así como del contenido de tejido graso y conectivo entre otros aspectos; de tal manera que no existe relación entre el tamaño de las mamas y su capacidad productora de leche, facultad que está presente en el 95% de las mujeres (Martín-Calama, 2004) y en la que inciden sólidamente condiciones de tipo cultural sobre todo en el inicio de la lactancia. Asimismo es notable la asociación que existe en algunas culturas entre la forma y tamaño de las mamas con aspectos y condiciones sexuales y precursoras de la cópula entre los seres humanos, aspecto que en otras especies de mamíferos parece no tener importancia.

El pezón está formado por tejido muscular liso con gran cantidad de terminaciones arteriovenosas, nerviosas, sensitivas y motoras que reciben los estímulos sensoriales para activar secreciones hormonales. Está cubierto de una piel gruesa y rugosa y su función es facilitar el acoplamiento de la boca del bebé con la glándula; actúa también como esfínter de los conductos glandulares y evita el goteo continuo de leche (Martín-Calama, 2004).

La areola es la piel que rodea al pezón, su pigmentación es más oscura y se debe al aumento en los melanocitos lo cual mejora la localización visual del bebé, a lo que se suma el reconocimiento olfativo (Lawrence, 2007). Rodeando la areola se encuentran gran cantidad de glándulas sudoríparas y sebáceas denominados tubérculos de Montgomery que lubrican y protegen esta zona. Bajo la piel de la areola y pezón hay poca grasa y abundante tejido muscular liso y conectivo dispuesto en una malla de fibras radiales y circulares, las cuales disminuyen su superficie en reposo y aseguran la *protractilidad* necesaria para la succión²⁵. Todas las estructuras de la mama -conductos, venas, arterias, linfáticos, nervios- además de la musculatura, son de disposición circular, radial y longitudinal, lo cual funciona como esfínter para el control de la salida de la leche (de la Flor, 2008).

La mama en su interior está formada por gran cantidad de alveolos que son las “unidades secretoras de leche” además de un sistema de conductos que la transportan al exterior. Estos conductos empiezan con un calibre de 0,2mm y van confluyendo en otros aumentando su diámetro hasta llegar a la areola en donde alcanzan su mayor calibre de entre 2 y 4 mm. Previo al pezón se dilatan para formar los senos galactóforos y ya para salir al exterior se estrechan en orificios de alrededor de 0,5mm de diámetro (Blázquez, 2003). (Ver ilustración 1 y 2)

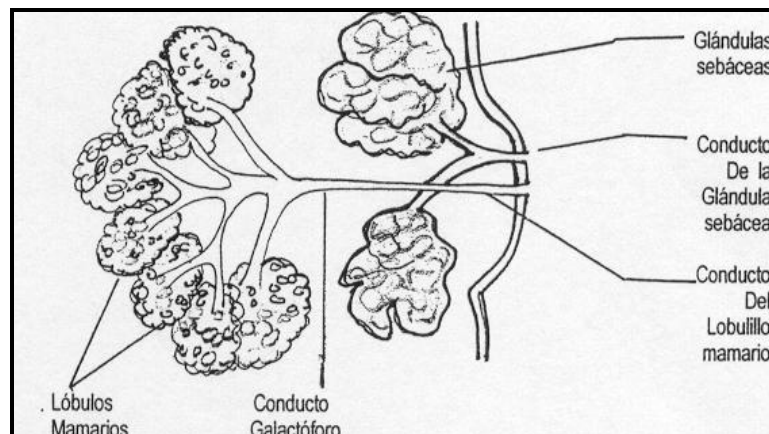
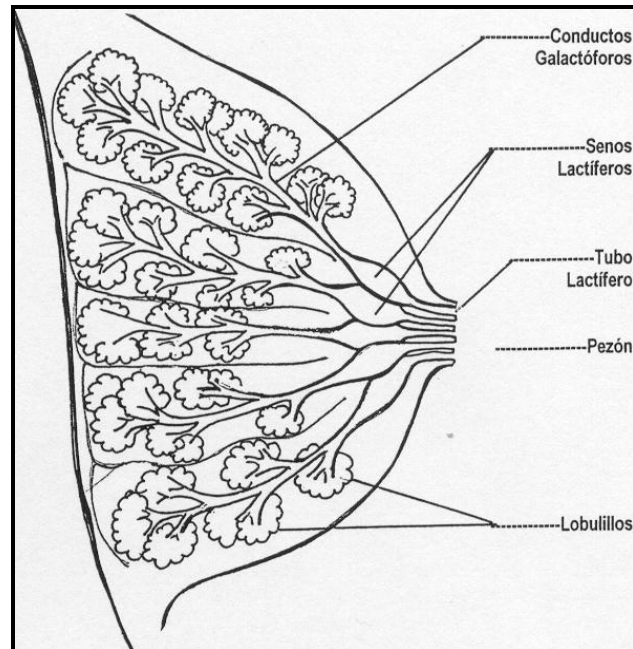


Ilustración 3.2 Sistema de alveolos y conductos al interior de la mama (Tomado de Blázquez, 2003:3).

²⁵ Protractilidad es la capacidad de estiramiento del pezón.



Ilustraciones 3.1 Sistema de alveolos y conductos al interior de la mama (Tomado de Blázquez, 2003:3).

Los racimos de alveolos y conductos que drenan a un mismo conducto galactóforo forman un lóbulo y se estima que existen entre 15 y 25 lóbulos en cada mama que son los que confluyen y reducen su número para salir finalmente por el pezón al exterior en 8 a 12 orificios. Las fibras musculares mioepiteliales situadas a lo largo de todos los conductos provocan el acortamiento y estiramiento durante la succión lo que favorece el ascenso de la leche hacia el pezón.

Producción de leche

Se ha llamado Lactogénesis-I al periodo de preparación de la mama para la producción láctea. Ésta comienza a partir del 5°-6° mes de embarazo y es cuando la mama alcanza su máximo desarrollo, se forman nuevos alvéolos y los conductos se dividen.

Interactuando con la cultura, la simbolización y la percepción personal, la fisiología de la producción láctea varía en función de la rapidez de la síntesis de las

células alveolares maternas y en función de la eficacia y frecuencia del vaciado de cualquier cantidad de leche por parte del bebé, lo que ayuda a incrementar y mantener la producción, de manera que *la succión y el vaciamiento son las claves para la producción de leche*. Asimismo OMS/UNICEF (2009) ha esbozado algunas recomendaciones fisiológico/culturales para el amamantamiento exclusivo:

- Iniciar el amamantamiento durante la primera hora de vida;
- Practicar el amamantamiento exclusivo, es decir, proporcionar al lactante únicamente leche materna, sin otros alimentos o bebidas, ni siquiera agua;
- Dar el pecho cuando el niño lo reclame, ya sea de día o de noche;
- No utilizar biberones, tetinas o chupetes.

Durante la gestación tiene lugar el desarrollo completo de la glándula mamaria bajo la influencia de diversas hormonas: progesterona, estrógenos, lactógeno placentario y prolactina. También influyen otras hormonas como el cortisol, las hormonas tiroideas, la insulina y la hormona de crecimiento, por lo que se trata de un cambio fisiológico extremadamente complejo. La progesterona prepara las mamas para la producción de leche y los estrógenos estimulan el desarrollo del sistema de conductos galactóforos, es decir, aquellos que transportan la leche (Blázquez, 2003).

Hacia el final del embarazo, la placenta comienza a secretar lactógeno placentario humano o somatotropina coriónica humana, cuya acción principal consiste en estimular el crecimiento de la mama y prepararla para la lactancia. Tras la expulsión de la placenta durante el parto, se produce un súbito descenso en los niveles plasmáticos de estrógenos, progesterona y somatotropina coriónica. Esta disminución es simultánea al aumento que se produce en la secreción de prolactina. Los niveles de prolactina se mantienen muy elevados durante las últimas semanas de gestación, alcanzando sus valores máximos en el parto, sin embargo no se produce leche debido al efecto inhibitor de los estrógenos y la progesterona. Pasado el parto y con la expulsión de la placenta, disminuyen los niveles de estrógenos y progesterona y la prolactina puede desarrollar su actividad lactogénica (Martín-Calama, 2008).

La prolactina producida en la parte anterior de la hipófisis, en la base del cerebro, puede considerarse como la hormona más importante para el desarrollo de los alveolos secretores y para la propia secreción de leche por las células alveolares. Los mecanismos de succión representan una parte importante del éxito de la lactancia (Ver (Ilustración 3.3). Esta hormona se produce en respuesta a la estimulación del pezón y la areola lo cual, mediante un reflejo neuroendócrino, envía impulsos nerviosos a la base del cerebro, induciendo su liberación en la parte anterior de la hipófisis. También estimula a las células para producir proteínas lácteas, lactosa y a secretar la leche (OMS, 1989).

Los primeros días después del parto en los cuales se presenta la llamada “bajada” o “subida de la leche” (Lactogénesis II) representan un periodo crítico porque esta etapa da origen a gran parte de las dificultades del amamantamiento y aunque la hipogalactia se presenta en menos del 5% de la población, en la mayoría de los países desarrollados es la principal causa a la que se atribuye el fracaso en la lactancia (Martín-Calama, 2008).

Se sabe que la prolactina activa también estrategias maternas de resistencia ante las exigencias del recién nacido y el grado de ansiedad puede reflejarse en predisposición a estados de vigilancia y tendencia al sueño ligero. Asimismo se ha establecido claramente que los niveles de endorfinas (*sustancias opiáceas, fabricadas en el hipotálamo*) pueden ser muy altos durante la primera hora después del alumbramiento si la mujer no ha sido tratada con analgésicos y está en contacto con su bebé. Está comprobado que estas endorfinas permiten a la madre identificar al bebé y crear lazos afectivos además de que inducen la liberación de la prolactina (Blázquez, 2003). En este sentido dichos enlaces bioculturales pueden ser entendidos como una estrategia integral de crianza.

Eyección de la leche

La oxitocina es otra hormona primordial en este proceso. Su producción tiene lugar en la parte posterior de la hipófisis en respuesta a la succión del pecho e induce a las

células de músculo liso que rodean los alveolos secretorios para que se contraigan, compriman la malla mioepitelial que envuelve a los alvéolos y expriman la leche hacia el pezón (OMS, 1989). Este proceso se repite continuamente durante la succión y los conductos se rellenan conforme se vacían; en general el tiempo de latencia entre succión y reflejo de eyección es de 56 segundos aproximadamente (Martín-Calama, 2008). La Ilustración 3.3 explica dicho proceso.



Ilustración 3.3 Mecanismos aplicados en la succión: 1. Expresión de los alvéolos por la musculatura que los envuelve 2. Ordeño de la lengua. 3. Aspiración. (Tomado de Martín-Calama, 2004:48)

Como ya hemos comentado, la liberación de la oxitocina se origina en los primeros días como respuesta incondicionada a los diferentes estímulos de tipo físico en la areola y pezón, más adelante se condiciona por los visuales, sonoros y emocionales generalmente asociados al bebé. La ansiedad, el estrés o el dolor que sufra la madre y también el consumo de tabaco y de alcohol son condicionantes de la producción y eyección de la leche (OMS, 1989). Por otro lado se ha comprobado que las mujeres que amamantan presentan respuestas hormonales disminuidas ante la ansiedad (Martín-Calama, 2008). Las interacciones y condicionamientos antes expuestos nos remiten nuevamente a la complejidad biocultural del proceso de la lactancia materna.

COMPOSICIÓN QUÍMICA DE LA LECHE MATERNA

La leche humana es una secreción o fluido vivo y adaptable de la glándula mamaria sido considerado desde las culturas antiguas como la “sangre blanca” (Blázquez, 2003), connotación que hasta la fecha es fuertemente considerada en el imaginario colectivo de muchas poblaciones.

Existe una correspondencia inmanente entre la composición de la leche materna y las necesidades energéticas, nutrimentales y de desarrollo de las crías de cada especie. Es por esto que la lactancia materna consta de varias etapas adaptadas básicamente a los diferentes momentos de desarrollo de la cría y dependiendo de su especie pueden observarse diferencias en la cantidad y composición de la leche atribuidas al origen filogenético, tamaño corporal, número de crías por camada, grado de desarrollo de la cría al momento de nacer y patrón de crianza de cada especie (Bourges, 1997). En el Cuadro 3.1 puede observarse dicha adecuación y especificidad.

Existen también variaciones en su composición química detectadas en la leche inicial y final de cada tetada; la leche al principio de la tetada es rica en constituyentes hidrosolubles, lactosa, sales y proteínas de bajo peso molecular con una coloración desde azul claro hasta gris y verde claro (como de leche desnatada o agua de coco). Esta leche se acumula en los senos lactíferos y supone una tercera parte del volumen que recibe el bebé. A la mitad de la toma o tetada la leche adquiere una coloración blanca opaca, más o menos intensa según la concentración de micelas de caseína. La leche al final de la tetada contiene una alta concentración de grasas (4 ó 5 veces más) y de proteínas (50% más) de alto peso molecular; tiene un color más amarillento por la presencia de pigmentos liposolubles, ésta es la que deja saciado al bebé. También varía su composición según la hora del día. (Aguayo Maldonado, Josefa, 2001), (Asociación Española de Pediatría, 2008).

Esta modificación constante de la leche materna se ha asociado con la fisiología intestinal del lactante y se ha descubierto que muchos de sus constituyentes, además de nutrir, funcionan como factores de protección ante las infecciones e inmunitarios en los recién nacidos (Lawrence, 2007). En referencia a

la relación de sus propiedades inmunitarias y la simbolización social de la leche materna, existen comunidades que acostumbran colocar, dentro de un ritual específico, unas gotas de leche materna en los oídos o los ojos del bebé cuando padece alguna infección (Vallejo *et. al.*, 2008); o, partiendo del mismo principio de significación cultural diversa, hay culturas en las que el calostro no es dado al bebé y se deshecha.

Cuadro 3.1 Composición de las leches obtenidas de diferentes mamíferos y tasa de crecimiento de sus crías.

Especie	Días necesarios para duplicar peso corporal	Contenido en la leche (%)		
		Lípidos	Proteínas	Lactosa
Ser humano	180	3,8	0,9	7,0
Caballo	60	1,9	2,5	6,2
Vaca	47	3,7	3,4	4,8
Cabra	19	4,5	2,9	4,1
Rata	6	15,0	12,0	3,0

Fuente: (Lawrence, 2007:113. Tomado de Hambraeus I; Proprietary milk versus human breast milk in infant feeding. A critical appraisal from the nutritional point of view. *Pediatr. Clin. North Am* 24:17, 1977)

Con respecto a su sabor existe en el primer mes una disminución en la lactosa (levemente dulce) y un aumento en los cloratos (levemente salados). Se atribuye este mecanismo como de adecuación para la introducción posterior de alimentos (Guerra, 2008), porque mediante la leche se transmiten sabores y aromas de los alimentos ingeridos por la madre colaborando a la inserción sociocultural del bebé.

Es debido a esta progresiva adecuación a los requerimientos del lactante que la leche materna tiene una composición dinámica y sus constituyentes varían durante el transcurso del periodo de lactancia obedeciendo a mecanismos de regulación neuroendócrina. Aunque la clasificación varía de autor a autor pueden distinguirse por su composición cuatro etapas: leche de pretérmino, calostro, leche de transición y leche madura.

Leche de pretérmino

“La leche humana es el alimento de elección durante los primeros seis meses de la vida para todos los niños, incluidos los prematuros, los gemelos y los niños enfermos salvo rarísimas excepciones” (OMS, 2002).

Como acabamos de señalar, actualmente la OMS parte de la premisa de que la gran mayoría de los niños prematuros no presentan dificultades para alimentarse directamente del pecho de su madre desde el momento del nacimiento salvo algunos casos específicos de niños pretérmino de “muy bajo peso al nacimiento” (< 1.500 g), niños con una edad gestacional inferior a 32 semanas o que presentan inmadurez en tubo digestivo, hepática, renal, cerebral, etc. que les presupone obstáculos en la succión, digestión y eliminación de nutrientes.

Debido a las razones recién expuestas se recomienda la administración de pequeñas cantidades (1 ó 2 ml al día) de leche de la propia madre²⁶ para estimular el desarrollo del sistema gastrointestinal inmaduro, lo que modifica la actividad enzimática y hormonal, incrementa la motilidad y el flujo sanguíneo, mejora la calidad de la flora bacteriana y la tolerancia posterior a la leche (Pallás, 2008). La investigación sobre alimentación perinatal confirma que la leche de la propia madre es la más adecuada y específica para alimentar a este grupo de niños y los sucedáneos de leche materna no ofrecen todas las ventajas de la leche materna (Aguayo, Gómez y Pallás, 2008).

²⁶ A esta estrategia se le ha llamado “alimentación trófica” y este término abarca la administración de leche materna en cantidades que no excedan los 24 ml/kg/día.

La concentración de los componentes de esta leche varía con el grado de prematuridad ya que contiene mayor cantidad de proteínas y menor cantidad de lactosa que la leche madura siendo también más abundantes la lactoferrina y la inmunoglobulina A (IgA), combinación más apropiada para el niño pretérmino e inmaduro el cual tiene mayores requerimientos de estos elementos. La leche pretérmino también contiene perfiles fisiológicos de baja osmolaridad, biodisponibilidad única y protección frente a enterocolitis necrotizante, también promueve la maduración más rápida del tracto gastrointestinal, protege frente a infecciones nosocomiales, mejora la función retiniana y promueve un desarrollo neurológico óptimo (Aguayo, 2004).

Queda claro también que no son solamente los aspectos nutricionales de amamantar a los bebés pretérmino los importantes, sino su interacción con los aspectos psicológicos, culturales, de maduración, de adquisición de facultades fisiológicas, prevención de enfermedades, cercanía física para mantener temperatura de recién nacido y promover su apego, etc. los que influyen en la decisión del tipo de alimentación del/la bebé pretérmino y agregar fortificantes además de la leche materna. Cabe destacar en esta decisión, el papel que la “succión no nutritiva”²⁷ y la “nutrición enteral mínima o trófica” juegan en el tratamiento integral del recién nacido pretérmino (Aguayo, 2004). Otro aspecto insoslayable es el beneficio psicológico de la participación de la madre en el cuidado y terapia biológica de su recién nacido.

Precalostro y Calostro

En el tercer trimestre antes del alumbramiento se acumula en los alveolos de las glándulas mamarias el precalostro el cual está conformado principalmente por exudado de plasma, células, inmunoglobulinas, lactoferrina, seroalbúmina, sodio, cloro y una pequeña cantidad de lactosa.

²⁷ Esta forma de alimentación para bebés prematuros consiste en colocar al bebé alimentado por sonda en contacto con la madre para que succione del pecho, lo que inicia un movimiento peristáltico de deglución y mejora la respuesta fisiológica en el tracto gastrointestinal, además de los beneficios psicosociales del recién nacido.

Después comienza la producción de calostro que tiene una duración de alrededor de 5 días. Éste es un líquido espeso con tonalidad amarilla, con alta densidad y escaso volumen. La “bajada de la leche” ocurre en la mayoría de las madres a las 48 horas pero 25% la notan hasta las 72 horas (Martín-Calama, 2008). Es relevante reconocer que existen enormes diferencias culturales en la valoración de la producción láctea entre las que se presenta una alta percepción materna de insuficiencia en la cantidad de leche durante este periodo inicial. Dicha “falsa” apreciación aunada a las recomendaciones bienintencionadas pero ignorantes para “complementar” están muy relacionada con patrones culturales de crianza y alimenticios y presionan hacia la utilización de leches artificiales. Es por estas razones que las vivencias en los primeros días posparto están consistentemente asociadas con el éxito o el fracaso de la lactancia materna.

La producción del calostro es de 2 a 20 ml. por toma en los tres primeros días y a medida que el niño crece las cantidades van aumentando hasta alcanzar 100 ml. por día y si el bebé es amamantado entre ocho y doce veces al día, sus requerimientos energéticos son cubiertos. El calostro tiene gran contenido de proteínas de fácil absorción, de vitaminas liposolubles y de sustancias bactericidas, así como numerosos anticuerpos (Blásquez, 2003). Después de la brusca reducción de las proteínas en el primer mes, le sigue un periodo de estabilidad para continuar con una disminución paulatina a lo largo de la lactancia²⁸.

El color amarillo es debido al beta caroteno y el nivel de carotenoides puede ser diez veces más alto. Las proteínas, vitaminas liposolubles y minerales son también más abundantes que en la leche de transición o madura. Sus niveles de grasas y lactosa son bajos pero es rico en inmunoglobulinas, especialmente IgA secretoria. Facilita el establecimiento de la flora bífida en el tracto digestivo y la expulsión del meconio. Contiene un factor de crecimiento esencial para el *Lactobacillus bífidus* y es el primer medio de cultivo en la luz intestinal estéril del recién nacido. Su contenido de anticuerpos es abundante y éstos brindan protección

²⁸ Nótese que aunque disminuye su contenido en la leche madura, las proteínas siguen teniendo presencia importante en la leche madura (Ver. Cuadro 3.2)

contra bacterias y virus presentes en el canal del parto o asociados con otros contactos humanos. Inhibe la formación de IgE, que es la principal implicada en las reacciones alérgicas.

El calostro en su composición tiene menos contenido energético, lactosa, lípidos, glucosa, urea, vitaminas hidrosolubles, PTH y nucleótidos que la leche madura. No obstante, contiene más proteínas (fundamentalmente IgA), ácido siálico, vitaminas liposolubles E, A, K y carotenos que la leche madura. También contiene más minerales como sodio, zinc, hierro, azufre, selenio, manganeso y potasio que la leche madura. Respecto al calcio y fósforo no existe una variación consistente. La proporción proteínas del suero/caseína es de 80/20 en el calostro, mientras que en la leche madura de 60/40, e incluso 50/50 en la lactancia tardía.

El contenido en colesterol es superior en el calostro que en leche madura, al contrario que los triglicéridos. El calostro tiene un contenido muy elevado en inmunoglobulinas especialmente IgA, lactoferrina, células (linfocitos y macrófagos), oligosacáridos, citoquinas y otros factores defensivos, que protegen a los recién nacidos de los gérmenes ambientales y favorecen la maduración de su sistema inmunitario. En el Cuadro 3.2 pueden observarse algunos de los elementos mencionados y sus contenidos diferenciales entre el calostro y la leche madura.

Este fluido inicial es específico y se adapta a los requerimientos nutricionales y fisiológicos del recién nacido en proceso de madurez. La lactasa, además de otras enzimas intestinales ayuda a su digestión. El calostro evita la adherencia de patógenos al cubrir el endotelio del tubo digestivo con abundantes inmunoglobulinas; facilita también la colonización por lactobacilo bifidus del tracto intestinal que es estimulado en su maduración conjuntamente con el sistema inmunológico al tener factores de crecimiento (Temboury, 2004).

Cuadro 3.2 Composición del calostro y de la leche madura (Tomado de Lawrence, 2007:901-902)

CONSTITUYENTE (POR 100ML)	CALOSTRO 1-5 DÍAS	LECHE MADURA > 30 DÍAS
Energía (Kcal)	58	70-75
Agua %360	87,2	88
Lactosa (g).	5,3	7,3
Nitrógeno total (mg)	360	171
Proteínas totales (g)	2,3	0,9
Grasas totales	2,9	4,2
Caseína (mg)	140	187
Lactoferrina (mg)	330	167
IgA (mg)	364	142
Aminoácidos:		
Arginina (mg)	126	49
Colesterol mg	27	16
Vitamina A mcg	89	47
Betacaroteno mcg	112	23
Vitamina D mcg	---	0,004
Vitamina E mcg l	1280	315
Vitamina K mcg	0,23	0,21
Tiamina mcg	15	16
Vitamina B6 mcg	12	28
Vitamina B12 mcg	200	26
Ácido ascórbico mcg	4,4	4,0
Calcio mg	23	8
Fósforo mg	14	15
Cobre mcg	46	35
Yodo mcg	12	7
Hierro mcg	45	40
Zinc mcg	540	166
Magnesio mg	3,4	3,0
Sodio mg 48 15	48	15
Potasio mg 74 58	74	58
Cloro mg 91 40	91	40

Leche de transición

Esta leche es producida entre el 4 y 15 día postparto, se caracteriza por un aumento del volumen de lactosa, vitaminas, grasas y calorías y puede alcanzar 600-700 ml. al día entre los 15 y 30 días postparto, mientras que las proteínas y sodio disminuyen. Su composición es variable hasta llegar a la leche madura (Comité de Lactancia Materna, 2004)

Leche madura

Es una secreción de color blanco-azulado que hace su aparición aproximadamente entre los días 10- 30 después del parto. Su volumen, adaptado para satisfacer las necesidades del o los bebés, oscila, según varios autores entre: 550 ml/día en la 1ª semana y 850 ml/día en las siguientes; con una media de entre 500 y 1000 ml/día en los primero seis meses postparto. En este sentido Hartman y Prosser (1984) han afirmado que la producción láctea es superior a 1.100 ml/24 hrs. durante los primeros seis meses en madres con bebés amamantados exclusivamente y a libre demanda (Blázquez, 2003).

El contenido de *agua* de la leche madura es de 88% lo que cubre los requerimientos del lactante en cualquier clima. Por su lado existe en la leche madura humana una relación *calcio-fósforo* de 2:1, lo cual favorece la absorción del 75% del calcio ingerido en comparación con la leche de vaca que tiene una proporción de 1:3. En cuanto al *hierro*, éste tiene una excelente biodisponibilidad lo que favorece la absorción del 50%, mientras que la leche de vaca alcanza el 10%. Esta facilidad de absorción se debe a la presencia de niveles adecuados de *Zn* y *Cu*, *lactoferrina* y *ferritina* en la leche humana (Lawrence, 2007).

Las *proteínas* contenidas representan una fuente importante de aminoácidos, primordiales para el crecimiento del lactante además de ser facilitadoras de la digestión y absorción de nutrientes. De igual manera las proteínas favorecen la

maduración del sistema inmune, el desarrollo del intestino y protegen contra patógenos. Como es bien sabido, el sistema inmune inicia su desarrollo durante la vida fetal y su maduración continúa hasta los dos años de vida de tal manera que es necesario que el neonato reciba de su madre, a través de la placenta y por la leche materna, la colonización de la flora intestinal materna para la construcción a largo plazo de su propio sistema inmune. Las IgG (inmunoglobulina G) de la placenta son los anticuerpos principales maternos que confieren inmunidad al bebé durante los primeros meses de vida en conjunto con las IgA (inmunoglobulina A) secretoras contenidas en la leche materna. Hay que destacar que aunque la cantidad de proteínas disminuye en la leche madura, su especificidad de acción y protección al bebé sigue siendo muy importante.

En este sentido también ha sido fuente de discusión el contenido menor de *proteínas* de la leche humana (0,9-1 g/100 ml) con respecto a la de vaca y se concluyó que ésta es la cantidad exacta necesaria para el crecimiento óptimo del lactante humano, lo que ha establecido una disminución en la estimación de los requerimientos de proteínas a 1,1 g/kg a los 3-4 meses de edad. A estas investigaciones se suman otras sobre el papel no solamente nutricional sino funcional de las proteínas. Por otro lado se ha observado que el alto contenido protéico en las leches artificiales extraídas de vaca, al ser consumidas en la infancia, favorecen la diferenciación de preadipocitos a adipocitos de forma prematura debido al incremento de la producción de la proteína IGF1 (Factor de crecimiento insulínico tipo 1), lo que puede propicia un rebote adiposo de la 1º infancia (Marrodán, 2009).

Por el contrario, los factores de crecimiento contenidos en la leche humana (EGF, IGF1, FGF, HGF, TGF- α) inducen a la maduración adecuada de la células intestinales e inhiben la diferenciación precoz de la células adiposas (CAALMA, 2008). En cuanto a la función de las *hormonas* procedentes de la leche materna, existen algunas como la leptina, llamada hormona antiobesidad porque modula la regulación de energía durante los periodos de ayuno. Esta hormona se destruye en la pasteurización y solo se le encuentra en la leche materna (Temboury, 2004).

La lista internacional de estudios que relacionan duración de lactancia con disminución en riesgo de obesidad ha aumentado. Muchas entidades se han abocado a la investigación de la etiología y prevención de estos males debido al alarmante aumento del sobrepeso y obesidad desde la infancia y en la edad adulta, ya consideradas como problema de salud pública. En los resultados del meta-análisis de investigadores del Instituto de Salud Pública de Berlín se plantea que existe asociación entre lactancia materna y disminución en riesgo de sobrepeso y obesidad. Harder y colaboradores afirman que este riesgo se redujo 4% por cada mes de lactancia materna y que el efecto duró hasta llegar a los 9 meses de amamantamiento con un nivel de disminución de hasta 30%. (Harder *et.al.*, 2005).

Como ya hemos comentado la leche materna contiene también sustancias no nutritivas como son los *nucleótidos* que participan en la síntesis de proteínas y *factores de crecimiento* que estimulan la síntesis de RNA, DNA, la proliferación celular, el crecimiento y la maduración del intestino. Éstos son muy abundantes en la leche humana y tienen un potente efecto trófico sobre células intestinales, ausentes en las leches de fórmula (Temboury, 2004).

BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

A lo largo de este capítulo hemos hecho referencias generales a las ventajas de la lactancia materna, por lo que, para concentrar y aclarar sus beneficios, funcionalidad y utilidad tanto para el binomio madre/hij@ como para su contexto socioeconómico los enlistamos de la siguiente manera:

Para el/la beb@:

- Inmunológicos.- Protege contra las infecciones por su contenido en factores antiinflamatorios, factores específicos, antimicrobianos, antivíricos y antiprotozoarios y por la naturaleza interactiva de las inmunoglobulinas IgA. Dicha protección es necesaria durante el primer año de vida por la falta de madurez de su propio sistema inmunitario (Lawrence, 2007).

- Antiinfecciosos.- Tiene además factores que aceleran la recuperación frente a enfermedades como, infecciones gastrointestinales como la enterocolitis necrotizante, infecciones respiratorias, meningitis, alergias, otitis, linfoma y diabetes mellitus (Asociación Española de Pediatría, 2004).
- Nutricionales.- Contiene todos los nutrientes necesarios y específicos para su desarrollo y la cantidad de agua precisa en cualquier condición y clima (Blázquez, 2003).
- Desarrollo neurológico, visual e intelectual gracias a la presencia de ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga (omega 3 y omega 6)(CAALMA, 2008).
- Especificidad y capacidad de adecuación a los requerimientos del bebé según la edad gestacional (Lawrence, 2007).
- Fácil absorción y digestibilidad lo que produce lapsos promedio de vaciado gástrico de la leche materna, en promedio, de 90 minutos con tomas de entre 5 a 20 minutos de duración por pecho (Viñas, 2003).
- Mayor absorción y biodisponibilidad de los nutrientes (OMS,2010).
- Menor riesgo de SMSL (Síndrome de Muerte súbita del lactante).- Son varios los mecanismos por lo que se les ha asociado: 1.- De manera directa al fomentar, por su protección inmunológica, la disminución de enfermedades respiratorias. 2.- De manera indirecta al asociarse con el mayor diámetro orofaríngeo por el ejercicio de mamar. 3.- Al presentar los niños amamantados un menor umbral a los estímulos auditivos lo que le produce despertares más continuos que la leche artificial y 4.- Al reposar juntos mientras se amamanta se incrementa la armonía de los ritmos respiratorios de madre e hij@ (Asociación Española de Pediatría, 2004).
- Mejor desarrollo músculo-esquelético mandibular y facial debido al ejercitamiento de todas las estructuras y menor riesgo de padecer maloclusión dentaria (Mata, 2011) (Mendoza *et. al.*, 2010).

- Favorece vínculo afectivo madre/hij@ (La Leche League, 2010).
- Prevención de enfermedades en el adulto como diabetes, hipertensión arterial, obesidad y arterioesclerosis (Viñas, 2003) y (Harder *et.al.*, 2005).

Para la madre:

- Favorece la involución uterina (OMS, 2010).
- Disminuye las hemorragias posparto (OMS, 2010).
- Facilita la reparación de los tejidos involucrados en la gestación y la recuperación de un peso saludable (Rivera y Sepúlveda, 2004).
- Aumento del periodo de amenorrea, atrasando parcialmente nuevo embarazo cuando se mantienen las tomas nocturnas. Como anticonceptivo no es totalmente eficaz pero ayuda a espaciar las gestaciones, lo cual adquiere importancia en países subdesarrollados (Aguayo, 2001).
- Disminución en cáncer de ovario premenopáusico y mamario.- Actualmente existen estudios con mujeres premenopáusicas que sostienen que el riesgo de cáncer mamario es inversamente proporcional a la duración de la lactancia (Blázquez, 2003).
- Reduce la incidencia de fracturas postmenopáusicas al favorecer la remineralización ósea (Blázquez, 2003)
- Aspectos psicosociales. La OMS indica que la lactancia materna refuerza los lazos afectivos madre-hijo, reduce o elimina los costes de adquisición de leche de fórmula, y en general promueve la salud del niño (OMS, 1991).

Para el hospital:

- Ahorro económico asociado a la lactancia materna.
- Disminución de enfermedades neonatales si hay alojamiento conjunto hospitalario (OMS, 2010).

ANTROPOLOGÍA DE LA LACTANCIA. ENFOQUE EPISTEMOLÓGICO

Más allá de presentar los procesos fisiológicos, beneficios sanitarios y de salud pública de la lactancia, la propuesta de este trabajo ha sido profundizar sobre la variabilidad que deriva de la significación social y cultural conferida en todas las sociedades a la práctica de la lactancia materna, la ablactación y el destete. Es con este objetivo que intentamos articular un escenario con corte antropológico que enmarque teóricamente los codeterminantes tanto internos como externos de la práctica de la lactancia materna a partir de los cuales se construye diacrónicamente la experiencia biosociocultural de amamantar.

Es plenamente reconocido que el bebé *in útero* percibe las descargas hormonales de su madre, reconoce y recordará más tarde su olor, tipo de movimientos y sonido de su voz además de la ya comprobada transmisión de sabores mediante la leche materna al bebé lactado (Forrestell, Catherine and Julie, Mennella, 2007). Estos vínculos pueden considerarse más del orden metafísico que del que fisiológico o puramente biológico y continuarán desarrollándose durante la crianza y la lactancia de la misma forma en que la madre o cuidador/a transmita sus propias experiencias permeadas por el contexto cultural y social al que pertenezca.

La tendencia ha sido “naturalizar” los saberes alrededor del embarazo, parto y lactancia, frecuentemente considerados como conocimientos de sentido común. En este sentido la reflexión sobre la maternidad y la crianza plantea esquemas combinados y con tintes de “instinto y naturaleza femenina”, lo que parecería conectar “indefectiblemente” a las mujeres con la procreación, la crianza y por ende la lactancia. Evidencia de esto es el otorgamiento análogo del término de “*maternidad*” tanto al proceso fisiológico-reproductivo como a la temporada de crianza, además de atribuirle una naturaleza instintiva sobre todo para las mujeres.

La, histórica pero vigente, controversia entre biología y cultura en referencia a la facultad o ¿virtud?, inherente y obligatoria para las mujeres en edad reproductiva, de embarazarse, parir, producir leche y de amamantar, ha retomado

auge al agregar y valorar dentro de su análisis que el comportamiento biológico se desarrolla dentro de la plasticidad sociocultural en la que está inmerso. En referencia a esta capacidad humana de crecer, cambiar y adaptarse mucho más allá de los límites de la herencia biológica y cultural, Margaret Mead empleaba el término *plásticos* que significa modelable (Wilton, 2001).

Es innegable que, sin olvidar las particularidades y diferencias individuales, el proceso reproductivo es universal en cuanto a fisiología femenina, pero las actitudes que lo conforman y la percepción particular y del grupo se modelan cultural y específicamente en cada región y momento y a través de la historia. La antropología, entre otras ciencias, recientemente ha comenzado a reconocer que el proceso de la lactancia está determinado por el entramado de muchos aspectos interrelacionados, en síntesis, le reconoce una naturaleza biosociocultural al proceso del embarazo, parto, puerperio y en general el período de crianza; queda por delante la tarea de investigar su pluralidad y complejidad (Salas, 1995).

En este trabajo consideramos a la maternidad como una experiencia subjetiva en donde la estrecha relación que se establece entre madre e hijo abarca mucho más que la conexión orgánica. También proponemos abrir perspectivas que aborden la complejidad cultural que da ambiente a la maternidad como una experiencia biosociocultural en donde la cultura no se superpone a la biología ni viceversa sino que sus procesos se estructuran combinándose para dar lugar a la creación de un nuevo orden.

Hemos observado también que la problemática en la investigación del amamantamiento y de la leche materna ha sido, en algunos sectores, su errónea concepción simplista al definirla solamente como práctica nutricional o de salud pública en vez de considerarla como parte integral del proceso cultural de la crianza y de la alimentación en conjunto con los demás actores sociales (Treviño, 2004). En este sentido Margaret Mead propuso, para un análisis profundo y enfoque sistémico, la inclusión de todas las variables posibles (Wilton, 2001), desbancando a los

conceptos “puramente” biológicos, cuya valoración se ha ido transformando y renovando hacia la perspectivas integrales cultural e históricamente definidas.

Desde esta perspectiva compleja de análisis, reconocemos y examinamos el amplio conjunto de elementos que envuelven al proceso reproductivo y de alimentación inicial del que se desprenden estados de nutrición, salud-enfermedad, desarrollo y adaptaciones para entenderlos como un “todo” trascendental por sus significados, implicaciones y repercusiones.

Como hemos venido describiendo: la crianza y específicamente la lactancia materna, han sido origen de polémicas entre investigadores, médicos y demás interesados por sus incontables variantes culturales y modos de enfoque (Assis, 2009). Razón por la cual las ciencias sociales actuales han abierto su pensamiento a la complejidad cultural de la maternidad y al entendimiento de codeterminantes culturales y biológicos que interactúan en el proceso de la lactancia materna. En este sentido se ha observado que la práctica de la lactancia se inclina más por prescripciones, recomendaciones, pautas y características normativas del orden sociocultural que del biológico (Flores, 2004 citado en Salas, 2004).

De acuerdo con lo recién planteado consideramos que esta etapa del proceso alimentario iniciada con la lactancia y la integración del nuevo ser social se construye por códigos culturales que, como experiencias perdurables, van creando prácticas diversas que se heredan y expresan desde el primer momento de contacto entre madre e hij@, lo cual supone a la lactancia materna como ejemplo idóneo de práctica biosociocultural ejercida por los seres humanos.

Perspectiva de género

Estudios de corte social o antropológico atravesados con perspectiva de género, reflejan mucho más que una teoría feminista: conducen planteamientos de las diferentes disciplinas con enfoque equivalente y equitativo para hombres y mujeres. Hemos encontrado que dicho enfoque confiere un matiz más adecuado a nuestro tema de estudio por ser la lactancia materna una experiencia fundamentalmente

social, cultural y femenina. Sin olvidar que los demás actores sociales inciden consistentemente en dicha práctica.

Resulta relevante actualmente conocer el “Modelo de Equidad de Género” que el Instituto Nacional de las Mujeres en México ofrece como instrumento de análisis para identificar las diferencias entre hombres y mujeres además de establecer acciones que promueven situaciones de equidad. En dicho documento se define al género como la construcción de ideas, representaciones, creencias, costumbres y atribuciones sociales que se presentan en cada cultura y momento histórico por lo tanto es modificable y dinámico tomando como referente la diferencia sexual (Inst. Nacional de las Mujeres, 2003)²⁹. Es así como articulando ideas, creencias, costumbres y asignaciones sociales presentes en cada cultura y momento histórico nos integramos con la cultura en cualquiera de sus expresiones.

Existe asimismo una categoría de género que debemos definir por su relevancia en cualquier estudio con enfoque social: la identidad. Ésta responde a un cuestionamiento existencial individual y/o colectivo además de cultural, lo que crea y da sentido a comportamientos e historia. Esto en parte origina identidades diferenciadas para hombres y mujeres al ser construidas desde la infancia en base a distintas asignaciones, modelos y normas sociales (Araiza, 2004).

Se sabe también que los ciclos de vida femeninos, preponderantemente corporales, son los parámetros de evaluación social para las mujeres. Aunque pudiera parecer paradójica la afirmación de Marcela Lagarde (2005) al decir que durante el tiempo de crianza las mujeres son madres porque acatan los mandamientos extraordinarios de una fuerza ajena que es la naturaleza, resulta muy clara su posición ante la presión social que es ejercida sobre las mujeres y la maternidad. Es así que las mujeres somos puestas a cargo de la reproducción social para lo cual las acciones maternas de crianza son interiorizadas desde niñas y

²⁹ El modelo de Equidad de Género del Instituto Nacional de las Mujeres puede ser consultado en la siguiente dirección: <http://www.inmujeres.gob.mx/programas/modelo-de-equidad-de-genero.html>

establecen un núcleo medular de pensamiento y acciones ligado a la identidad femenina (Lagarde, 1992).

Dentro de las expectativas en cualquier sociedad y, como parte de sus regulaciones y normatividad, existen ciertas conductas relacionadas con la significación colectivamente asignada a las mujeres como lo es la reproducción biológica, dejando para el hombre la producción cultural (Araiza, 2004). Coincidimos con Margaret Mead (1982) que resalta que las diferencias genéricas se deben más a cultura que a biología además de que dichas significaciones entre hombres y mujeres varían según el entorno y la cultura con la constante en gran parte del mundo de la supremacía del varón. En especial son idealizadas y requeridas las referentes a la maternidad y crianza sin considerar ni equilibrar las condiciones y opciones de vida que influyen en el deseo y la decisión personal y social de la mujer de ser madre y de lactar.

En referencia a la epistemología feminista y debido a que algunas investigaciones con este marco contienen ciertos rasgos políticos de compromiso de cambio social, éstas han sido severamente cuestionadas por su carencia de condiciones de científicidad y por la reducción de sus resultados a discursos ideológicos (Guzmán y Pérez, 2005). Es por esto que en este trabajo optamos por manejar el problema de estudio dentro de un programa de investigación de género que estableciera una distinción entre diferentes modos de conocimiento sin intentar darle un enfoque existencialista que supondría la presencia de una naturaleza inmutable diferenciada para hombres y mujeres.

El curso de vida de las mujeres y sus experiencias con respecto a la maternidad forman parte del proceso de socialización y adaptación de cada una de ellas y no podemos dejar de lado que estas vivencias al ser transmitidas y compartidas con el nuevo ser son también parte del génesis de una nueva persona. Esto nos conduce en primer lugar al binomio primario que se establece entre madre e hijo reconociendo la existencia de numerosos y variados factores, internos y

externos que van modificándose de manera dinámica y compleja, antes, durante y después del nacimiento de cada nuevo ser.

Debido a la ya mencionada naturalización de los atributos femeninos que implican corporalidad, formas de conducta, capacidades intelectuales y físicas se les ha conferido a las mujeres un lugar específico dentro de las relaciones económicas y sociales (Lagarde, 1990), pero no podemos soslayar que la identidad femenina, desde una perspectiva de género, abarca otros factores además del rol reproductivo (Caruncho, 1998). Desde esta perspectiva la decisión de lactar se presenta para las mujeres como una opción cargada de significados y simbolismos que se balancean entre las tradiciones, obligaciones, necesidades e imaginarios individuales y colectivos, experiencias previas, esfera de acción asignada a las mujeres y lugar que ocupan frente a los otros y, sobre todo, frente a sí mismas.

Tales elementos determinan el comportamiento, las funciones, oportunidades, valoración y las relaciones entre hombres y mujeres (Inst. Nal. de las Mujeres, 2004) y citando a Franca Basaglia añado: “*El contenido de la condición de la mujer es el conjunto de circunstancias, cualidades y características esenciales que definen a la mujer como ser social y cultural genérico, como ser-para y de-los-otros*” (Basaglia, 1983 en Lagarde, 2005). Esta reflexión nos recuerda cómo somos condicionadas las mujeres en un ciclo vital desde la niñez hasta la madurez o hasta el cumplimiento de las funciones marcadas cultural e históricamente para nosotras.

Los fundamentos expresados en las concepciones tradicionales de cultura inciden en lo que nos propone Marcela Lagarde (1990) desde una perspectiva de género y que denomina *situación vital de las mujeres*, concebida ésta como la relación dialéctica entre determinadas condiciones de vida y las cosmovisiones propias de las mujeres. Es necesario repensar estos vínculos como percepciones provenientes de mujeres particulares, diferentes y participantes de la misma condición histórica.

Parentalidad

En referencia a la etapa de la crianza Margarita Lagarde (2008) reflexiona sobre la función parental que, en las especies sexuadas, copulatorias y maternas, es una práctica que continua después del nacimiento mediante complejos procesos hormonales, comportamentales y sociales, con costos, intensidad y tiempos variables. Es esta observación y participación en ciertos comportamientos de crianza lo que fortalece la adquisición de saberes y prácticas referentes a la lactancia materna que van aparejados a la experiencia compartida, tácita y cotidiana de las costumbres, lengua, estrategias de vida, adaptación, ecología y socialización que son transmitidos a las crías con la crianza, algo así como el bucle recursivo de un sistema complejo (García, 2006).

Este enfoque abre posibilidades de análisis y concibe a la *parentalidad* como uno de los ejes de la evolución humana. Al comprender los descubrimientos de los tres fundadores de la etología³⁰ sobre estudios comparativos del comportamiento y patrones hereditarios de conducta en diversas especies, el comportamiento humano dejó de concebirse como resultado exclusivo del aprendizaje, del ambiente o de la fisiología cerebral y se inscribió al espacio de la complejidad eco-evolutiva de la parentalidad. Se admitió entonces que las creaciones de otras especies, vecinas a nuestra línea evolutiva, eran fenómenos comparables con las creaciones humanas y se posibilitó conceptualmente la oposición de lo instintivo-aprendido (Lagarde, 2008).

Es evidente cómo en las prácticas y pautas de crianza prevalece la representación social del niño lo que condiciona los diferentes órdenes normativos y valorativos de los padres o cuidadores (Bocanegra, 2007). En otra faceta, siempre combinada con las otras, encontramos que la economía del entorno y el modo de subsistencia parental son factores que repercuten en el tipo de crianza que los padres dan a sus hijos. Este nivel, al modificar ciertos valores, modifica las características “esperadas” o las que se conciben como “objetivos” para los hijos. Se da entonces la

³⁰ Karl Von Frisch, Konrad Lorenz y Nikko Tinbergen, obtuvieron el Premio Nobel de Ciencias en 1978.

necesidad de conceptualizar a la crianza como un fenómeno sociocultural complejo muy sensible donde la relación adulto/niño es fundamental para la comprensión de las prácticas y normas para el cuidado de los infantes. Continuando en esta línea de reflexión utilizamos la perspectiva de la Etnopediatría que ofrece un enfoque diferenciado culturalmente para la supervivencia de los niños; esta perspectiva integra y relaciona la salud, el bienestar y las medidas biológicas con el entorno sociocultural (Assis, 2009).

Constructivismo

Es innegable que la Antropología y nosotros como antropólogos “construimos” explicaciones basadas en observaciones, testimonios y hechos empíricos. Ahora nos proponemos comprender y explicar a su vez la construcción que hacen las mujeres lactantes de esta práctica en su ambiente. Dicha construcción diacrónica es el reflejo de la apropiación de modos de comportamiento que integran a la cultura con nuestras propias facultades e identidad: *“La realidad para el constructivismo es siempre un asunto de interacción, algo que se crea mediante nuestras acciones”* (Cubero, 2005:45). De esta manera las trayectorias de vida de las personas son diversas y complejas al depender de un conjunto de factores estructurales e institucionales que se caracterizan por tener situaciones históricas particulares.

El papel que juegan las mujeres en su sociedad, el reparto y asignación de las responsabilidades familiares, la representación simbólica de la maternidad y la lactancia son mecanismos que dependen en gran medida de los patrones socioculturales a los que las mujeres están adscritas.

“Para el constructivismo el conocimiento es una construcción subjetiva en la que la realidad deja de ser una entidad absoluta como entidad independiente o externa a nosotros mismos. El Constructivismo asume que el conocimiento supone una perspectiva relativa sobre la realidad” (Pozo, 1996 citado en Cubero, 2005:45).

De acuerdo con lo que hemos venido describiendo a lo largo de este capítulo, la calidad de vida y su transcurso dinámico y continuo son percibidos de manera personal y única por cada una de las mujeres que son madres y que están ante la posibilidad y opción de lactar. Es así como, a partir del entramado biosociocultural, se genera la construcción simbólica que matiza y da sostén a la experiencia de lactar y la vuelve plena de significaciones y valores no solamente para la mujer que amamanta sino para su comunidad.

Reconocemos como indispensable el análisis del fenómeno de la lactancia materna en su totalidad sin hacer distinciones entre naturaleza y cultura puesto que las manifestaciones humanas son producto de la integración de ambos niveles lo que da como resultado un nuevo orden. De igual manera los enfoques integrantes de esta investigación han sido producto de una reflexión interdisciplinaria, como plataforma de interpretación de este fenómeno como una construcción compleja (García, 2006). Lo que nos remite a una reciprocidad en la investigación, para integrar el fenómeno estudiado como un sistema interactuante en el que los diferentes enfoques epistemológicos han formado un cristal de observación que los amalgama y armoniza en su análisis.

Es así que el objetivo principal de este proyecto de investigación ha sido equilibrar los aspectos cualitativos y cuantitativos observados y comprendidos en el ambiente habitual de su comunidad. Se le ha dado peso e importancia, como referente particular, a cada uno de los testimonios recogidos en campo que son la expresión de esquemas colectivos de convivencia y adaptación social: *cultura*.

Dentro de las condiciones mencionadas nuestro interés ha sido detectar la interacción y recursividad de los factores biosocioculturales que en el siguiente capítulo serán motivo de reflexión para entender sus modificaciones y comprender el surgimiento de prácticas, modelos e identidades no estereotipadas sino dinámicas y en permanente cambio y construcción.

CAPÍTULO IV

MÉTODO Y ESCENARIO

El modelo de ciencia tradicional ha sido transformado a la luz de una reflexión epistemológica en constante cambio. Dicha evolución ideológica ha influido en las metodologías utilizadas desde el siglo XX por las ciencias humanas y sociales promoviendo un enfoque que gira en torno a los conceptos de “conocimiento” y “ciencia” (Martínez, 2006). El objetivo primordial al seleccionar la metodología para este trabajo fue que brindara la posibilidad de construir e interpretar nuestro problema basada fundamentalmente en consideraciones epistemológicas, teóricas y empíricas. Es en esta línea de validación y legitimación del análisis social que hemos propuesto la metodología cualitativa por contar con las técnicas y procedimientos requeridos para la cientificidad de nuestro estudio en la comunidad rural náhuatl de Cuentepec en el estado de Morelos que describiremos más adelante en este capítulo.

ENFOQUE CUALITATIVO

La investigación cualitativa ha formado parte de las tendencias de trabajo de campo y análisis introducidas por las ciencias sociales desde el siglo XIX, dando paso a un gran repertorio de paradigmas, métodos, técnicas y estrategias de investigación.

Factor decisivo para nuestra selección fue la jerarquización que, en dicha perspectiva, se da a los significados y constructos que los participantes o sujetos de la investigación confieren a sus prácticas para, posteriormente, ser observados e interpretados no solamente desde la plataforma positivista, neutral y objetiva sino desde una diversidad de enfoques (Rodríguez, *et al.*, 1999).

La participación vivencial del investigador cualitativo ha generado controversia en cuanto a su posible contaminación del escenario estudiado y por ende a su apreciación “objetiva de la realidad”. En este sentido Martínez (2006) aclara que en la investigación cualitativa no se utiliza el método científico de las ciencias naturales clásicas sino el de la física moderna que contempla la relatividad de Einstein y el principio de incertidumbre de Heisenberg, lo que integra en la investigación el efecto perturbador de la observación sobre lo observado.

Mediante este enfoque reconocemos que la internalización, generalmente no explícita, de valores, tradiciones, roles y normas es paulatina además de que dichas estructuras empíricas y teóricas generan regularidades que se expresan en muchos aspectos compartidos de vida (Martínez, 2006). Procesos que podrían ser definidos como integrantes de la cultura.

Por lo anteriormente expuesto fue seleccionada la metodología cualitativa y sus técnicas como instrumentos esenciales para la recogida de datos, observación y análisis de estructuras dinámicas valoradas desde un pensamiento sistémico-ecológico que cambió nuestra apreciación de “*la realidad*” y nos habilitó para pensar y concebir un “*todo polisistémico*” dentro de su contexto habitual. En este sentido fue necesaria la utilización de metodología transdisciplinaria que en su calidad esencialmente estructural y sistémica, revisa, redefine y reformula los respectivos aportes de las diferentes disciplinas (Martínez, 2006).

Para el manejo óptimo de datos fue utilizado el Programa Filemaker que sirvió para diseñar y probar varios instrumentos que pudieran contener y manipular

los datos obtenidos en campo y acceder fácilmente a las posibles articulaciones y combinaciones de variables.

Dentro de este marco fueron considerados como un *todo* digno del mayor respeto e interés a los testimonios individuales y grupales, los datos descriptivos del escenario y las conductas observadas, mismos que constituyeron la información fundamental de este trabajo interdisciplinario de investigación e interpretación del fenómeno de la lactancia materna, ablactación y destete dentro de su contexto usual en Cuentepec, Morelos.

Las condiciones que han enmarcado la metodología empleada en esta investigación y que experimentamos en campo son las propuestas por Taylor y Bogdan sobre investigación cualitativa:

1. *Es inductiva*
2. *El investigador ve al escenario y a las personas desde una perspectiva holística; las personas, los escenarios o los grupos no son reducidos a variables, sino considerados como un todo.*
3. *Los investigadores cualitativos son sensibles a los efectos que ellos mismos causan sobre las personas que son objeto de estudio.*
4. *Los investigadores cualitativos tratan de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas.*
5. *El investigador cualitativo suspende o aparta sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones.*
6. *Para el investigador cualitativo, todas las perspectivas son valiosas.*
7. *Los métodos cualitativos son humanistas.*
8. *Los investigadores cualitativos dan énfasis a la validez de su investigación.*

9. *Para el investigador cualitativo, todos los escenarios y personas son dignos de estudio.*
10. *La investigación cualitativa es un arte. (Taylor y Bogdan 1986:20)*

Coincidiendo con lo recién descrito y con base en LeCompte (1995) tuvo origen la amplia utilización en nuestro trabajo de campo de las herramientas que describe como necesarias dentro de la investigación cualitativa, concebida por él como un diseño de investigación que extrae descripciones e información de todo tipo de herramientas de observación y de registros que abarcan entrevistas, narraciones, notas de campo, grabaciones, videos y fotografías.

Para lograr integralmente este tipo de enfoque en Cuentepec, Morelos fueron también revisados los postulados establecidos por Stake (1995) quien afirma que la característica fundamental de la investigación cualitativa se centra en el contenido epistemológico. En éste se pretende la comprensión de interrelaciones complejas aunado al papel vivencial e interpretador de acontecimientos adoptado por el investigador para construir el conocimiento. Sintetizando: el estudio cualitativo tiene un carácter holístico, empírico, interpretativo y empático (Stake, 1995 en Rodríguez, 1999).

Entre las técnicas de la investigación cualitativa seleccionamos la biográfica y la etnográfica por ser las más recurrentemente utilizados para cuestiones de tipo descriptivo/interpretativo como valores, ideas y prácticas de grupos culturales. En estas técnicas el objetivo principal del investigador es la demarcación de los componentes culturales y sus interrelaciones en una unidad social. A partir de lo cual se pretende “*construir un esquema teórico que recoja y responda lo más fielmente posible a las percepciones, acciones y normas de juicio de esa unidad social*” (Rodríguez, 1999:45). En este sentido las metodologías cualitativas se apoyan en una etnografía que aprehende el significado asignado a las acciones y eventos (Spradley, 1979 en Vasilachis,1992)

Es necesario destacar que dentro de las características etnográficas fundamentales discutidas y determinadas por varios autores se encuentran: el registro del conocimiento cultural pormenorizando los patrones de interacción social y el análisis holístico de las sociedades mediante la utilización de técnicas específicas para aprender el modo de vida de una unidad social concreta (Rodríguez, 1999). Dichas características nos permitieron, como investigadores, la reconstrucción analítica y con carácter interpretativo de las formas de vida y estructuras culturales de la comunidad de Cuentepec.

Para completar la comprensión del trabajo etnográfico realizado hacemos mención de los requisitos de una buena etnografía planteados por Splinder y Splinder (1982:63-72), mismos que conformaron una guía metodológica para nuestro sistema de trabajo en campo:

1. Observación directa mediante la permanencia del investigador donde la acción tiene lugar tratando de no modificarla.
2. Permanecer tiempo suficiente en el escenario hasta que la ocurrencia sucesiva no aporte datos diferentes o nuevos. Un año se considera como periodo razonable pero esto se ajustará según los hallazgos.
3. Recopilar un gran volumen de datos recogiendo todo tipo de información.
4. Considerar el carácter evolutivo del estudio etnográfico. Se recomienda al inicio no trabajar con hipótesis específicas lo que permite abarcar con amplitud el fenómeno de estudio.
5. Utilización de instrumentos de registro diseñados específicamente.
6. Cuantificar para reforzar algunos datos, interpretaciones o comprobación de hipótesis.

Debido a que las entrevistas semiestructuradas y la observación directa y participativa facilitaron el descubrimiento, en campo, de las estructuras más significativas que motivan a estas mujeres a continuar amamantando, presentamos una breve descripción de estas técnicas etnográficas de investigación cualitativa:

Entrevista semiestructurada

La entrevista semiestructurada involucra una gran sintonía epistemológica con la teoría y enfoque cualitativos dado que presenta mayor margen de libertad durante el tiempo de aplicación y mayor área de interpretación en su análisis posterior. Esta forma de entrevista abre más posibilidades de acceso a las categorías mentales, motivos, intenciones y perspectiva del sujeto estudiado para comprender e interpretar la forma particular que tiene de ver el mundo, comprender su terminología y entender la complejidad de las percepciones sobre sus experiencias (Martínez, 2006). Esta forma de diálogo puede ser complementada con la observación de todas las formas de expresión y comunicación no verbal para ayudar a la exploración del sujeto con la condición primera de aclarar términos que narren fielmente su mundo, describan sus actitudes y signifiquen sus motivos.

Observación participativa

La primera condición del investigador cualitativo es la de compartir modos, tiempos de vida, usos y costumbres con la unidad a observar, es por esto que el investigador debe ser aceptado y permanecer con ella durante sus actividades cotidianas para registrar pormenorizando tanto como sea posible y realizar revisiones periódicas para completarlas con la posibilidad de reorientar la investigación. Es necesario recoger los mitos y anécdotas, adquirir y entender las formas de lenguaje y conceptos específicos además del trasfondo cultural e ideológico que da sentido y valor a sus actividades. Información a partir de la cual, surgirán nuevas categorías o diferentes de las preconcebidas. Es igualmente valioso recabar las expresiones literales para ser citadas textualmente en su oportunidad (Martínez, 2006). El

investigador debe tener contemplado que su propia participación puede influir y modificar las actitudes de los observados al convertirse en uno de los actores de la escena.

Grupo focal

Éste puede definirse como una entrevista enfocada a un tema específico y con una guía previamente diseñada que busque obtener percepciones colectivas de un grupo que comparten características. El número de personas debe permitir la participación de todos y al mismo tiempo favorecer la diversidad de opinión y la posibilidad de discusión en un ámbito respetuoso y bajo la guía de investigador que coordine la participación (Krueger, 1991).

Con las herramientas antes descritas e integrando todos aspectos biosocioculturales es que intentamos identificar las manifestaciones y naturaleza de nuestro tema. Por esta razón presentamos a continuación una breve descripción contextual de nuestro tema: la lactancia materna en la comunidad náhuatl de Cuentepec, Morelos.

EL ESCENARIO GEOGRÁFICO

Para las poblaciones humanas, entendidas como escenarios polisitémicos que construyen sus prácticas de manera dinámica, el sentido de pertenencia, territorialidad e identidad cultural se sustenta, entre otras cosas, en la calidad, características y condiciones de su hábitat (Aguirre, 1997). Es así que, como elemento indispensable para dimensionar y contextualizar Cuentepec, Morelos presentamos un esbozo de su entorno sociocultural, geográfico, ecológico y económico por ser su interacción lo que modela sus actividades, intereses y significados. (Ver fotos 4.1 y 4.2)³¹.

³¹ Las fotografías fueron tomadas por la autora Gabriela Hernández González.



Foto 4.1. Labores de cultivo en los alrededores de Cuentepec en 2009



Foto 4.2 Iglesia de San Miguel en Cuentepec, Mor. 2009.

San Sebastián Cuatepec se localiza en la región centro poniente del estado de Morelos Municipio de Temixco, (Longitud: 99° 19' 35" long W. Latitud: 18°51'37" Lat N. Altitud: 1390 msnm). Colinda al norte con Ahuatenco –en el Estado de México- al Sur con el poblado de San Agustín Tetlama; al este con Temixco y con el margen del río Tembembe y por el Arroyo Salado (INEGI, 1999). Pertenece desde 1933 al municipio de Xochitepec., Etimológicamente Cuatepec proviene de las palabras en náhuatl *Kuemitl* “surco” y *tepetl* “cerro” que se traduce como “surco en el cerro”, también es llamado Kuentepetzin. (Gobierno del Estado de Morelos, 2005). (Ver. Figura 4.1)



Fig.4.1 Mapa de localización de Cuatepec en el estado de Morelos.

Respecto a su territorio encontramos que en 1927 el Presidente Calles firmó una dotación definitiva de territorio con la que estuvieron en desacuerdo los

habitantes que aducían la propiedad de más terrenos acreditada con escrituras que databan de 1890 y con la “*sana, pacífica y constante posesión de las mismas*” (R.A.N., 1937 en Paz-Salinas, 2009:37). En 1954 se resolvió una parte de la titulación de los bienes comunales y ejidales pero fue hasta 1999 y 2001 que, tras la última certificación de derechos agrarios, la extensión total del territorio de Cuentepec quedó en 7,068 hectáreas, de las cuales 4,678 has. son ejidales y 2,390 has. son comunales (Procuraduría Agraria, 1999 en Paz-Salinas, 2009).

Menos de la cuarta de estos terrenos está parcelada pero la tierra cultivable es escasa y pobre; otra tercera parte es pastizal y cerril de uso común y un poco menos de la mitad corresponde a ríos, arroyos y cuerpos de agua, barrancas. El cauce del Río Tembembe (también llamado Atengo) cruza el pueblo separando los bienes comunales de los ejidales. Destinadas a zona habitacional quedaron 67 ha. (Paz-Salinas, 2009).

Morfológicamente Cuentepec presenta una topografía accidentada y se encuentra conformado por una serie de lomeríos con pendientes y alturas que van de los 1400 a los 1700 metros, donde se pueden apreciar las barrancas y cañadas que bordean la comunidad. Está rodeado por los montes de Ocuilán y por los cerros de la Víbora, del Jumil y el Colotepec, conocidos por los habitantes del lugar como *Kuajtsin, Xomiltepec y Kolotepetl*. (González 2005:24).

Las características geoclimáticas de Cuentepec son sobre todo de tipo semi-árido caluroso la mayor parte del año con: Temperatura mínima (Mayo Octubre) 15°-18°C. Temperatura máxima (Mayo Octubre) 27°-30°C. Temperatura mínima (Noviembre Abril) 9°-12°C. Temperatura máxima (Noviembre-Abril) 27°-30°C (INEGI,1985a,1985b).

ETNOGRAFÍA DE CUENTEPEC

Con respecto a la lengua, Cuentepec es una comunidad náhuatl bilingüe. Según el conteo de Población y Vivienda 2000, en el Municipio de Temixco había 3,415

habitantes hablantes de lengua indígena, lo que representa el 4.3% del total de habitantes de esta localidad. En comunidades aledañas como Tetlama también habitan grupos de esta etnia. Entre los resultados del II Censo de Población y Vivienda del 2005, en el municipio habitaban un total de 3,717 personas que hablaban alguna lengua indígena. Las nuevas generaciones son bilingües, se comunican entre ellos en náhuatl y con los de fuera hablan en español.

Son preponderantes para la economía de Cuentepec las actividades agropecuarias y el ciclo agrícola caracteriza sus actividades, su vida y sus creencias. Aunque existe poca disponibilidad y pobreza en las tierras para cultivo, una tercera parte de la población se dedica a cultivar maíz, frijol y cacahuate además de sorgo para los animales; lo que se llama “campesinos temporaleros de subsistencia” quienes trabajan desde mediados de mayo hasta mediados de agosto de lunes a domingo y de sol a sol. Sin embargo ante la escasa producción agrícola los cuantepequenses deben conseguir, en temporada de secas, trabajos asalariados en Cuernavaca y Temixco, relacionados en su mayoría con la industria de la construcción. Existe también la cría de aves de corral además de ganado porcino y vacuno, la posesión de este último parece generar ciertos conflictos en los lugareños, que ocultan que lo tienen y en qué cantidad, por sus implicaciones en el imaginario de la comunidad (Paz-Salinas, 2009).

Tienen variadas celebraciones, en su mayoría de tipo religioso, en las cuales participa toda la población, entre las más importantes y típicas se encuentran la del 20 de enero, en la cual festejan a San Sebastián Chala con celebraciones religiosas, comida típica, jaripeos, música de viento, juegos pirotécnicos y bailes; el 3 de mayo, Día de la Santa Cruz, hay fuegos pirotécnicos en la iglesia; el 29 de septiembre es la fiesta de San Miguel Arcángel (Ver fotos 4.3, 4.4 y 4.5), en la que realizan primeras comuniones colectivas, tiene una duración de cinco días con desarrollo similar a las anteriores y por último el Día de Muertos en noviembre con una vasta concurrencia a los panteones, misas y alimentos típicos.

Para la festividad de San Miguel las familias que heredaron la “*pedra de los aires o de los vientos*” hacen varias ofrendas a esta deidad en agradecimiento por las lluvias y con la petición de mesura para prevenir daños si se excede.

Dichas ofrendas comienzan a ponerse de mediados de agosto a mediados de septiembre para culminar con la fiesta a finales del mes. Los dos santos son festejados, uno en septiembre para agradecer los nacientes elotitos y al otro se le agradece la cosecha en enero, fin del ciclo agrícola. (Ver fotos 4.4 y 4.5)



Foto 4.3 Preparación de fuegos artificiales en el atrio de la Iglesia. 2009.



Foto 4.4 Interior de Iglesia en Festividad de San Sebastián. 2009.



Foto 4.5 Exterior Iglesia de San Miguel en 2009

En Cuentepec las mujeres se dedican mayormente al hogar y a algunas tareas de economía informal como recolección de vara seguida de secado, elaboración y venta de escobas; manufactura y venta de cestos de carrizo también forman parte de su economía; diseño y confección de vestidos típicos de la región; cría y venta de pollo; diseño y confección de muñecas y títeres; fabricación y venta de pan, molienda de maíz para las tortillas. Muy pocas mujeres han optado por el trabajo doméstico fuera de la población.

La alfarería representativa está conformada por comales, vasijas, nacimientos con figuras decorativas zoomorfas. Existen varios talleres donde grupos de mujeres trabajan con moldes y también modelan el barro para luego cocerlo en sus hornos y venderlo en sus propias casas. (Ver foto 4.6). Asimismo se ha establecido periódicamente, la enseñanza de algunos oficios y actividades de manera institucional y/o proveniente de asociaciones civiles³². (Clases a las que las mujeres han asistido y han utilizado para reforzar su economía y subsistencia) como cortes de pelo, elaboración de objetos de barro, cultivo de setas, cría de puercos, manufactura de muñecas, elaboración de vestidos, etc.

³² Se pudo registrar la presencia de varios Proyectos Productivos implementados por la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) que es un organismo autónomo descentralizado de la administración pública federal en labores desde 2003.



Foto 4.6 Portavelas de barro creado y vendido por las “*Mujeres de barro*” en 2009.

PROGRAMAS GUBERNAMENTALES Y ASISTENCIALES EN CUENTEPEC VINCULADOS CON LA SALUD

La tendencia urbanización, la tecnología, las transferencias monetarias del programa “Oportunidades”, los programas de salud y atención sanitaria, las actividades habituales de la población y la propia cosmovisión de esta comunidad, entre otros factores han modificado paulatinamente el pensamiento, consumo y gasto de los habitantes de Cuentepec. También incide en este sistema la cantidad, variedad, calidad y oferta de productos que ingresan cotidianamente a la localidad principalmente el día en que se recibe la transferencia monetaria. La interrelación de estos factores aunada al aumento de sus posibilidades adquisitivas ha repercutido en las necesidades creadas y el imaginario colectivo y por lo tanto en sus patrones alimentarios, de vida familiar y de salud.

Para comprender este panorama resulta indispensable una descripción somera de la dinámica entre las transferencias monetarias y el mensaje transmitido mensualmente a través de pláticas mensuales. Una cantidad considerable de familias en Cuentepec reciben apoyos económicos en sus variables rubros y montos, los cuales cambian dependiendo del ciclo escolar, género y número de estudiantes por familia inscrita. Este programa funciona mediante el intercambio de transferencias monetarias por asistencia a pláticas y talleres mensuales que es condición forzosa para que el beneficiario pueda cobrar su dinero. Por esta razón el personal sanitario denomina y considera a la población como “cautiva”.

Desde 1989 ingresaron a esta comunidad programas asistenciales. Éstos provienen del gobierno federal así como de instituciones civiles y estuvieron diseñados y destinados en principio para hogares en extrema pobreza. De 1989 a 1994 estuvo en servicio *PRONASOL*; de 1997 a 2001 fue *PROGRESA* y en 2002 se instauró *OPORTUNIDADES*, mismo que continúa hasta la fecha. En Cuentepec, como en toda la República, el Programa de “Oportunidades” está conformado por cinco componentes: “Educativo” -con becas escolares desde el tercer grado de primaria hasta nivel medio superior más apoyos para útiles escolares-, “Salud”, “Alimentario”, Patrimonial “Jóvenes con Oportunidades” y el de “Adultos Mayores”.

Para tener una idea más exacta de los montos transferidos nos remitimos a las cifras publicadas en un estudio realizado por el Instituto Nacional de la Nutrición *Salvador Zubirán* (INNSZ, 2007):

- Primaria: Apoyo económico por un monto de \$180 a \$240 mensuales a partir del 3er. grado
- Apoyo para útiles: \$160 al inicio del ciclo escolar para adquisición de útiles escolares y \$80 a la mitad del ciclo para reposición
- Secundaria. Hombres: \$350 a \$390 mensuales. Mujeres: \$370 a \$450 mensuales

- Apoyo para la adquisición de útiles escolares es de \$295 al inicio del ciclo escolar
- Educación Media Superior: Hombres: \$585 a \$665 mensuales. Mujeres: \$675 a \$760 mensuales
- Apoyo para la adquisición de útiles escolares es de \$300 al inicio del ciclo escolar
- Apoyo monetario para Adultos Mayores \$250 mensual
- Apoyo alimentario monetario por un monto de \$180 mensuales por familia
- Complemento alimenticio mensual para menores de 5 años y mujeres embarazadas y en periodo de lactancia.

Todos ellos brindan atención a las familias beneficiarias mediante tres estrategias:

- Proporcionar paquete básico de servicios de salud de manera gratuita.
- Promover una nutrición óptima desde la etapa de gestación y de las mujeres embarazadas o en periodo de lactancia previniendo y atendiendo la desnutrición mediante la entrega de los complementos “*Nutrisano*” - para niños entre 6 y 23 meses y si presentan desnutrición entre los 2 y 5 años- y “*Nutrivida*” para las mujeres. Además de monitorear el estado de nutrición de los mismos.
- Fomentar la atención de la salud de las familias de la comunidad mediante talleres de capacitación y educación con enfoque preventivo en materia de nutrición, salud, higiene y autocuidado. Dichos talleres están dirigidos a las titulares y demás integrantes de las familias, mayores de 15 años sean o no becarios de educación media superior (SEDESOL, 2007).

Los complementos alimentarios son entregados a las personas que, a criterio del médico o enfermera, los necesitan más sean o no beneficiarios. La estrategia es hacer una especie de trueque cuando se requiere y se tienen complementos suficientes.

En Cuentepec, como en todos los lugares dentro de la República Mexicana donde hay presencia del Programa de Oportunidades, además de la transferencia monetaria en sus diferentes rubros, se tiene acceso a médicos y enfermeras que monitorean peso y estatura de los niños para prevenir desnutrición; se ofrece atención pre y post alumbramiento; la planificación familiar y anticoncepción es ofrecida y aplicada a las mujeres en edad reproductiva o si la solicitan en el Centro de Salud de la comunidad.

Es conocido el enfoque de género del Programa de Oportunidades lo cual se evidencia en Cuentepec al entregar los apoyos a la titular del hogar: la madre o mujer a cargo de los hijos. Siguiendo esta línea se promueve, por lo menos en el discurso de los talleres educativos mensuales, el aumento de la autoestima femenina para fomentar la transformación positiva del rol de la mujer dentro del hogar y dentro de su comunidad, siendo las mujeres de la familia quienes asisten a los talleres y pláticas y las que reciben el dinero de las “becas” familiares (Ver foto 4.8).

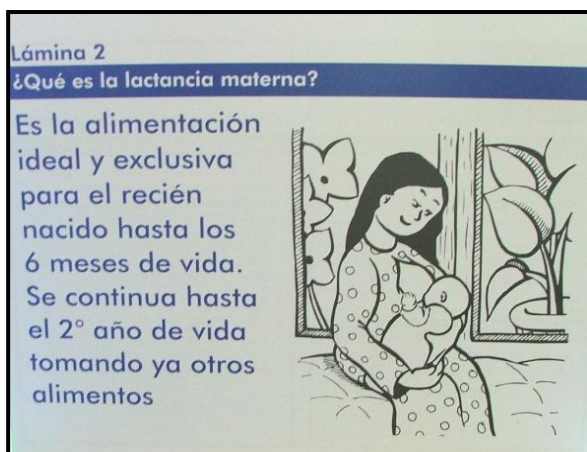


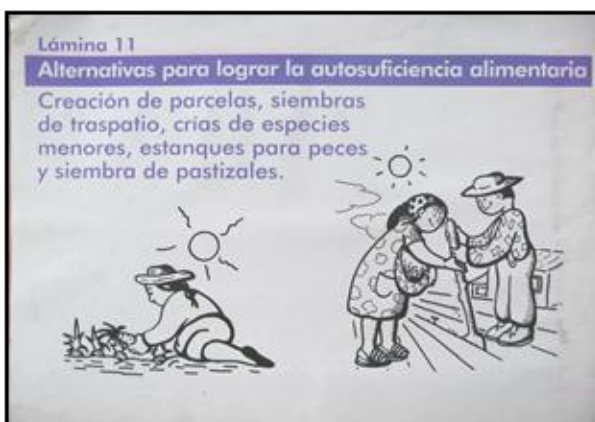
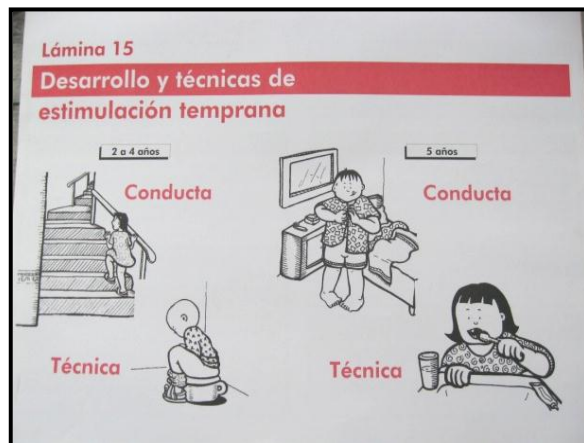
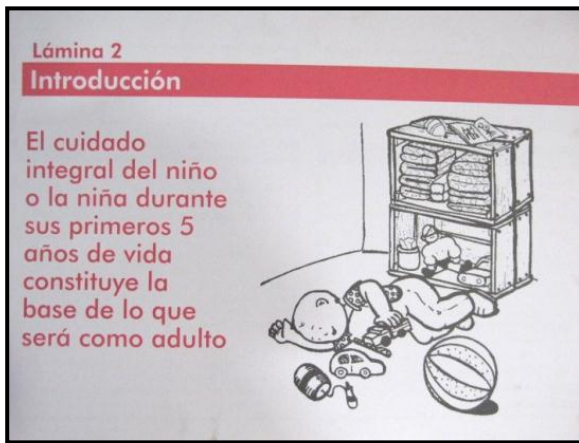
Foto 4.7 Mujeres en transporte público hacia Tetlama para el cobro de sus “becas” en 2009.

Existen dentro del Programa de “Oportunidades” distintos cargos que promueven la participación de las mujeres para verificar que el beneficiario reciba su dinero y que las titulares cumplan con las responsabilidades.

Otro dato que refuerza este enfoque se manifiesta en las becas escolares que además de que su monto es variable y creciente conforme se avanza de grado escolar, indica una marcada distinción por la educación de las mujeres otorgándoles becas superiores a partir de la secundaria.

Este apoyo no requiere cumplir con un promedio y se obtiene con el solo hecho de asistir a la escuela. En Cuentepec las pláticas son impartidas por la persona designada como Promotora del Programa o por las enfermeras o pasantes de enfermeras que laboran en el Centro de Salud, dependiendo de esto último el taller se da en español o en náhuatl. Las sesiones educativas se programan mensualmente con temas de salud pública como la nutrición, alimentación sana, higiene, salud preventiva y reproductiva, lactancia, embarazo y algunos tópicos de crianza, entre otros. Presento a continuación algunas de las láminas de “Oportunidades” que son utilizadas actualmente (2009) en el Centro de Salud de Cuentepec:





TRABAJO DE CAMPO EN CUENTEPEC, MORELOS

Diseño y población del estudio

Durante la primera etapa del proyecto en Cuentepec, y como inicio del reconocimiento de la población, sus actividades y preferencias, se informó y se pidió autorización a las autoridades de Gobierno y a las escolares. Se inició entonces con la aplicación de cuestionarios mixtos (preguntas abiertas y cerradas) a todos los estudiantes a partir del 3° de primaria hasta el nivel de bachillerato con edades que oscilaban entre los 8 a los 18 años. La intención era recopilar información sobre la opinión personal de la población estudiantil sobre la práctica de amamantar y la alimentación complementaria.

Este tipo de entrevistas favoreció el acercamiento preliminar con la comunidad infantil y adolescente estudiantil, lo que coadyuvó a entender la diacronía de la transmisión cultural de la práctica de la lactancia materna. Recoger los testimonios de los niños, niñas y adolescentes tuvo la intención de comparar y conformar un panorama más completo de la generación de estrategias de atención a los infantes desde diferentes puntos de vista según el género y la edad.

Comparto con Martínez (2006) la reflexión acerca de que toda realidad humana es poliédrica. Este investigador hace referencia a la multitud de ángulos por los que puede ser no solo observada y captada sino vivida. En esta investigación dicho postulado fue moldeando la búsqueda y recopilación documental y bibliográfica que acompañaron, de manera simultánea, a la selección de una muestra de mujeres que ofreciera información múltiple y que estuviera constituida por elementos que por un lado compartieran contexto geográfico y que representaran de la mejor forma a las variables de edad, nivel socioeconómico, estado civil y escolaridad y por supuesto la experiencia presente o pasada de lactar.

Criterios de selección

Se seleccionaron mujeres lactantes actuales o recientes, seguidas del grupo de madres-abuelas que habían tenido la experiencia de amamantar y que se manifestaban y eran socialmente reconocidas como guías en asuntos de crianza para las mujeres jóvenes además de que, en muchos casos, continuaban teniendo a su cargo el cuidado y crianza, aparte de los propios hijos, de los nietos y bisnietos.

Definición de variables

Las variables del estudio fueron descubriéndose al ir avanzando con las entrevistas porque éstas abrían nuevas líneas de investigación de problemas entrelazados. En primer lugar serían las mujeres lactantes, en segundo el personal de salud y en tercer lugar el origen y aprendizaje formal e informal sobre lactancia materna.

Recolección de datos

En relación con la duración del trabajo de campo y la recogida de datos, éstos se llevaron a cabo durante los meses de diciembre de 2008 a noviembre de 2009 distribuidos en dos etapas. La primera –descrita en la página anterior-, tuvo una duración de un mes. La segunda etapa abarcó 9 visitas de cinco días en promedio cada una, permaneciendo todo el tiempo en la comunidad. En ambas temporadas recopilé información en el centro de salud directamente con las mujeres embarazadas, las lactantes actuales y/o recientes además de las abuelas o los/las encargados de la crianza. También se recabaron datos de la información proveniente de los agentes de salud que laboran en la Clínica. Asimismo registré toda la información que pude tanto de su casa-habitación como en los lugares frecuentados por ellas para contribuir a una concepción más completa de su ambiente social y ecológico.

Para cubrir la otra variable propuesta en las hipótesis de este trabajo fue seleccionado, observado y entrevistado el personal sanitario que atiende a las mujeres embarazadas, lactantes y recién nacidos en consultas de atención perinatal y de control tanto en el Centro de Salud de Cuentepec como en el área de Ginecobstetricia, Neonatología y Salud Reproductiva en el Hospital de Tetecala.

Mediante la observación directa y participativa se recabaron prácticas, pautas y experiencias del proceso de lactancia materna y de ablactación. A lo largo de ese periodo pudimos también observar las conductas y platicar con las mujeres que habían sido entrevistadas meses antes, situación que permitió hacer un trabajo comparativo teniendo como referente las intenciones, deseos y actitudes planteadas en la entrevista inicial.

Por ser el sitio ideal debido a la privacidad del entorno, comodidad para las personas estudiadas por estar en su espacio cotidiano y para observar los detalles y contexto habitual en el que se encuentran, realicé las entrevistas de forma individualizada y en sus propios domicilios (Ver fotos 4.8 y 4.9)

Las mujeres-madres fueron localizadas en el Centro de Salud o en la calle, les informé del proyecto y les solicité firmar su consentimiento para participar, para ser fotografiadas y para utilizar sus testimonios en esta investigación sobre lactancia materna. En su mayoría se mostraban interesadas y consentían en acordar inmediatamente la cita para la entrevista después de organizar sus tiempos y múltiples actividades.

Pude realizar inicialmente 39 entrevistas semiestructuradas con mujeres lactantes seleccionadas aleatoriamente. Al finalizar la temporada pude platicar nuevamente con 12 de ellas para comparar sus testimonios con casi un año de diferencia. La edad promedio de las entrevistadas fue de 26 años, con grado de escolaridad variable, abarcando desde 2° de primaria hasta el bachillerato terminado. Estudios realizados en planteles ubicados dentro de la propia comunidad en todos los casos.

Cada rubro fue trabajado con anticipación para responder a las interrogantes que generaron esta investigación y después, mediante su aplicación, se continuó adecuando –recordemos que son bilingües-, a sus categorías lingüísticas. Mi deseo fue siempre indagar y adentrarme en sus términos, significados y perspectiva para entender qué piensan y por qué actúan así.

Las entrevistas aplicadas a madres lactantes fueron diseñadas para abarcar los posibles codeterminantes de la práctica de la lactancia materna entre los que estuvieron las prácticas de las redes domésticas de apoyo durante la crianza y lactancia, costumbres que les permiten enfrentar sus muchas y variadas actividades.



Foto 4.8 Escenario interior habitual durante entrevistas.



Foto 4.9 Escenario exterior del terreno o “solar” habitualmente compartido por varias familias emparentadas.

Recogí también información sobre tiempos, horarios, formas y alimentos para solventar con éxito la lactancia, la ablactación y el destete. Para finalizar pude recolectar su percepción sobre sí mismas al amamantar, sus posibles razones para continuar y lo que consideran ideal para sus niñ@s y para ellas mismas desde una perspectiva más holística. Después de pilotear y ensayar en campo se configuró una entrevista final que consta de 76 preguntas, cuya aplicación toma de 35 a 50 minutos según el caso específico de cada mujer. En el siguiente capítulo extendemos la explicación de cada uno de los rubros que quedaron como sigue³³:

- Datos generales.
- Redes sociales.
- Origen y acceso a la información.
- Patrones sexuales y reproductivos.
- Patrones de lactancia.
- Patrones de ablactación y destete.
- Construcción simbólica de la práctica de la lactancia.

Asimismo y con el objeto de fomentar la discusión y comparar sus testimonios durante la experiencia colectiva y la entrevista personal, efectué dos reuniones focales: la primera dirigida a madres jóvenes que estuvieran lactando y la segunda a madres y abuelas que han tenido la experiencia de lactar y tienen a su cargo el cuidado y educación de sus hijas/nueras además de los propios nietos y bisnietos. Se diseñó para este fin una guía de preguntas con la siguiente estructura temática:

- Presentación del grupo y del proyecto.
- Datos generales.
- Opinión de la lactancia materna.

³³ En los anexos finales se presentarán las diferentes versiones de entrevistas aplicadas a las mujeres lactantes, a personal de salud (enfermeras, médicos y la promotora de salud.) y la guía temática utilizada en las reuniones focales.

- Origen de la formación e información sobre lactancia materna.
- Opinión y descripción de prácticas de alimentación complementaria.
- Opinión y descripción del destete.
- Opinión sobre las recomendaciones del personal sanitario.
- Percepción simbólica de la lactancia materna.

A su vez, consideré indispensable recabar información sobre el personal de salud por tener ellos una situación de prestigio en la comunidad y dar las recomendaciones sanitarias sobre alimentación infantil y conductas de crianza. También valoré la importancia de detectar las características de sus conocimientos alrededor de los procesos de lactancia, ablactación y destete y el grado de permeabilidad de sus propias opiniones por ser ambos mensajes transmitidos cotidianamente a las madres lactantes en sus consultas mensuales de control de embarazo y pediatría al igual que en las pláticas mensuales ofrecidas a las y los beneficiarios del Programa Oportunidades (Ver Foto 4.10).



Foto 4.10 Sala de Espera Centro de Salud de Cuentepec en 2009

Por las razones antes descritas realicé entrevistas semiestructuradas con dos doctoras, el odontólogo, tres enfermeras y la promotora de salud que atienden a la población en el Centro de Salud de Cuentepec que, desde mediados de 2009, ya cuenta con salas de labor y expulsión pero que hasta el momento de nuestra temporada de campo en diciembre de 2009 no atendían partos ni cesáreas. Las mujeres recibían atención pre y posnatal en Cuentepec pero al momento del parto debían viajar una hora en camión hacia el Hospital de Tetecala para ser atendidas.

En el Hospital de Tetecala, reconocido como “Hospital Amigo del Niño y de la Madre”, se efectuaron entrevistas semiestructuradas con el médico pediatra encargado del departamento de Educación Continua, con la ginecóloga encargada del servicio matutino de Ginecología y con las dos enfermeras del Servicio de Medicina Preventiva por ser éstas las que informan a las mujeres sobre la lactancia materna. En el siguiente capítulo presentaré los resultados de las técnicas y metodología cualitativa obtenidos en Cuentepec para su adecuada observación dentro de un contexto geográfico, ecológico y económico bien definidos que posibiliten la comprensión amplia e incluyente de dicha población.

CAPÍTULO V

CUENTEPEC Y LA LECHE MATERNA

RESULTADOS

Muchas comunidades con características rurales presentan un fuerte arraigo a los patrones socioculturales que han construido y compartido históricamente. Dentro de estas prácticas son relevantes las referentes a su reproducción biológica aunadas a las de alimentación y de crianza mismas que son integradas a partir de costumbres del pasado, influencias del presente y previsiones o proyectos personales y sociales para el futuro. Desde esta perspectiva encontramos que algunas poblaciones rurales e indígenas internalizan y fomentan de manera tácita la *Cultura de la lactancia materna*. Por constituir una fuente rica de información para explicar esta práctica y por contar con condiciones muy favorables debido a su pertenencia a un proyecto mayor fue seleccionada la comunidad náhuatl en Cuentepec, Morelos (Este estado cuenta con 16% de población rural [INEGI, 2010])

Este trabajo, con enfoque cualitativo, ha estado orientado en conocer las actitudes de las mujeres-madres de Cuentepec dentro de su entorno y cultura para indagar cómo viven ellas los procesos del embarazo, parto y lactancia como experiencia colectiva de crianza. El objetivo fue conocerlas y observarlas con profundo respeto para interpretar y explicar desde una perspectiva antropofísica -

basada primordialmente en sus testimonios- cómo se va construyendo el amamantamiento materno como producto cotidiano y dinámico de la interrelación de numerosos procesos biosocioculturales.

Por otro lado y debido a su significativa jerarquía ante la población de Cuentepec, se recabó también información proveniente del personal de salud que labora tanto en la Clínica de Cuentepec como en el Hospital de Tetecala³⁴ como integrantes del sistema institucional de protección en salud en el rubro de atención general, perinatal e infantil.

En relación con nuestra forma de comunicación es claro que la lengua náhuatl que hablan las mujeres mayores y la condición de bilingüismo³⁵ de las mujeres jóvenes aportó más color y matices a esta investigación. Debo reconocer también que siempre hubo toda la disposición por parte de las mujeres monolingües para comunicarse conmigo y compartir sus experiencias y cuando ambas lo necesitábamos alguna de sus hijas se prestaba como traductora. Simplemente tomó un poco más de tiempo para acceder y entender sus conceptos y categorías de tiempo y espacio.

Por otro lado, estructurar y delimitar la cantidad de la muestra fue una tarea procesada simultáneamente a la revisión cualitativa de los testimonios obtenidos, a la regularidad o diferencias en sus patrones de lactancia y a la necesidad de profundizar más o intentar otras líneas en búsqueda de nuevos codeterminantes de esta práctica. Fue así que las 39 entrevistas a mujeres seleccionadas al azar tenían como único requisito contar con la experiencia pasada o actual de la lactancia materna. Para abrir más mi perspectiva de estudio, algunas fueron contactadas en el Centro de Salud y otras en la calle, lo que me permitió entrevistar a las adscritas al

³⁴ En el capítulo anterior comentamos que las mujeres son remitidas a este Hospital para la atención de los partos y cesáreas.

³⁵ Las personas ancianas en Cuentepec hablan náhuatl y muy poco español, en cambio las nuevas generaciones manejan las dos lenguas. Cuando juegan y platican entre ell@s lo hacen en náhuatl pero con personas externas hablan español.

Programa de “Oportunidades” y a las que no tenían acceso a la beca ni a sus pláticas.

Con respecto al personal médico y sanitario del Centro de Salud de Cuentepec, éste fue entrevistado por ser una de las fuentes más importantes de la cual emana la información sobre el cuidado de la salud y la alimentación en la comunidad y por ser, por lo menos en el imaginario de la población atendida, una prestigiosa guía de opinión. Esta apreciación fue evidente cuando más de tres cuartas partes de las mujeres entrevistadas, al ser cuestionada sobre quién sabía más sobre amamantar, respondieron: “...ellos [los doctores] saben más porque estudiaron...”. Dada la pequeña cantidad de este personal fue posible entrevistarlos en su totalidad.

A continuación presento una primera aproximación e interpretación de los resultados etnográficos. Me parece relevante aclarar que éstos fueron realizados con la premisa de concebir a los codeterminantes de la lactancia materna como elementos articulados de un entretrejido biosociocultural y desde una perspectiva que los interrelaciona en su funcionalidad:

SOBRE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN

La información sobre lactancia en Cuentepec proviene de fuentes diversas, entre las que encontramos la del personal que labora en el Centro de Salud y Hospital de Tetecala, la de la educación formal y la de la educación informal o “Cultura de la lactancia materna”, como se presenta a continuación:

Información proveniente del personal de salud en consultas médicas y en pláticas y talleres del “Programa Oportunidades”

Las pláticas del “Programa de Desarrollo Humano Oportunidades” son impartidas mensualmente ante una población que el personal de salud llama “cautiva” porque la asistencia a las pláticas posibilita el cobro de los apoyos económicos del Programa. Estos talleres son impartidos en español o náhuatl dependiendo de la

persona que esté disponible para ofrecerlos y aunque el personal designado realiza debidamente las convocatorias y reuniones, algun@s de l@s que imparten los talleres consideran la lengua náhuatl y algunas de las costumbres y cultura de la población como factores inconvenientes.

Al respecto una de las enfermeras que cumplía con su Servicio Social expresaba:

- “...me siento rara al platicar con ellas, hablan náhuatl y son muy diferentes...” (Enfermera Pasante del Centro de Salud).

Después de asistir a tres talleres de “Oportunidades” pude detectar que la asistencia a las pláticas es percibida por la mayoría de las asistentes como obligatoria, cualidad que parece disminuir el interés de l@s médic@s o enfermeras que las imparten y de la población que las recibe. Se da más importancia a reunir oyentes que a construir colectivamente conocimientos lo que menoscaba la efectividad de algunos mensajes. Para muchas señoras, la intención es asistir y pasar lista aunque no entienda bien la información ni lo lleven a cabo. A respecto el personal de Salud manifestaba:

- “...las señoras luego, luego se quieren ir...” “...nomás quieren firmar y irse...” o

- “...ni caso nos hacen...no obedecen...” (Personal Promotor de “Oportunidades”).

En dichas pláticas el discurso del personal de salud referente a la lactancia materna se puede resumir en: Promoción del amamantamiento por sus enormes beneficios, destete a los seis meses y nunca prolongarla más del año por su inocuidad, ineficacia o hasta sus claros perjuicios:

- “...después de los seis meses ya no es leche, ya no sirve...” o

*- “...después del año ya no les aprovecha la leche...”
(Enfermera del Centro de Salud que también da las pláticas.
Entrevista 2)*

La información recién referida coincide con la recomendación sanitaria prevalente en el Centro de Salud de Cuentepec durante las consultas perinatales y de

control, la cual dicta que el periodo de lactancia materna exclusiva es hasta los seis meses, tiempo a partir del cual deben destetar e iniciar alimentación complementaria y porque:

- “...lo ideal es quitar el seno porque ya no tiene nutrientes y cambiarlo por leche de fórmula que sí tiene según la edad del bebé...” (Médica del Centro de salud) o porque:

*- “...la leche materna se va convirtiendo en agua...”.
(Enfermera pasante del Centro de Salud. Entrevista 1)*

Estas palabras podrían resumir, con algunas variantes, el discurso que percibí en **todas** las entrevistas con el personal sanitario ya fueran médicos o enfermeras, pasantes o de base.

Estas recomendaciones conflictúan a las mujeres con sus prácticas acostumbradas de crianza y alimentación además de generar dudas sobre sus propios conocimientos acerca de formas y tiempos, por generaciones exitosas, de amamantamiento. Las mujeres en sus testimonios no cuestionan los conocimientos del personal de salud sobre estos temas y a pesar de disentir y de no observar en su práctica las recomendaciones médicas sobre los tiempos de lactancia materna ellas aseguran que el personal sanitario es el mejor informado sobre los asuntos de salud/enfermedad, alimentación y crianza. En la Foto 5.1 vemos la lámina del Taller de “Oportunidades” con un mensaje muy claro sobre la duración de la lactancia materna tanto exclusiva como total.

Si bien hay que reconocer que los médicos y enfermeras expresan interés y parecen valorar realmente estas pláticas, también pudimos observar que la recomendación de destete transmitido tanto en los talleres como en las consultas médicas pone en duda los conocimientos maternos por ser contradictorio con los beneficios que ellas han comprobado en su propia experiencia de alimentación y crianza. En este sentido hay que considerar que la malinterpretación expresada en los talleres al igual que la de las consultas médicas es similar porque proviene del mismo personal.



Foto 5.1 Rotafolio utilizado en talleres de “Oportunidades” en 2009.

***Información proveniente del sistema de educación formal en Cuentepec:
Primaria, telesecundaria y bachillerato***

Para contextualizar la oferta de educación formal en Cuentepec, hacemos mención de las instituciones presentes durante nuestro trabajo de campo en 2009 y el turno en que laboran:

-Centro de Educación inicial Indígena “Ma. Josefa Ortiz de Domínguez”. Matutino.

-Centro Preescolar Bilingüe “Antonio Caso”. Matutino.

-Escuela Primaria Bilingüe “Miguel Othón de Mendizábal”. Matutino

-Escuela Primaria Bilingüe “Kuentepetzin”. Vespertino

-Escuela Telesecundaria “Quetzalcóatl”. Matutino.

-Colegio de Bachilleres. Vespertino.

Los niños y jóvenes de todos los niveles se hacen merecedores de una beca escolar del programa “Oportunidades” por el hecho de asistir a la escuela, beneficio que ha reforzado sobre todo a la educación básica en esta población, especialmente para las mujeres.

Desde el inicio de actividades de esta Primaria han surgido problemas para el ejercicio magisterial verdaderamente bilingüe debido a la poca disponibilidad de maestros que en su mayoría son foráneos y desconocen el náhuatl de la región.

Con respecto a la leche materna, las encuestas que realizamos con estudiantes de este nivel –desde el tercer grado hasta el sexto en los dos horarios, arrojaron una respuesta generalizada que puede resumirse en que para el 98% de los estudiantes la leche materna es el “mejor alimento para los bebés”. El concepto de lactancia materna tuvo que ser explicado a los estudiantes de primaria y cuando se les preguntaba su opinión, ésta no parecía ser producto de alguna reflexión previa sino parte de lo que asumían como práctica habitual observada en sus propias familias y asumida como beneficiosa. No se detectaron diferencias entre las apreciaciones de la lactancia materna entre los niños y las niñas. Todos y todas hablaban con ternura de sus propios hermanitos, de lo que significaban para sus juegos y para ellos mismos.

También consideran como hecho normal que: *“los bebés coman “Gerber”³⁶ cuando están chiquitos”* (Respuestas del 85 % de los niños de la primaria). La reiteración de esta frase nos obliga a una reflexión sobre los condicionamientos mercantiles de las diferentes empresas que tienen acceso a esta comunidad. En este sentido pudimos registrar propaganda de varios refrescos que compiten con el letrero de la primaria bilingüe repitiendo cotidianamente sus mensajes de consumo (Ver foto 5.2).

Como ambiente previo a la lactancia materna se observó que en la telesecundaria y el bachillerato se revisan superficialmente temas sobre reproducción humana, anticoncepción y alimentación en las materias de Ciencias y Formación Cívica y Ética.

³⁶ “Gerber se ha vuelto u nombre genérico para los alimentos industrializados para bebés y no necesariamente se refiere a esa marca.



Foto 5.2 Escuela Primaria federal bilingüe de Cuentepec en 2009.

Los muchachos y muchachas de estos niveles dicen que en la escuela sí les han hablado de diferentes métodos anticonceptivos ya sea en alguna clase o mediante visitas del personal de salud que promocionan programas de protección sanitaria y de planificación familiar. A diferencia de sus casas en donde definitivamente no se habla de estos temas.

Es importante considerar que la toma de decisiones de los jóvenes está sumergida en la cultura prevaleciente de convivencia matrimonial a temprana edad. Las jovencitas asumen que serán madres y que amamantarán casi al concluir la secundaria o el bachillerato (Ver Foto 5.3).

Entre las madres jóvenes con estudios de secundaria y bachillerato las respuestas fueron muy parecidas: saben cómo embarazarse y cómo evitarlo pero no planean usar anticoncepción durante el noviazgo o en la primera etapa de convivencia marital, actitud conocida y aceptada por las familias tanto del muchacho como de ella y por la comunidad en general:



Foto 5.3 Jóvenes estudiantes de primaria y secundaria en fiesta religiosa.

-“Pues en la escuela nos iban a decir de esas pláticas, que si queríamos condones, pastillas, que fuéramos. Pero aquí por la pena pues...que no vamos porque qué tal que, porque si te ven entrar ahí y pides algo y va a decir la señora: no, ésta ya tiene relaciones, entonces no...” (Mujer/madre joven con Bachillerato. Entrevista 24)

-“...por eso algunas se embarazan cuando están en la escuela, ha sucedido acá, porque les da pena ir a pedir, hasta en la escuela nos daban condones...pero ya sabes...los muchachos nomás juegan con ellos” (Madre/joven con Bachillerato. Entrevista 9).

Con respecto a la alimentación infantil o la lactancia materna, los muchachos y muchachas de educación media básica y superior dijeron que no había clase formal del tema pero su opinión era que la leche materna era “*lo mejor*”. Con respecto a los alimentos nutritivos, no los tenían definidos ni para los bebés ni para ellos mismos.

En referencia al grupo total de mujeres entrevistadas, solamente dos -las de mayor edad- habían cursado la primaria. Las de 20 a 30 años habían terminado la secundaria y todas las de 16 a 20 años -las más jóvenes- habían cursado también al menos un año del bachillerato. Todos los estudios, menos una carrera comercial corta, habían sido realizados en planteles de la localidad. No se pudo asociar el nivel educativo formal con los patrones de lactancia: Todas daban pecho, a libre demanda y por tiempos prolongados sin importar su nivel de escolaridad.

Información proveniente de la educación informal de madres y abuelas: “La cultura de la lactancia”, la alimentación complementaria y el destete

Quiero enfatizar que estas mujeres atribuyen su preferencia por la lactancia materna y por los alimentos utilizados para complementar, a las costumbres alimenticias establecidas y transmitidas por generaciones: lo que llamamos “Cultura de la lactancia materna”. Cuando hablan de consejas transmitidas generacionalmente para hacer que la leche baje o que aumente su producción o sobre los alimentos mejores y cuándo o cómo darlos, lo hacen con mucha convicción y confianza en su efectividad. Han recibido y participado colectivamente de este aprendizaje:

-“... uno ve cómo hay que darles (pecho)...”

“... mi suegra también tenía niño y yo la veía”

“...no me dicen cómo...yo he visto...” (Mujer/madre. Entrevista 30)

-“...así es aquí...aquí todas dan pecho...” (Mujer/madre. Entrevista 36)

En relación con la observación cotidiana de la práctica de la lactancia y sus técnicas dentro de la comunidad, tanto las mujeres jóvenes como las de edad repitieron a lo largo de las entrevistas frases como:

-“...así nos daban a nosotras...” o (Mujer/madre. Entrevista 5)

-“...mi mamá me dice que le siga dando...que así me dio ella a mi...” (Mujer/madre. Entrevistas 8)

-“...aquí todas... bueno, todo el mundo lo hace (dar pecho)”
(Mujer. Entrevista 11)

Una joven madre lactante entre risas recordaba:

-“...ya estaba yo grande...y me acuerdo de cuando mi mamá iba a recogerme a la escuela, corría yo a pegarme a la chiche...”. (Mujer/madre joven. Entrevista 10)

Sobre los alimentos que ellas introducen para ablactar, el porqué y cómo lo aprendieron, el 90% de mujeres tuvieron respuestas similares en las que se evidencia el aprendizaje cotidiano de las prácticas de crianza, alimentación, y lactancia:

-“...así dice mi mamá que le dé...porque así me daba ella a mí...”
(Mujer/madre joven. Entrevista 31).

El restante 10% hacía referencia a que los médicos les decían con qué y cómo dar los alimentos durante la alimentación complementaria pero cuándo se les pregunta a ellas sobre su propia opinión y práctica, ésta se apoya en los productos recomendados por sus madres y abuelas.

Habitualmente son las mujeres mayores de la casa las que ponen las reglas de convivencia, de formas de atención dentro de las familias recién formadas y de alimentación y crianza de los bebés y niños. Es así como las mujeres/abuelas transmiten sus conocimientos y prácticas a las nuevas generaciones. De igual manera son las mujeres ancianas las que proponen ciertos alimentos para complementar la lactancia o evitan otros por su efecto nocivo. Por ejemplo hay alimentos como el pescado (mojarra), mango, arroz, aguacate y huauzontles, la grasa de puerco o “*chales*” que, según las madres, producen malestar si ellas los consumen y dan de mamar.

Al recoger estos testimonios, generalmente en el propio domicilio, pude observar que las madres-suegras y abuelas, en muchos casos presentes durante el transcurso de las entrevistas, son las que ayudan y *co-crian*³⁷ compartiendo cotidianamente la atención y crianza de los bebés y niños mayores. Resulta paradójico entonces que al hacerles la pregunta sobre quién sabía más sobre amamantar y pese a que ellas logran lactancias prolongadas exitosas, **tres cuartas** partes estaban convencidas de que los doctores son los que saben más. Este testimonio ejemplifica su percepción:

-“...Pues yo creo que los doctores, yo digo que todos saben, porque estudiaron más, saben como qué enfermedades te pueden afectar o qué peso debe tener el bebé...” (Mujer/madre joven. Entrevista 11)

Fue así que solamente **una cuarta** parte de las mujeres/madres se refirió a ellas mismas o a sus propias madres y abuelas como las expertas en lactancia. Lo que claramente se ilustra en las siguientes respuestas:

-“mmm..., no sé, las mamás saben más porque ya dieron pecho... ¿no?” (Mujer/madre joven. Entrevista 8)

-“...sí, yo creo que...mmm...nosotras sabemos de eso...” (Mujer/madre joven. Entrevista 24)

-“...las mamás [saben más]..., las que dan las pláticas no tienen experiencia...” (Madre/joven. Entrevista 16)

Por último quisiera mencionar la publicidad que se transmite a través de la televisión y la prensa en alimentos y fórmulas lácteas infantiles exhibida en las tiendas de la localidad. Dicha exposición constante a publicidad que exhibe a niños rubios, sanos y alegres incide en el imaginario y decisión de las mujeres lactantes

³⁷ Propongo el término *co-criar* después de haber observado esta costumbre en Cuentepec sobre la intervención de varios familiares encargados de cuidar y educar a los niños. Se trata de un concepto que abarca compartir la crianza y las tareas de los hijos mediante ayuda mutua y solidaridad sobre todo femenina.

de Cuentepec además de que el consumo de productos no autóctonos es considerado muy prestigioso. Lo que ha detenido temporalmente el consumo de estos productos es, en esta población en específico, la falta de solvencia económica para comprarlos pero, por lo menos en su discurso, el deseo de estas mujeres es de tener dinero para comprarlos. Es preocupante y habría que evaluar la incidencia de estos mensajes en la población infantil y juvenil que frecuenta regularmente las tiendas y que recibe desde temprana edad los mensajes de las compañías productoras de sucedáneos de leche materna y de alimentos envasados. En este sentido remito a las respuestas de la mayoría de los niños de la primaria que consideraban positivo que los bebés “coman Gerber” cuando están chiquitos.

Los siguientes son algunos de los anuncios de alimentos y leche infantiles que se promocionan y obtienen en las pequeñas tiendas de la población:

NAN3 de NESTLÉ® contiene  , un probiótico aislado de la leche materna que ha demostrado reducir el llanto por cólico. Además contiene **DHA**, Vitaminas y Minerales.



Algunas láminas de publicidad de alimentos infantiles de venta en las tienditas de Cuentepec proclaman incidir en desarrollo de hábitos sanos:

“Gerber® ofrece una selección de más de 100 variedades de alimentos y presentaciones creados especialmente para tu bebé. Estos productos además de contar con los nutrientes más importantes en las texturas adecuadas para tu bebé en cada etapa de su desarrollo, también ayudan a que tu hijo

desarrolle hábitos sanos de alimentación que pueden durar toda la vida”.

El siguiente es otro ejemplo de publicidad impresa y colocada en las tienditas con frases emotivas que apelan a supuestas actitudes parentales:

“NIDO® EXCELLA® Gold detrás de un niño excelente hay una mamá excelente.

Nuestros expertos en Suiza desarrollaron la mejor fórmula para tu pequeño: NIDO® EXCELLA® Gold, que contiene una exclusiva combinación de ingredientes DHA, Hierro y Zinc que ayudan a favorecer su desarrollo mental. Para niños de 1 año en adelante”.



ATENCIÓN SANITARIA

El total de las mujeres entrevistadas tenía acceso a la atención perinatal e infantil durante la consulta externa en el Centro de Salud construido en 2008. Dicho centro brinda atención durante el día a cualquier persona que lo solicite. Los servicios cubren atención de primer nivel en medicina general y pude observar que existe una muy buena relación entre los pacientes y los jóvenes doctores que atienden a esta población (Ver fotos 5.4, 5.5 y 5.6).

Las mujeres también se expresaron positivamente de esta atención ofrecida por la doctora encargada del servicio y varios pasantes entre médicos y enfermeras

que cumplieran con su Servicio Social. Pude observar que las mujeres también manejan un doble discurso y que separan las recomendaciones del personal médico de su propia aplicación de éstas. Saben y repiten el discurso médico pero se conducen según sus costumbres y cultura que, refiriéndose a la duración de la lactancia es muy diferente.



Foto 5.4 Bebé en báscula durante la consulta de control en Centro de Salud. 2009.

Abajo Foto 5.5 Sala de espera en Centro de Salud.

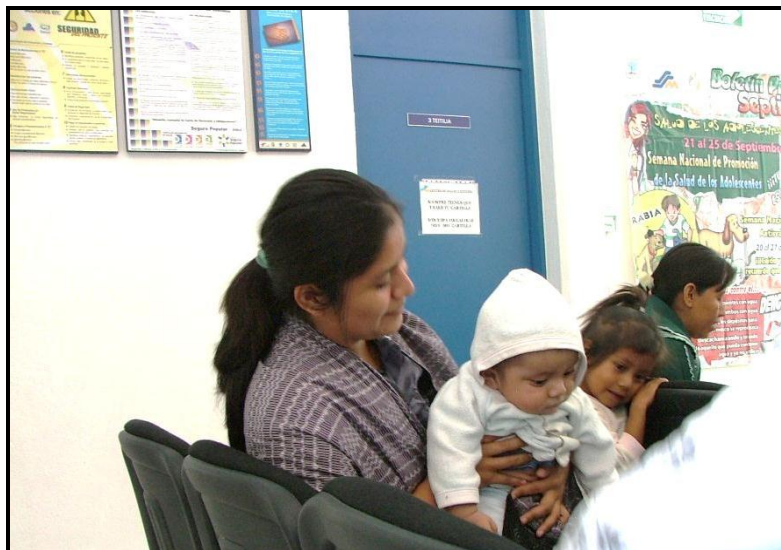




Foto 5.6 Servicio de Farmacia en Centro de Salud. 2009

Para la atención de los partos o cesáreas las mujeres de Cuentepec son remitidas al Hospital de Tetecala a 30 Km de distancia o a hora y media en transporte particular o taxi desde Cuentepec, razón por la cual la consigna de la madre o suegra que acompaña a la parturienta es de esperar y “aguantarse” lo más posible las contracciones para no ser regresadas cuando todavía no es tiempo de que nazca el bebé. El siguiente testimonio resume la problemática referente a la lejanía de la atención obstétrica hospitalaria:

-“...me sentía pues mal...los dolores me empezaron a dar a las once de la noche y me dijeron que: “yo creo que mañana”. Primero me dolía un poquito, después toda la noche no pude dormir y me llevaron a las cinco de la mañana. Entonces me revisó el doctor pero me dijo: “todavía no está, mejor vete a tu casa y vuelves a entrar dentro de tres horas”. A las ocho o las seis, ya no me acuerdo, pero entré y todavía no estaba. Me dijeron que volviera a las diez y a las diez ya no aguantaba, pero me volvieron a decir: “vete a tu casa, todavía no está” y que regresara a la una...

Pero ya me quedé porque ya no aguantaba y mi casa está bien lejos. Como a las doce me metieron y me pusieron el suero.

Nació a las cinco...creo. Cuando nació tragó líquidos y estaba en tratamiento, yo también perdí mucha sangre. Él se quedó en el hospital...” (Mujer/madre joven primeriza. Entrevista 11)

En general las pocas mujeres (5 de 39) que habían recurrido a clínica y médico particular lo hicieron por razones que no pudieron clarificar: lo atribuían a que la atención privada era “mejor” sin dar más detalles, tampoco tenían quejas específicas de la atención en el Hospital de Tetecala. Por sus comentarios y lenguaje corporal interpreto que su elección puede deberse más que al tipo de atención, a la cercanía y mayor facilidad para el traslado a las clínicas particulares y a que el esposo había tomado esa decisión por ser una elección acreditada en la población.

Las mujeres/madres que fueron atendidas en Tetecala expresaron que su bebé les fue presentado, pudieron mirarlo o se los colocaron en los brazos pasadas más o menos dos horas después del nacimiento³⁸. La práctica en este hospital “Amigo del Niño y de la madre” acostumbra acercar al recién nacido hasta después de haber terminado el alumbramiento³⁹ y los demás procedimientos médicos de revisión y limpieza tanto para la madre como para el recién nacido. Estos testimonios maternos pudieron ser corroborados con los del médico encargado del área de Pediatría en dicho hospital.

Respecto al fomento por parte del personal sanitario sobre inicio y promoción de los beneficios de la lactancia materna, **todas** las mujeres aseguraban sin dudar que fueron informadas, en atención particular o privada:

-“...después me lo trajeron ya limpiecito y con su ropa...ya había pasado tiempo...” “Sí, me dijeron que le diera pecho” (Madre/joven. Entrevista 22).

³⁸ Entre las recomendaciones de la OMS se encuentra comenzar la lactancia en la primera hora de vida. (OMS, 2011)

³⁹ Nacimiento de la placenta

También expresaron que tuvieron alojamiento conjunto⁴⁰ (no colecho por dificultades de mobiliario) durante el día o día y medio que, en general, permanecieron en el Hospital de Tetecala. Ya de regreso a casa ciertamente acostumbran compartir la cama con el recién nacido. Esta práctica, habitual y bien aceptada en los primeros meses, facilita que la madre amamante a “libre demanda” durante el día y la noche. El apoyo y beneplácito hacia la lactancia materna se ve expresada por parte del padre al utilizar otro lugar para dormir, dato que me fue comentado por casi todas las madres.

De las 32 mujeres que fueron atendidas en el Hospital de Tetecala, cuatro reportaron que cuando ingresaron, además de la ropita para el bebé, les pidieron un bote de leche de fórmula que les fue regresado al egreso. No pude comprobar estos testimonios y los médicos del Hospital lo negaron argumentando que ellos tienen y utilizan la leche PRENAN y NAN -licitada por la Nestlé- para los requerimientos de los recién nacidos “prematuros” y “a término”.

Es al llegar a los seis meses y durante las consultas de control de los bebés en el Centro de Salud de Cuentepec cuando se presenta el conflicto madres/médicos. La queja reiteradamente expresada por las madres lactantes se debe a la censura constante del personal médico y enfermeras en referencia a continuar con la lactancia materna más allá de los seis meses:

- “...aquí nos dicen que ya no es leche, que es como mi sangre y que le hace daño a mi bebé y a mi si le doy...” (Madres lactantes jóvenes. Entrevistas 7 y 8)

- “...dicen que porque después del año ya no les sirve la leche, que es como si estuvieran tomando pura agua...” (Mujer/madre joven. Entrevista 24)

- “...porque primero al nacer está en pleno desarrollo y a los seis meses es cuando ya se les puede dar de comer. Bueno así viene en la lista, cuando nació el bebé te dan una lista y dice

⁴⁰ Ya hablamos de la importancia del acercamiento inmediato del bebé y la madre lo cual favorece la expulsión de la placenta, disminuye el sangrado, promueve las hormonas para la lactancia además de tranquilizar al bebé y a la madre.

que es sugerente que no les demos leche de bote y que les demos pecho a más tardar a los seis meses...” Mujer/madre joven. Entrevista 11)

Es así que ellas prefieren no reconocer ante el personal de salud que continúan amamantando al bebé después de los seis meses y que tienen la intención de prolongar la lactancia “...*hasta que el bebé quiera...*” -tiempo que llega sin problemas hasta los tres o cuatro años en promedio-. Esta última frase se repitió con ***todas*** las entrevistadas después de haber ganado su confianza.

Esta falta de sinceridad no parece ser percibida por los médicos, que no me pudieron informar con certeza hasta qué edad se extiende en Cuentepec la lactancia materna exclusiva y/o total ni qué leche toman los niños con la alimentación complementaria. Estos testimonios hacen referencia al contraste de opiniones, a la falta de comunicación entre madres y médicos y al perenne intento de estos últimos por remplazar la cultura de la lactancia por la artificial que les impide reconocer las dificultades para modificar patrones culturales y costumbres.

LA REDES SOCIALES

En Cuentepec la unión y reciprocidad que prevalecen en las redes sociales domésticas es eminentemente femenina. Estas redes tienen mucho más amplitud y alcance que la que se establece al interior de el seno de las familias nucleares. En esta comunidad la integración familiar es extensiva y los hijos con sus esposas conviven en el solar de la familia paterna en grupos de diez personas aproximadamente. Es en este ámbito privado donde se ejercen las actividades para las que estas mujeres han sido culturalmente preparadas y donde se sienten conecedoras y ejercen su dominio. En general las familias que conviven y comparten cada terreno o solar están vinculadas entre sí por el parentesco y por uniones matrimoniales.

Por su lado las hijas viven en casa de los suegros sin derecho a heredar las tierras. Pese a que las mujeres de Cuentepec ejercen su poder en un ambiente bien acotado y circunscrito al hogar, ellas se asumen como administradoras muy influyentes en el espacio de lo familiar durante el tiempo de la maternidad, lactancia y la crianza de sus descendientes.

Las nuevas parejas, generalmente adolescentes, son integradas a la casa del novio por un periodo previo a la boda civil y religiosa, mismo en que se formalizan y se siguen los rituales familiares y sociales del compromiso. Después se les construye un espacio más formal consistente en una pequeña habitación independiente y son acogidos en el solar de los padres y familia del novio. Ahí conviven, cocinan, lavan su ropa y comen en familia. La madre del novio funge como “suegra/madre” de la muchacha, aconsejando y dirigiendo en sus nuevas tareas a la joven y recién casada. Por su lado la joven aprende y asume, como ayudante y “discípula”, muchas de las tareas de su nuevo hogar, de su esposo y de su nueva familia. (Ver Foto 5.7)

Así como la suegra es ayudada por la nuera, al llegar el tiempo de embarazos, partos y crianza, la suegra apoya a la joven con cuidados a sus demás nietos, con trabajo de la casa, atención al marido (su hijo), consejos sobre lactancia y crianza además del acompañamiento durante la recuperación posparto que en general las mujeres manifestaron que abarca de dos a cinco semanas:

“...mi suegra me cuidó, yo no hacía nada...no me dejaba levantarme de la cama todo ese tiempo... durante un mes cuidó también a mis hijos...” (Mujer/madre con tres hijos. Entrevista 25).



Foto 5.7 Mujeres emparentadas de Cuentepec en 2009.

Referente a las costumbres de soporte familiar es tarea de la madre, suegra o hermana de la parturienta acompañar a las visitas al doctor durante el embarazo o durante el traslado al hospital al momento de parir. Ellas la acompañan para el ingreso hospitalario, ya para el egreso el encargado generalmente es el esposo o pareja. Generalmente la aplicación de los remedios para la bajada de la leche están más a cargo de la propia madre de la recién parida. (Ver Foto 5.8)

Respecto al apoyo masculino, las mujeres siempre expresaron que los maridos estaban muy de acuerdo en que ellas amamantaran a los bebés hasta que

ést@s quisieran y que los padres además de propugnar para que la lactancia fuera materna, también ayudaban al cuidado de los demás hij@s.



Foto 5.8 Madre/hija/nietos de Cuentepec en 2009.

En general ellas se expresaron satisfechas de la relación entre los padres y los hijos desde recién nacidos y mencionaron que cuando crecen también comparten otras actividades y a veces hasta la vestimenta (Ver Foto 5.9). No obstante ser de manera limitada, los hombres sí intervienen en la crianza. Varias mujeres relataron:

-“...mi esposo siempre me ayuda...él les hace... y les da de comer a los otros niños...” (Mujer/madre. Entrevista 12)

- “...mi esposo ya sabe cuándo va a ser [el parto] y no va a trabajar en esos días para ayudarme...él les da de comer a mis otros dos niños...”. (Mujer/madre. Entrevista 18)



Foto 5.9 Padre e hijo. 2009

Las tareas domésticas, la crianza y la educación de los niños son compartidas por las mujeres como intercambios necesarios para la convivencia y con jerarquías bien definidas. Es por esto que las mujeres que viven en casa del esposo deben privilegiar esta línea de autoridad o área de parentesco en primer lugar:

-“... yo le tengo que avisar a mi suegra a dónde voy, si no está ella pues les aviso a mis cuñadas...ella no es que me dé permiso, yo nada más le aviso...”. (Mujer/madre joven. Entrevista 37)

-“...primero le aviso a mi esposo...y luego a mi suegra... si no está le aviso a sus hermanos de mi esposo...”. (Mujer/madre joven. Entrevista 30)

-

“...primero a él [esposo]...si no pus a mi suegra...”.
(Entrevista 4)

-“...casi no salgo, nada más voy aquí cerquita...pero le aviso a ella...[suegra]” (Entrevista 17)

En referencia a la especial relación suegra/madre las mujeres relataban:

-“...él me dice [esposo]: “pasa a avisarle a mi mamá para que ella sepa...” (Mujer/madre joven. Entrevista 31)

“...mi suegra se dormía conmigo, o sea, como yo estaba inconsciente pues me movía mucho y pues ella [suegra] lo abraza cuando llora...”, “...cuando nació [el bebé] se quedaba conmigo, o sea, el bebé en medio y ella se encarga de voltearlo para que se vaya formando bien...” (Mujer/madre joven. Entrevista 11)

-“...ella me daba de comer, lavaba la ropa, todo...” “...a mi esposo también [lo atendía]...” (Mujer/madre Entrevista 17)

En cambio para los asuntos más directamente relacionados con el cuerpo somático (Vera, 2003) vinculados al embarazo, parto o cesárea donde se requiere mayor confianza e intimidad la ayuda se da más directamente de madres a hijas y de esposos a esposas. Un ejemplo es la preparación y aplicación de preparados para acelerar la “bajada de la leche” como es la “*jarilla o atzomiátl*”⁴¹. En el rubro de patrones de lactancia se transcriben algunos testimonios referentes a este remedio.

PATRONES BIOSOCIOREPRODUCTIVOS

Frecuentemente se llevan a cabo programas de planificación familiar diseñados para las diferentes etapas reproductivas de la población. Es así que este tipo de información a la comunidad estudiantil es cubierta por personal de la Clínica que acude a la Secundaria y el Bachillerato a darles pláticas.

⁴¹ El atzomiátl es una hierba que se coloca tibia sobre el pecho después de haber sido cocinada con alcohol dentro de unas hojas de tamal y puesta en un comal al fuego bajo. Existe la creencia compartida y fiel de que este procedimiento calienta los pechos y la leche bajará más pronto.

Una faceta previa indispensable para el estudio de la lactancia son las costumbres biosocioreproductivas encontradas en Cuentepec. El desarrollo de las actividades sexuales y reproductivas con o sin planificación familiar coincide con el desarrollo individual biológico y también social de l@s jóvenes. Estos patrones, como los de crianza, son reflejo de la regulación sexual de los miembros de cada comunidad, la cual se articula con los intereses sociales, cultura y economía de las parejas. De hecho la convivencia de las familias en Cuentepec en un mismo solar confirma la identificación y fortalecimiento como grupo desde que las parejas “se juntan” y hasta que el parentesco se hace más evidente con un embarazo.

Cotidianamente las familias interactúan como unidad doméstica bien integrada, pese a lo cual en el interior de las mismas no todos los temas se expresan de manera explícita. En este sentido **todas** las mujeres entrevistadas dijeron que sobre embarazo, anticoncepción y hasta la misma lactancia no se habla en sus casas antes de “juntarse” o casarse. Tampoco entre las parejas se platica de estos temas ni se utilizan anticonceptivos sino hasta después de haber formado un hogar y tenido al primer bebé.

Cuando las parejas inicialmente comparten residencia, no parece existir interés alguno en evitar la concepción, pareciera que para ellos lo primero es probar su fecundidad, después de lo cual se avocan a la anticoncepción. Aunque las mujeres no declaran específicamente su intención de embarazarse desde el inicio de la convivencia marital, mientras se dan los rituales matrimoniales, no planifican. Este testimonio pudo corroborarse al revisar y comparar la edad al juntarse y la edad al primer bebé: 92% de la muestra fue de 12 a 15 meses.

Lo que declaran las mujeres es que después del primer embarazo empiezan a planear con su esposo esperar cierto tiempo para espaciar. Por otro lado los métodos son propuestos y aplicados a parejas ya en convivencia pues les son ofrecidos en el Centro de Salud a las mujeres ya embarazadas en las consultas perinatales, a las recién paridas durante sus consultas de puerperio, o de consultas

de control del recién nacido y como parte de las campañas de planificación familiar institucionales. Probablemente ambas estrategias se complementen.

Los diferentes métodos ofrecidos en el Centro de Salud varían según su disponibilidad y son brindados a la población femenina y, generalmente por su conducto, a la masculina. Según testimonios y observación directa los más aceptados y por orden de uso son: Implante subdérmico -Implanon con etonogestrel de 68mg, con una efectividad tres años-; condones masculinos; aunque en la foto se muestra un condón femenino, en el Centro de Salud me dijeron que era el único disponible y que nadie lo había solicitado (Ver foto 5.10). También son utilizados el DIU (Dispositivo Intrauterino) y anticonceptivos inyectados.

Se ha hecho cada vez más común entre mujeres con varios hijos que acepten métodos permanentes como la salpingoclasia que les proponen y realizan en el Hospital de Tetecala. De las mujeres más jóvenes entrevistadas (de 16 a 30 años de edad), todas menos tres estaban utilizando algún método anticonceptivo. No se obtuvo el dato exacto de las mujeres con salpingoclasia porque las mujeres de más edad no querían hacer comentarios al respecto.



Foto 5.10 Paquete “Combo” de anticoncepción que se ofrecía en 2009 en la Clínica de Salud.

Otro asunto que es posible que también intervenga en la planificación familiar es que Cuentepec carece de farmacia para comprar condones u otros anticonceptivos. Por otro lado en el Centro de Salud los jovencitos son conocidos por las enfermeras y por la Promotora de salud que se encargan de repartirlos y cuando todavía no viven en pareja se les complica la práctica sexual segura. Una mamá muy joven expresaba:

-“...ella conoce a todos aquí, así da pena ir a pedirlos...”
(Mujer/madre joven. Entrevista 24)

Es relevante destacar el impacto que han tenido en Cuentepec los programas sanitarios actuales referentes a la planeación reproductiva en comparación con los existentes hace 20-30 años en el tiempo de las madres/abuelas entrevistadas. El impacto de estos programas institucionales se evidencian en la cantidad de embarazos y el tiempo de espaciamiento entre cada hijo, tiempo que coincide con los tres años de protección de los implantes anticonceptivos utilizados en la Clínica.

Respecto a la cantidad de hijos el hecho de que actualmente las mujeres tienen alrededor de tres o cuatro hijos espaciados por tres o cuatro años. En contraste las mujeres abuelas que asistieron a la reunión focal reportaron haber tenido entre cuatro y catorce hijos. Esta diferencia podría ser explicada por la entrada tardía del uso de anticonceptivos y su pobre aceptación en la población. Según testimonio de la Promotora de Oportunidades estos métodos se empezaron a promover y practicar en la década de los ochenta del siglo pasado.

Ante la pregunta de lo que significaba tener bebés y si estaban contentas o querían más, la respuesta que más se repitió entre las más jóvenes fue que “era muy bonito y que sí querían más pero más adelante”. En su mayoría expresaban que inicialmente no habían planeado o no deseaban especialmente embarazarse pero que ya “viendo al bebé se daban cuenta de que sí lo querían”. Es por esto que fue llamativa la respuesta de las mujeres que ya se habían ligado, al preguntarles si hubieran querido tener más bebés a lo que respondían que sí pero que “ya no se podía”. Dicho comentario podría ser interpretado como que ellas no hubieran estado

plenamente de acuerdo con ligarse o también como que ellas cumplían socialmente, después de ser operadas, mostrando socialmente el deseo -aunque no fuera real- de querer más hijos. No alcancé a averiguar el trasfondo.

Si bien en las respuestas que más se repitieron se percibía satisfacción y agrado con los hijos que tenían, se puede detectar la insistencia en el deseo de “haber tenido más” –comentario que muestra nuevamente ambigüedad entre sus aspiraciones y prácticas pues se supone que ellas han recurrido a los métodos anticonceptivos de manera voluntaria-. (Ver Foto 5.11).



Foto 5.11 Familia saliendo del Centro de Salud en 2009.

Ante el contexto recién descrito fue especial el caso de una mujer/madre (Entrevista 16) que, al preguntarle sobre sus intenciones y planes de embarazo, recordaba:

(Mujer/madre): - “...no... con el primero...yo no quería...”

(Entrevistadora): -¿y con el segundo?

(Mujer/madre): -“...pus no...”

(Entrevistadora): -¿y con el tercero?

(Mujer/madre): -“...no...tampoco...”

(Entrevistadora): -¿...?

Este caso invita a reflexionar sobre el contraste entre los deseos y la experiencia provenientes de una mujer de 32 años que, aún formando desde niña parte de este grupo con una cultura reproductiva con “deberes” socialmente impuestos y asumidos, ella se autopercibe en una situación muy complicada y frustrante debido a la contradicción con sus reales aspiraciones reproductivas. Queda la pregunta como línea de investigación futura: ¿Cuántas mujeres más se sienten así en Cuentepec?

Con respecto a la partería, los testimonios recabados en esta población hablan de un giro total en la ocupación de las dos parteras existentes y muy solicitadas hasta hace 20 años en la comunidad. La atención prenatal y perinatal de las parteras fue muy prestigiosa hace varias décadas pero han ido decayendo en el imaginario colectivo y por ende en los requerimientos de la población. Según los testimonios de mujeres que se habían atendido con parteras esta disminución se debía probablemente a la competencia con la atención medicalizada y gratuita del Centro de Salud y en Hospital de Tetecala. Otras mujeres expresaron que no sabían a qué atribuir la desaparición de las parteras y que a pesar de que extrañaban ese tipo de atención también “estaba bien” ir al hospital. A diferencia de las mujeres que se han atendido en hospital, las mujeres que también habían tenido la experiencia de parir en casa, apoyadas y acompañadas por una partera, comentaron que ésta vivencia había sido más gratificante que la hospitalaria porque se hallaban en su propia casa, con su pareja, familia e hijos y que así se sentían más contentas y relajadas. Ellas simplemente narraban:

“...antes venía la partera a la casa...nosotras los tuvimos con partera... y sí tuvimos leche...”, “...te sientes mejor con partera...”, “...antes aquí había dos parteras...ahora aquí en

Cuentepec ya no hay parteras, quien sabe por qué...”(Mujer/madre. Entrevista 16)

“...los primeros fueron con la partera. Estaba mejor así. Con el último ya fui al Hospital...fue muy diferente...”(Mujer/madre. Entrevista 18)

En la Clínica de Salud trabaja la actual Promotora de “Oportunidades” y fue, hasta hace alrededor de 20 años, una de las parteras de la comunidad. Ella da las pláticas en náhuatl y como ha vivido siempre en Cuentepec conoce a todos y cada uno en la población. Aunque ya ha adoptado parte del discurso médico que prepondera el conocimiento formal al empírico, su experiencia personal y práctica con respecto a amamantar a su hija fue muy parecida a la de otras mujeres de Cuentepec. Tuvimos varias charlas sobre su experiencia como partera:

Para obtener su certificación ella fue preparada, siendo muy joven, en las diferentes capacitaciones brindadas por la Secretaría de Salud no solo para parteras sino para la atención sanitaria en general, lo que se sumó a su práctica continua dentro de la población que contaba con la visita semanal de un médico. Las capacitaciones también abarcaban anticoncepción, primeros auxilios, atención básica de salud, herbolaria para parteras, baños medicinales y tradicionales, etc.

Ella recordaba con nostalgia:

-“... [yo]sabía las tradiciones de antes...”, “...yo había aprendido mucho de herbolaria...”, “...allá en el Centro Etnobotánico de Acapantzingo”. “Allá íbamos a aprender...”(Promotora de Salud antes partera)

Aunque no fue partera tradicional, ni empleaba las “sobadas” o “manteadas”⁴², sí conoce hasta la fecha acerca de las infusiones que contribuyen a las contracciones o las que sirven para relajarse.

Hablaba con mucho orgullo de sus conocimientos y experiencia y reconocía que ella ponía al recién nacido a mamar porque:

⁴² Técnicas de acomodo del producto utilizadas por parteras tradicionales.

-“...cuando todavía no nace la placenta... le ayuda como a estimular... a extraer la placenta...”, “...antes de cortarle... hay que darle el niño a la mamá... le ayuda a sacar la placenta...”, “...y para que se conozcan luego, luego...”.(Promotora de Salud, antes partera)

Con respecto a iniciar la lactancia relataba que, después de limpiarlos a los dos:

-“...rápido...a darle [el pecho]...”, “bueno, aunque unas prefieren dormir, otras prefieren comer, otras prefieren llorar ...”

Y después, abandonó la partería:

-“...con eso de que se inventó el Seguro Popular...y es gratis...”, “...todo mundo se va para allá...”. (Promotora de salud, antes partera)

También tuvo que abandonar las capacitaciones y cursos:

-“...es que con eso del trabajo...hay que pedir permisos y...”

Los vastos conocimientos teóricos y empíricos de esta mujer (antes orgullosamente dedicada a la partería) han sido sustituidos por su trabajo actual: entrega de complementos, llenado de formularios y desarrollo administrativo de los programas sanitarios en el Centro de Salud. La posible aplicación de sus conocimientos y experiencias paulatinamente va perdiéndose. Sería interesante retomar e integrar los conocimientos médicos con los empíricos de las parteras que, entre otras cosas, estimulan el contacto temprano piel con piel y la lactancia materna.

PATRONES DE LACTANCIA MATERNA

Uno de los rubros importantes a indagar en esta investigación fueron las formas, tiempos de inicio, introducción de alimentación complementaria y duración de la lactancia exclusiva y total como puntos claves para caracterizar la observada

lactancia exitosa. En Cuentepec ante la pregunta sobre la “bajada de la leche” la percepción femenina generalizada fue de éxito y satisfacción. Solamente encontré a una mujer de 16 años que tuvo a su primer bebé sin tener formado el pezón lo que la condujo a dejar de intentar amamantar a la bebé debido a que el consejo médico se enfocó en resolver el asunto con leche artificial y no a asesorarla con técnicas específicas.

Los relatos fueron positivos y alegres en torno a la lactancia. 100% de las mujeres comentaron que sí tuvieron leche y que el llanto o inquietud del bebé se calma ofreciendo pecho a libre demanda. Ellas no perciben como problemática esta primera etapa y no se da cabida a preocupación materna o familiar por no tener leche. La familia y el padre apoyan abiertamente el amamantamiento como primera opción y la consigna tácita es esperar pacientemente a que la leche baje.

Con respecto a diferencias en la práctica de la lactancia para niños y niñas, no pude registrar en los testimonios maternos ni en la observación directa alguna diferencia en las formas, horarios o modos de ofrecer el pecho. Los testimonios de las mujeres lactantes y de las abuelas mostraron que amamantaban a niños y niñas sin diferenciar por género. De igual manera en los alimentos que les daban, por lo menos durante la alimentación complementaria y hasta que duraba la lactancia materna (3-4 años en promedio) no se registró diferencia alguna en las cantidades o tipos de alimento que les ofrecían a los lactantes. Nada sugería que hubiera desigualdad en el trato a estas edades.

Aunque casi todas me comentaron que la leche les había bajado hasta el tercer día, ellas definían este periodo como “bonito” y muy “normal”. En referencia a esta percepción femenina, es posible que se deba también a que en Cuentepec existe la alternativa aceptada y común de invitar a la casa de la recién parida a alguna mujer (amiga o pariente) con la característica de que esté *criando*⁴³ sin importar la edad de su hijo. Esta mujer responde con el ofrecimiento de darle al

⁴³ La palabra criar hace referencia al hecho de amamantar.

recién nacido una o dos tetadas durante el primer o segundo día, lo que evita la preocupación y el estrés por falta de leche. Hay que reconocer que ellas validan enormemente el apoyo entre las mujeres *criando*, lo cual refleja la seguridad que sienten en sus propias redes sociales.

Otra faceta de sus patrones de lactancia fue que para todas las mujeres entrevistadas la lactancia **no** era considerada contraindicada por y durante un nuevo embarazo o hasta para llevarla a cabo simultáneamente con dos hermanitos no gemelos (lactancia en tándem). De hecho las mujeres entrevistadas que tenían más de un bebé habían vuelto a embarazarse más o menos a los dos años y no por eso dejaban de amamantar al hermanito mayor. De esta continuidad en la lactancia se puede derivar su percepción de tener leche desde el principio:

-“sí, sí tuve [leche] desde el principio, es que tenía yo al otro niño...”(Mujer/madre. Entrev. 12)

Aunque se considera normal y no alarmante un lapso de 24 a 36 horas para la “bajada de la leche” es ya una costumbre entre madre e hija la colocación de la “*jarilla*” nombre que se da a un “...*como tamal*...” que contiene la hierba “*atzomiátl*” -nombre náhuatl-, la cual es colocada dentro de varias hojas de maíz con un chorrito de alcohol y puesta a calentar en un comal.

Esta preparación es conocida por la mayoría de las mujeres y es considerada también como parte de las formas de apoyo dentro de las redes sociales femeninas. Éstas son tareas y remedios que deben ser aplicados generalmente por la madre de la parturienta en los primeros días posparto.

La actual promotora –antes partera- también recordaba la hierba “*chapulixtle*”, que llamaba “*jarilla*”. La preparación era similar con la variante de que puede ser usado alcohol o cebo de res y colocada en la cintura, pechos y espalda ayuda a acelerar la “bajada de la leche”:

-“...[la jarilla] ...bien calientita...se deja enfriar un poco y se saca de las hojas para ponérsela en los pechos... y la espalda...” (Mujer/madre. Entrevista 7)

-“...primero va la jarilla y luego le pones un suéter o algo para taparla...” (Madre/abuela. Reunión Focal)

También es recomendada la aplicación de tortillas o memelas recién hechas y entibiadas y colocadas de la misma manera:

-“...te ponen la tortilla caliente a que te cubra los dos pechos...” (Mujer/madre. Entrevista 6)

-“... me pusieron las memelas y a los 7 días sí tuve leche. (Mujer/madre. Entrevista 29)

Es relevante la creencia fiel y el reconocimiento de actividades que se han practicado tradicionalmente. En este sentido la mayoría de las mujeres jóvenes y de mediana edad confiaban totalmente en la efectividad de estos procedimientos:

-“...las memelas son para calentar los pechos y eso hace que baje la leche...te los ponen y al otro día ya tienes [leche]” (Promotora y Mujeres/madres de Cuentepec. Entrevistas 6, 11, 12, 16, 18).

Aparte de calentar los pechos y proteger a la madre de enfriamientos para apurar la bajada de la leche, no perciben la necesidad de ingerir alimentos especiales, ni siquiera tomar agua. Esta idea puede ser reflejo de que no perciben el retraso en la bajada de la leche como padecimiento digno de más remedios. Sólo una mujer/madre relataba que tomar atole de maíz con ajonjolí sin leche puede aumentar la producción.

En referencia al tipo de lactancia y la producción láctea, las madres amamantan **siempre** “a libre demanda” y asumen que así es como debe alimentarse a los bebés, no manifestaron preocupación por las cantidades de su leche, ni dudas sobre si satisfacen al bebé, ni están pendientes de su aumento de peso. **Todos** los testimonios fueron muy claros en ese sentido:

-“...cada vez que quiere, le doy...”, “...cada vez que llora, le doy y deja de chillar...”, “si está inquieto, le doy...”, “...cuando se va a dormir quiere [leche] y le doy...”(Mujeres/madres. Todas la entrevistas)

Ellas muestran confianza en sus propios conocimientos que se refuerzan dentro del grupo de mujeres lactantes. Consideran que el bebé se desarrolla bien por el hecho de verlo contento, dormir bien, tranquilo y creciendo. Su propia experiencia les permite comparar el crecimiento y desarrollo corporal, fisiológico y mental entre sus propios hijos y con los de las demás mujeres. Si los bebés siguen muy inquietos o ellas los ven raros y no se calman con el pecho entonces se toma como signo de alarma para llevarlo al médico.

Otro asunto se refiere a la percepción materna sobre la evolución de las recomendaciones foráneas que ellas perciben como negativo por parte de los médicos y enfermeras. Las abuelas expresaban en tono de crítica:

-“...ahora les enseñan a darle mamila...antes no había de eso...”,

Y refiriéndose a su propia experiencia las abuelas comentaban:

-“...antes no había otra cosa qué darles...”, “...después de que nace...sí tenemos leche...”,

-“...no conocimos la [leche] de bote...y además no había donde comprarla...”(Madres/abuelas. Reunión Focal)

El tono de desagrado se extendía al referirse a las mujeres jóvenes que tienen su parto en el hospital:

-“...ahí les dan de otra a los niños y cuando llegan a la casa las mamás no tienen leche...”(Madre/abuela. Reunión Focal)

En resumen: Las mujeres de Cuentepec acostumbran dormir con sus recién nacidos y amamantarlos a libre demanda durante el día y la noche. La **lactancia materna exclusiva tiene una duración de siete a ocho meses**, mientras que la **lactancia materna total** llega, como promedio, **a los cuatro años** (Ver Foto 5.12) ya con alimentación complementaria bien establecida. Nuevos embarazos no

contraindican continuar con la lactancia y puede amamantarse a dos hijos simultáneamente (Ver foto 5.13).



Foto 5.12 Mujer/madre y niñita lactantes en 2009.

PATRONES DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y DESTETE

El periodo de introducción de nuevos alimentos parece fluir de forma relajada. Las mujeres no reportaron dificultades con los bebés para consumir los nuevos alimentos, de manera que su introducción se da cómodamente y en compañía de la familia como un ritual social.



Foto 5.13 Madre con hijos lactantes. 2009.

En 91% de las entrevistadas el inicio de la alimentación complementaria de sus hijos fue iniciada a los 7-8 meses, lapso que concuerda con las tradiciones de la población (comentadas en reunión focal por las madres/abuelas) y que difiere de las indicaciones médicas. Es motivo de reflexión que las mujeres más jóvenes califican como algo “bueno” introducir nuevos alimentos a los seis meses basando su decisión simplemente en que: “...*así dicen los doctores...*”

Acerca de la duración de la lactancia total y el tiempo del destete encontramos que la lactancia se continúa hasta que el niño quiere:

*-“...le voy a dar [pecho] hasta que llegue el hermanito...”
(Mujer/madre joven. Reunión focal)*

-“...antes nos daban hasta que estábamos grandes...”
(Mujer/madre joven. Reunión focal)

-“...hasta que él/ella quiera...” (Mujeres/madres jóvenes.
Reunión focal)

Ellas dicen que les empiezan a dar otros alimentos aparte de la leche materna cuando ven que algo “...se les antoja...” a sus bebés (Mujer/madre joven. Entrevista 34). Introducirlos al rito familiar de la comida es parte de las prácticas usuales de integración familiar y social (Ver foto 5.14)



Foto 5.14 Madre e hija lactantes. 2009

Durante las reuniones focales (Ver foto 5.15) fue llamativa la gran confianza en sus propias apreciaciones sobre el estado de salud de sus hijos, estas mujeres tienen la firme creencia de que lo que han hecho por generaciones las mamás y abuelas es lo correcto y lo siguen poniendo en práctica. Para introducir nuevos alimentos dicen que hay que empezar dándole:

-“*otras cosas... -aparte del pecho-...es como a los seis o siete meses...por ahí...*”,

“*...pedacitos de tortilla con sal y caldito de frijol...sin los frijoles...*”,

“*...así...la tortilla con agua...namás la están chupando...*”.
(*Mujeres/madres jóvenes. Reunión Focal*).



Foto 5.15 Reunión focal mujeres lactantes jóvenes. 2009

Es práctica común iniciar con el caldo de frijoles colado al que añaden pedacitos de tortilla remojados para hacer una especie de atolito. También utilizan la manzana, plátano, manzana hervida, mango, papaya, chayote, arroz y el caldo de pollo. Ninguno de los dos grupos de mujeres mencionó la introducción de carne de res, queso o huevo y solo algunas mencionaron el pollo, todos integrantes de la comida cotidiana para niños más grandes y adultos de Cuentepec. Algunas, las más jóvenes, han integrado las sopas de pasta a la alimentación en esta etapa.

Fue muy reiterado el testimonio que sugiere armonía durante la alimentación complementaria pues los alimentos que van integrando son habituales en los hogares:

- “...les damos lo que haya en la casa...”

- “se les antoja comer de lo de uno...”

- “ así cuando estamos comiendo a ella se le antoja”
(Entrevistas 14, 18, 23, 32, 39).

Otra faceta relevante recabada durante las reuniones focales de mujeres jóvenes lactantes y mujeres abuelas fue su propia valoración de la lactancia materna reflejada en la salud de sus hijos, cosa que va más allá de las recomendaciones externas de lactancia:

- “...con la leche yo los veo bien...casi no se enferman”

- “...yo creo que es por la leche que están bien ¿no?...”

- “...mi niño no se enfermaba...hasta más grande...la leche [materna] le hace bien” (Mujeres/madres jóvenes. Reunión Focal).

Sobre alimentos envasados y comercializados las madres jóvenes comentaron que a veces les daban:

“...Danonino y Gerber de manzana”

“...sí le doy Gerber, pero poco...”

”... le doy a veces Danonino, yogurt y jugo Safari...”

(Mujeres/madres jóvenes. Entrevistas 6, 7, 9, 10).

Al respecto pude constatar que en las tiendas sólo hay Gerber en su versión de frutas. En cambio las abuelas dijeron, refiriéndose los alimentos complementarios, que antes no había cosas que vendieran, de hecho: “...ni tiendas había...” (madre/abuela. Reunión focal). Estos comentarios generaron la pregunta: ¿Es posible que la ausencia de otras leches y la dificultad para sufragar los gastos

asociados a la lactancia artificial sean algunas de las razones para iniciar y continuar con lactancia materna? Seguí indagando y fue así que **todas** las madres/abuelas evocaban que “en sus tiempos” no se conocía la leche de polvo sino hasta hace pocos años.

Es claro que ellas mismas no se consideran como parte de la toma de esta decisión de destete, lo importante parece ser lo que decida el/la niñ@. Podría agregarse que las propias ocupaciones de la madre o la llegada del siguiente hermanito influye en desarrollo y término de la lactancia. En adición a estos factores encontramos la recomendación médica: El aumento en la cantidad de “remedios” para que los niños dejen el pecho podría ser interpretado como reflejo, entre otros factores, de la intervención sanitaria y que, aunque actualmente no se practican con convicción, quedan ahí como opciones para forzar el destete:

-“No quiere dejarlo...”, “...chilla mucho y me pide...” y “...mejor le sigo dando” (Mujeres/madres de todas edades. Entrevistas 4, 5, 7, 24.)

También relacionado con el destete algunas madres manifestaron que a veces el hermanito mayor se desteta solo porque:

“...a la mejor le sabe diferente...” (Mujer/madre. Entrevistas 11, 28).

En referencia a este comentario, la apreciación materna es bastante apegada a lo investigado sobre el cambio del sabor dulzón del calostro al levemente salado de la leche madura (IBFANMEX, 2011).

Las madres jóvenes actuales manejan un doble discurso referente a la edad recomendable para ablactar y/o destetar: por un lado hacen referencia a lo que se debe hacer (similar al mensaje sanitario) y por otro a lo que hacen ellas en realidad. La respuesta fue que a los seis meses había que destetar pero en la práctica ellas continúan amamantando a sus hijos cada vez que piden y hasta que se destetan solos en los tiempos acostumbrados por sus madres y abuelas. A pesar de las recomendaciones médicas de destete, **todas** ellas continúan con la lactancia materna

durante el periodo de introducción de nuevos alimentos y la prolongan hasta que los niños tienen edades de 3, 4 y 5 años.

Entre las entrevistadas hubo una mujer que amamantaba a libre demanda a sus dos hijos, el mayor de cuatro años y el pequeño de dos y que generalmente mamaban al mismo tiempo salvo cuando el mayor estaba en la escuela. Referente a los tiempos de destete encontramos dos casos excepcionales: un niño destetado al año y otro que continuó lactando hasta los 8 años.

Resulta inevitable considerar la influencia en el pensamiento y actitudes de esta comunidad. Evidencia de ello es la preocupación de las mujeres de Cuentepec y su reiterado cuestionamiento sobre la duración *ideal* de la lactancia materna. Considero motivo de reflexión y discusión si las recomendaciones de los agentes de la salud a lo largo de 25-30 años sobre la alimentación complementaria -considerada prematura por estas mujeres-, pueden verse reflejadas en la repetición actual, por parte de las mujeres, del discurso sanitario sobre el lapso ideal de seis meses para la lactancia materna exclusiva.

Para la introducción de alimentos las mujeres-abuelas consideraban ideales los ocho meses a pesar o francamente en contra de las constantes recomendaciones sanitarias sobre el destete. También podría ser considerado como indicador de este cambio en sus patrones el naciente aumento en la cantidad de “*remedios*” manifestados por las madres jóvenes para destetar a sus niños, a diferencia de las mujeres-abuelas que no mencionaron ninguno porque no los precisaban.

Aunque el uso de estos “*remedios*” no se ha generalizado, su mención podría asociarse al deseo de las jóvenes de adoptar un modelo diferente de actividades femeninas en el que las madres no prolonguen la lactancia más allá del año y medio o dos años.

Los remedios eran propuestos entre las más jóvenes y desinhibidas de la reunión, entre ellos están la sábila, tabaco y chile untados en los pechos. A su vez

las mujeres/abuelas dijeron que ellas no tenían “remedios” para el destete, lo que interpreto como reflejo de que no lo inducían.

Durante la reunión focal de las mujeres jóvenes se produjo una generalizada crítica hacia la única mujer que había destetado a su niño antes del año porque: “...*así le dijo el doctor...*”. Todas comentaban que ese niño lloraba mucho y que la mamá no tenía más razones para destetarlo que la recomendación médica. ¿Es posible que el consejo médico incida en una naciente modificación en la duración de la lactancia en comunidades con una tradición exitosa de práctica de lactancia? Es de tomarse en cuenta este primer caso para indagar más a futuro.

LA PERSPECTIVA MÉDICA

Para tener un contexto amplio y complejo, describo también los resultados obtenidos a partir de testimonios del personal de salud que atiende tanto en el Centro de Salud de Cuentepec como en el Hospital de Tetecala, asignado para la atención de las cesáreas y/o partos además de las puérperas y recién nacidos. Este Hospital cuenta con reconocimiento como “Hospital Amigo del niño y de la madre”, lo que representa que se llevan a cabo los “Diez pasos para una lactancia exitosa” y que se tienen revisiones periódicas de la correcta implementación de estrategias que fomenten la lactancia materna (Ver foto 5.16).

Debo reconocer que el personal sanitario tuvo siempre la mejor disposición para ser entrevistado. Las conversaciones se desarrollaron en un ambiente muy cordial todos tuvieron una actitud muy positiva y abierta al platicar conmigo sobre la lactancia materna y atención perinatal.

En referencia a la calidad y cantidad de los conocimientos formales del personal de salud sobre lactancia materna todos coincidieron en que dentro de las materias de Pediatría y Ginecología había sido revisado el tema, generalmente en una sola clase y no de forma exhaustiva. Todos ellos consideran que sí saben de

lactancia materna porque: “...dentro de la materia...se dedicó una sesión completa al tema...”.



Foto 5.16 Hospital de Tetecala, Morelos en 2009

La doctora del Centro de Salud de Cuentepec comentó que, en la FES de Zaragoza, donde ella estudió medicina, había tomado un Módulo con duración de un año llamado “Parto y Puerperio” que abarcaba, entre otros temas, a la lactancia materna y la artificial. No calificaba sus conocimientos del tema pero más adelante comentó que la leche materna dejaba de tener nutrientes después de los seis meses.

En este sentido todos los médicos sabían datos específicos de las leches artificiales que recomendaban, modos de preparación, cantidades y fórmulas, intervalos entre las tomas, contenidos nutricionales, la adecuación de las fórmulas a los tiempos de desarrollo infantil, marcas idóneas para bebés prematuros y recién nacidos o cuál era la mejor leche para los niños después de los seis meses que, por cierto, **nunca** manifestaron que fuera la materna.

La estrategia para los casos de bebés nacidos a término y con parto vaginal, el pediatra “Jefe de Enseñanza” del “Hospital Amigo del Niño y de la Madre” en Tetecala expresó que en ocasiones el tiempo posparto se prolongaba por la ausencia del ginecólogo y/o la inexperiencia del médico interno por lo que estaba indicado en los primeros minutos dar una toma de leche al recién nacido. Esta urgencia en alimentarlo se debía al peligro que representaba para el recién nacido la falta de alimento:

-“... si ha pasado más de media hora, sí, le damos una toma de leche para no esperar tanto tiempo, porque el niño no se puede quedar en ayuno...le da hipoglucemia, convulsiona y se muere... así es que necesitamos siempre prevenir ¿no?. Tenemos a la mano la leche en caso de necesidad”(Pediatra de “Hospital Amigo” de Tetecala)

A pesar de que existe bastante control sobre las prácticas hospitalarias neonatales y de que éstas dependen estrictamente de las indicaciones médicas puede verse que están abiertamente orientadas hacia la utilización de leche artificial:

(Pediatra): -“...ni la enfermera ni el interno... nadie tiene la capacidad de autorizar una leche que no sea el pediatra”.

(Entrevistadora): -¿Y en qué casos por ejemplo, se autoriza?

(Pediatra): -“Por ejemplo una mujer que en las primeras horas no ha tenido buena esteee... formación láctea. Que a pesar de que se lo pega al pecho, se le insiste y no tiene buena producción de leche, entonces el niño está insuficiente y como está en las primeras horas de vida, pues tenemos que complementarle con la fórmula. Pero lo ideal es... generalmente cuando ya está más entrenado el interno o está el ginecólogo ahí y termina rápido se pasa rápido a la camilla y se amamanta. Cincuenta por ciento de las veces el interno que se tarda un poquito y le damos un poco de leche de bote, pero a veces no...”

(Entrevistadora): -¿Y con cesáreas?

(Pediatra): -“... es muy diferente al niño que nace por cesárea, ahí si directamente no nos esperamos...” “... el niño está esperando ahí, entonces -con la pena- vamos a darle un poquito de leche y en cuanto salga y estén juntos iniciamos el seno materno. Pero pues obviamente siempre preferir el seno materno. Pero la primera toma, por así decirlo sería, a veces, es leche de bote...” (Pediatra Hospital Tetecala)

Estas frases obligan a reflexionar acerca de lo planteado en los “Diez pasos para una lactancia exitosa” sobre “*No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que esté médicamente indicado*”. Esta decisión depende en gran medida de la percepción, cultura y personalidad del médico en turno.

Respecto al “alojamiento conjunto” y el “colecho”⁴⁴ el doctor del Hospital de Tetecala explicó que son utilizadas unas “bacinetas” o cunas y que aunque las señoras piden que les pongan a sus bebés en la misma cama, esta práctica se evita “por el peligro de una caída”.

Para la alimentación de los prematuros, el pediatra comentó que en primer lugar hay una leche artificial especial para prematuros que les funciona muy bien. Asimismo manifestó que la leche materna es lo indicado y la artificial sólo se administraría a bebés con patologías:

-“...tenemos las fórmulas especiales que ya están licitadas y disponibles en almacén”

*-“Cuando iniciamos la vía oral es entonces cuando usamos las fórmulas para prematuro, primero **toleramos** con la fórmula, si aguantan, cambiamos al seno materno...”(Pediatra Hospital Amigo de Tetecala).*

Queda bastante claro cuál leche es la primera opción en este “Hospital Amigo de Niño y de la madre” aún sin haber contraindicaciones para el

⁴⁴ “Alojamiento conjunto” hace referencia a compartir la habitación mientras que el “colecho” significa compartir la misma cama.

amamantamiento. Resulta también muy reveladora la respuesta inicial sobre la leche para los bebés prematuros que antepone la fórmula a la leche materna y condiciona el amamantamiento a la tolerancia de la leche artificial. La Compañía Nestlé es la que ha licitado y ganado por varios años en este hospital y él se expresó muy favorablemente acerca de esta leche en sus diferentes presentaciones.

Con respecto a la promoción del amamantamiento ante las propias madres el pediatra resumía el “problema”:

-“...si les metemos mucho en la cabeza que es como una vacuna, que cada vez que dan (leche materna)...es como vacunar al niño...entonces se van con esa idea y se lo están pegando a cada rato...” (‘‘Doctor Hospital Amigo’’ de Tetecala)

Todo el personal de salud entrevistado declaró **siempre** que la mejor leche es la materna:

-“... lo más indicado, siempre la leche materna... es lo más indicado ¿no?, siempre... sabemos que eso es básico y es fundamental para los niños’’ (Pediatra ‘‘Hospital Amigo’’ de Tetecala).

Pero las dudas o críticas inician al ser cuestionados sobre la duración ideal de la lactancia materna:

-“...va nuestra recomendación de que ya no es nutritivo después del año de edad...” (Pediatra ‘‘Hospital Amigo’’ de Tetecala).

En el Hospital “Amigo del niño y de la madre” de Tetecala las recomendaciones médicas respecto a la integración y sugerencias de nuevos alimentos y tipo de leche fueron que durante la alimentación complementaria hay que cambiar de la materna a la leche artificial:

(Entrevistadora): -“¿Y a partir de los seis meses qué producto lácteo recomiendan ustedes?”

(Doctor): -“¿Lácteo?...estee...”

(Entrevistadora): -“¿O solo alimentos diferentes?”

(Pediatra): -“No, obviamente la leche, la leche es importante para el niño, pero les recomendamos nosotros las fórmulas, ahí si ya empezamos a meter fórmulas de segunda etapa. A partir de los seis meses.

(Entrevistadora): -¿Y alguna [leche] en especial?

(Doctor): -“... ya es a criterio. Pero es una leche de seguimiento de segunda etapa. Es lo que recomendamos”

(Entrevistadora): -¿Y más adelante?

(Doctor): -“... después del año de edad consideramos que el seno materno ya no es nutritivo. Ya no es un nutriente”

(Entrevista Pediatra “Hospital Amigo” Tetecala)

Como podemos ver en todas las entrevistas sanitarias se registró que aunque existe el discurso de confianza en los beneficios de la leche materna prevalece una opinión que también la descarta y la coloca en segundo lugar por debajo de las artificiales. Los médicos y enfermeras dicen que es lo mejor para los recién nacidos, que los protege mucho al principio pero después de los seis meses ya no beneficia a la nutrición del bebé y que francamente interfiere por la falta de nutrientes en la leche materna madura y hasta han comentado que interfiere con la introducción de otros alimentos porque:

-“...el niño se llena de leche y ya no quiere comer otras cosas...”(Doctora Centro de Salud de Cuentepec).

La encargada médica del Centro de Salud de Cuentepec comentaba que la leche que ella recomendaba en los primeros seis meses era la materna pero cuidando ciertas restricciones:

-“...a menos que fueran niños prematuros...o con reflujo o con alguna otra cosa...”, “[a esos] ...se les daría leche especial: hay leche antireflujo...y viene adicionada diferente” (Personal sanitario del Centro de Salud Cuentepec)

Con respecto a sus indicaciones sobre el tiempo de inicio de la alimentación complementaria y el tipo de leche comentaba:

-“a los cuatro meses la ablactación es paulatina...”, “...y leche de fórmula después de los seis meses...y después del año la leche entera [de vaca]”. (Personal sanitario del Centro de Salud Cuentepec)

Así explicaba sus razones:

-“La cantidad de la leche después de los seis meses es diferente, se supone que las inmunoglobulinas y las proteínas son más en los primeros seis meses, después ya disminuyen...y también pensando en las condiciones de la mamá... ¡la pobrecita!...”(Personal sanitario Centro de Salud de Cuentepec).

Esta doctora sabía que en Cuentepec la lactancia materna era prolongada y aunque contaba con incredulidad que casi no tenían casos de enfermedades gastrointestinales en niños menores de un año y que los niños se veían sanos y activos, su idea sobre el desgaste materno y la inutilidad de la leche pesaban más en sus recomendaciones.

Asimismo y refiriéndose a la *lactancia en tandem*⁴⁵ y los tiempos prolongados de amamantamiento, la doctora del Centro de Salud reportó que a las mujeres lactantes se les veía el cabello opaco aunque ella no asociaba al amamantamiento con otros signos de malnutrición o con merma en las actividades cotidianas de ellas. Cabe aclarar que para resguardar y/o mejorar el estado nutricional de las mujeres embarazadas y lactantes existen complementos alimenticios que les son ofrecidos a los derechohabientes del Programa “Oportunidades”. Las mujeres no comentaron que lo consumieran ni si les gustaba.

⁴⁵ Lactancia simultánea de dos o más hijos de edades diferentes, sean biológicos o no. Esta puede presentarse cuando la madre se encuentra nuevamente embarazada o cuando, después del parto, continúa con la lactancia del o los hijos mayores y con la del recién nacido (Lawrence, 2007: 827).

Es importante y no podemos olvidar que el personal de salud en su mayoría está haciendo su servicio social y que al término de un año cambiarán de residencia. Proviene de otros lugares, generalmente fuera de Cuentepec y cargan con su propia cultura y con otros conceptos y significaciones relacionados con la percepción del cuerpo, de las mamas, del apego excesivo, etc. lo que le confiere un matiz diferente a sus escasos conocimientos formales sobre lactancia.

CONSTRUCCIÓN SIMBÓLICA MATERNA DE LA LACTANCIA

-“...nace el niño y hay que darle pecho...” (Mujeres/abuelas de Cuentepec).

Esta frase es muy elocuente y describe la sencillez con la que era percibida la lactancia en Cuentepec por las madres-abuelas. Las jóvenes madres actuales también relatan con alegría y confianza en ellas mismas sus propias experiencias. No parecen forzadas a amamantar, es como si amamantar a libre demanda fuera inherente al nacimiento de su hij@ y a su propia personalidad.

Las pláticas con las mujeres madres de Cuentepec representaron una oportunidad recíproca de conocer mundos y prácticas diferentes. Ellas querían saber también de mi experiencia pero sobre todo querían saber si era cierto lo que les dicen los doctores a partir del sexto mes del bebé:

-“...aquí nos dicen que ya no es leche, que es sangre...”

- “... ya es como darle agua”. (Mujeres/madres jóvenes. Reunión focal)

Es necesario destacar que los testimonios femeninos sobre lactancia materna se desenvuelven en dos escenarios diferentes. Uno representado por las recomendaciones que les ha hecho el personal de salud coloreado con tintes de regaño, de mentiras obligadas, dudas respecto a los patrones acostumbrados, dudas con respecto a los beneficios nutricionales, dudas en cuanto a la duración, dudas en

cuanto a sus conocimientos comparados con los de los doctores para coronar con la frase: “...ellos saben más porque estudiaron ¿no?”

Otro era el escenario de las vivencias maternas compartidas. Éste era satisfactorio y divertido. Derivado en gran manera de la, confiada y valiosa ante ellas mismas y ante sus parejas, benéfica percepción sobre la leche materna y la experiencia de amamantar (Ver fotos 5.17, 5.18). En estas pláticas se podía navegar entre los beneficios, sobre todo para los bebés, la comodidad para ellas, su carencia de gastos asociados, la cercanía y apego con sus bebés, la aceptación de la comunidad, la sensación de “cumplir” con la expectativa colectiva de cuidar a los hijos, hasta las conmovedoras frases:

-“... se siente muy bonito, así nomás...”

-“... estoy muy contenta de tener a mi bebé... así verlo y abrazarlo ...”

-“...estoy contenta...así nomás...”

-“...que crezcan y se alimenten bien...ellos están contentos...”

-“...se siente una emoción... estar con ellos...”

-“...se siente muy bonito cuando te abrazan... cuando te regaña tu marido y tus hijos te abrazan y te hacen cariños...”
(Mujeres/madres/lactantes. Entrevistas 1,8,9,10,14,15)



Foto 5.17 Madre y bebé lactantes. 2009



Foto 5.18 Madre e hijita lactantes. 2009

Como puede observarse todos los factores explorados se interrelacionan constantemente, adquiriendo mayor o menor relevancia en algunos momentos pero siempre conservando su interacción como integrantes de la continua formación simbólica de este fenómeno biosociocultural. En el siguiente capítulo presentaré las reflexiones finales y una propuesta de caracterización de la lactancia en comunidades rurales e indígenas además de abordar la funcionalidad e incidencia de las redes sociales en el desarrollo de la lactancia materna como proceso en continua construcción.

CAPÍTULO VI

CONSTRUCCIÓN BIOSOCIOCULTURAL DE LA LACTANCIA, ABLACTACIÓN Y DESTETE EN CUENTEPEC, MORELOS. REFLEXIONES FINALES.

Para dar paso a la última etapa de esta investigación y con el objeto de acoplar sintonías quisiera puntualizar que he integrado, a través de diversas lecturas, el concepto de *cultura* que dará marco a mis reflexiones finales: Cultura es una estructura vivencial modelada por nuestras tradiciones, experiencias y valores de coexistencia compartidos y convenidos de manera tácita, social e histórica. Dichos patrones se internalizan cotidianamente condicionando nuestra percepción y proyecto de vida y se manifiestan a través de nuestras conductas individuales y sociales.

El propósito central de esta investigación ha sido recoger la significación y trascendencia que las mujeres de la comunidad náhuatl de Cuentepec, Morelos han asignado y asignan actualmente a la experiencia de lactar, para analizarlo desde una perspectiva compleja y como una construcción biosociocultural. En este ambiente he contemplado los datos, testimonios y contexto con un enfoque sistémico y, aunque esta conjugación de

procesos sea una experiencia siempre inconclusa, resulta necesario conocer qué pasa; qué y quiénes inciden; qué simboliza y para quién; dónde y cuándo se estructura y cómo se asume la experiencia de la lactancia materna para comprender más ampliamente a las mujeres lactantes y a su perenne construcción de esta práctica concebida como la “*Cultura de la lactancia materna*”.

Por otro lado, siendo un estudio basado primordialmente en testimonios femeninos y hecho por una antropóloga es innegable que la perspectiva de género ha dado un matiz especial a los enfoques, a los propios resultados y a las conclusiones finales. Entiendo que hablamos de un hecho cultural y social pero la experiencia última atañe de manera más intensa a las mujeres lactantes.

De igual manera me parece fundamental conocer y entender a las mujeres y comunidades que no la practican y se deciden por el uso de sucedáneos. Precisamente porque la alimentación y crianza son producto y reflejo de cada cultura, he intentado -desde el inicio de este trabajo- identificar y analizar con apertura la pluralidad en las formas de crianza y alimentación infantil. La lactancia materna no se prescribe ni se decreta y todos tenemos derecho a decidir cómo nos desenvolvemos en este periodo.

Asimismo he observado al embarazo, parto, puerperio y crianza desde una perspectiva múltiple de análisis que coloca a estos procesos como transiciones ecológicas⁴⁶ y sociales que vinculan estatus culturalmente definidos y les confieren un nicho especial en cada grupo humano y momento histórico. Claros ejemplos son el paso de mujer a madre y el de recién nacido a ser social. En este sentido las pautas y patrones referentes al parto y a la crianza son condicionadas por la valoración simbólica de nuestros procesos vitales, carga sociocultural, necesidades, opciones y proyectos de vida personal y colectiva del grupo social al que pertenecemos en un tiempo y espacio geográfica y culturalmente demarcado.

Es así que durante el proceso de este trabajo y en búsqueda de una explicación de la variabilidad humana mucho más allá del cuerpo biológico, he designado repetidamente a la

⁴⁶ La transición ecológica se refiere al cambio de la posición de una persona en su ambiente ecológico a consecuencia de un cambio de rol, de entorno o de ambos (Bronfenbrenner, 1977 en Maya-Jariego, 2007).

lactancia materna como el ejemplo idóneo de construcción biosociocultural porque en ella interactúan las condiciones biológicas universales con su entorno sociocultural. Para apoyar esta idea remito al concepto de “Ecología del desarrollo humano” establecido por Bronfenbrenner (1979), que da importancia especial a la perspectiva o ambiente en el cual se desarrollan las prácticas humanas en términos de espacio, tipo de actividad e interacción.

Debido a ello he planteado en este estudio antropofísico que, para observar a la práctica de la lactancia materna, se requiere un enfoque que interrelacione dichos procesos y los entienda como condicionantes no separables que se determinan mutua y continuamente. Para exponerlos claramente y evitar reiteraciones, he ordenado de manera particular a cada rubro trabajado en las entrevistas:

ORIGEN Y ACCESO A LA INFORMACIÓN SOBRE LACTANCIA MATERNA, ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y DESTETE.

DESCRIPCIÓN DE “MODELO DE FUNCIONALIDAD DE LA CULTURA DE LA LACTANCIA MATERNA”. CATEGORÍAS DE LA INFORMACIÓN, LA PRÁCTICA Y SUS PROTAGONISTAS.

A partir de la observación de datos, contextos y testimonios de sus protagonistas en Cuentepec, Morelos he construido un “Modelo de funcionalidad de la cultura de la lactancia materna” (Ver esquema 6.1). Estos registros se integraron y reforzaron con la información obtenida en otras experiencias y entrevistas realizadas también en comunidades indígenas y rurales del estado de Campeche a lo largo del año 2011 durante mi actividad laboral. En ambos estados las comunidades con características similares de localización y etnicidad repiten sus esquemas elementales de funcionamiento de la lactancia materna. A continuación describo el Modelo mencionado:

Para empezar propongo *tres protagonistas* que son los que intervienen en el desarrollo y práctica de la lactancia materna. Asimismo propongo *cuatro niveles básicos o características* de la transmisión de información que conduce a la práctica de la lactancia materna: El tipo de mensajes que se emiten y reciben (qué tipo), las formas de transmisión (cómo), el origen y acceso a la información (de dónde proviene), la periodicidad y duración

en los tiempos de transmisión (cuándo). Todos estos órdenes de enfoque pueden combinarse y derivar en procesos paralelos y/o entrelazados de asimilación respecto a la lactancia – materna y/o artificial-, la alimentación complementaria y el destete.

Los tres protagonistas encontrados en esta comunidad fueron: el binomio lactante madre/niño; la comunidad biosocial que contextualiza la práctica de lactancia y por último el personal sanitario que incide en la toma de decisiones.

Con respecto a los cuatro niveles que comprenden la información sobre la lactancia materna:

1° Iniciamos con la primera característica: *el tipo de información* que puede ser considerada desde dos ángulos: el tipo de mensaje puede ser ofrecido y recibido de manera **teórica**, esta forma generalmente proviene del personal de salud. Por otro lado estos conocimientos y rutinas pueden ser enseñados y compartidos de manera **empírica** por las mujeres e integrantes de la propia comunidad. Al respecto todo el personal de salud manifestó haber recibido poca o casi nula instrucción y contenidos teóricos sobre el tema durante sus estudios profesionales. Además, debido a su edad y por estar involucrados en un largo proceso educativo, es poco frecuente que este personal haya vivido personalmente la experiencia de la lactancia. Por otra parte, la mayor parte de los libros de texto y recursos educativos para la enseñanza de las ciencias de la salud son elaborados en el extranjero y no se ajustan a la realidad biocultural de nuestro país. En cambio la mayoría de las mujeres entrevistadas manifestaron conocer bastante sobre lactancia materna además de que fue evidente que la practican de manera muy exitosa.

2° La segunda característica se refiere a *la forma* en que la información es transmitida a la comunidad. Los conocimientos sobre lactancia adquiridos dentro de las aulas por el personal de salud en sus centros escolares son transmitidos de manera **formal**. Al respecto se pudo corroborar la existencia de rotafolios en los Centros de Salud, éstos son utilizados para los Talleres mensuales de “Oportunidades” que tienen una duración de 30-40 minutos según el tema y su desarrollo. La otra condición mediante la cual se adquieren y comparten la información dentro de la comunidad de desenvuelve de manera e **informal**. Así podemos ver

que al interior de la población el aprendizaje se desarrolla de manera más espontánea y sin obligaciones, no hay horarios ni calendarios y la información fluye de manera sencilla y más despreocupada.

3° La tercera característica se enfoca a *la procedencia* de la información ofrecida a la comunidad, lo que las divide en ***interna y externa***: Si las referencias se conciben fuera para ser ofrecidas por personal foráneo a la comunidad o si se generan y comparten dentro de la propia comunidad.

Las *internas* están representadas por la propia comunidad y la manera en que se transmite la información se produce en su propios términos, dentro de sus propios patrones culturales y mediante un aprendizaje activo y cotidiano.

Por su lado, pudieron ser detectadas tres fuentes *externas*:

La primera de las externas abarca las recomendaciones que propone el personal del Centro de Salud durante las consultas de control relativas a los cuidados perinatales y del recién nacido además de incluir indicaciones para la crianza, alimentación infantil y familiar. Es relevante reconocer que dicho personal generalmente no vive en la localidad y se renueva regularmente pues está conformado por pasantes en su Servicio Social además de médicos generales que dependen de su recontractación anual. En este Centro de Salud se brinda atención de primer nivel además de tener a su cargo el desarrollo de los programas sociosanitarios en turno. Las indicaciones de este personal se enfocan también hacia la anticoncepción, además de nutrición e higiene familiar. (*Dichas recomendaciones se alinean a los estándares institucionales, y los programas de desarrollo y protección social en salud.*) Con respecto a la lactancia materna el discurso es estimulante para su inicio pero también acreditan y autorizan el destete precoz a partir de los seis meses junto con la introducción de alimentos sólidos y leche de fórmula en sustitución de la materna.

La segunda fuente externa de información proviene del Hospital de Tetecala al que casi todas las mujeres de Cuentepec acuden para la atención de sus partos y/o cesáreas. Además de aceptar ciertas prácticas perinatales, las mujeres también reciben las recomendaciones que el personal de enfermería les proporciona sobre lactancia materna. En

este centro hospitalario de segundo nivel prevalecen rutinas de utilización de sucedáneos dentro de las primeras dos horas después del parto y aunque dicho Hospital es “Amigo de la Madre y del Niño” el personal entrevistado, erróneamente considera benéfica a la leche artificial, antes que la materna, para iniciar la alimentación de prematuros y de recién nacidos.

La tercera fuente de información externa encontrada en esta comunidad fueron las maniobras perniciosas de mercadotecnia y publicidad. Entre ellas encontramos la continua difusión televisiva además de la impresa en los envases de leche o de alimentos infantiles donde aparecen leyendas exageradas que proclaman sus beneficios en torno a favorecer el desarrollo en los niños de hábitos sanos, una buena digestión, nutrición e inteligencia. Existe la intención personal de abundar sobre el tema de los intereses de las empresas productoras de sucedáneos en un próximo trabajo.

4° Para terminar tenemos como cuarto y último integrante del Modelo a la periodicidad y duración en que es transmitida y observada la información y práctica de lactancia. Componentes de este rubro serían la forma *extraordinaria* proveniente del personal de salud que ofrece talleres mensuales o recomendaciones ocasionales dentro de las consultas de control. Como contraparte encontramos que, dentro de la comunidad, la participación *cotidiana* y la observación empírica continua se establecen desde el momento de nacer. Esta participación duradera y constante apuntala un contexto estable para el aprendizaje de la “Cultura de la lactancia materna” que generalmente se desarrolla dentro de las redes sociales domésticas femeninas totalmente en pro de esta práctica.

La propuesta sería conocer el comportamiento de las mujeres rurales e indígenas lactantes en su práctica y desarrollo de la “Cultura de la lactancia materna”, que como hemos podido constatar en las últimas encuestas de salud son las que tienen tasas más altas de amamantamiento⁴⁷, así podría entenderse cómo se desarrolla la lactancia materna para favorecerla y promoverla adaptando y adecuando sus bases.

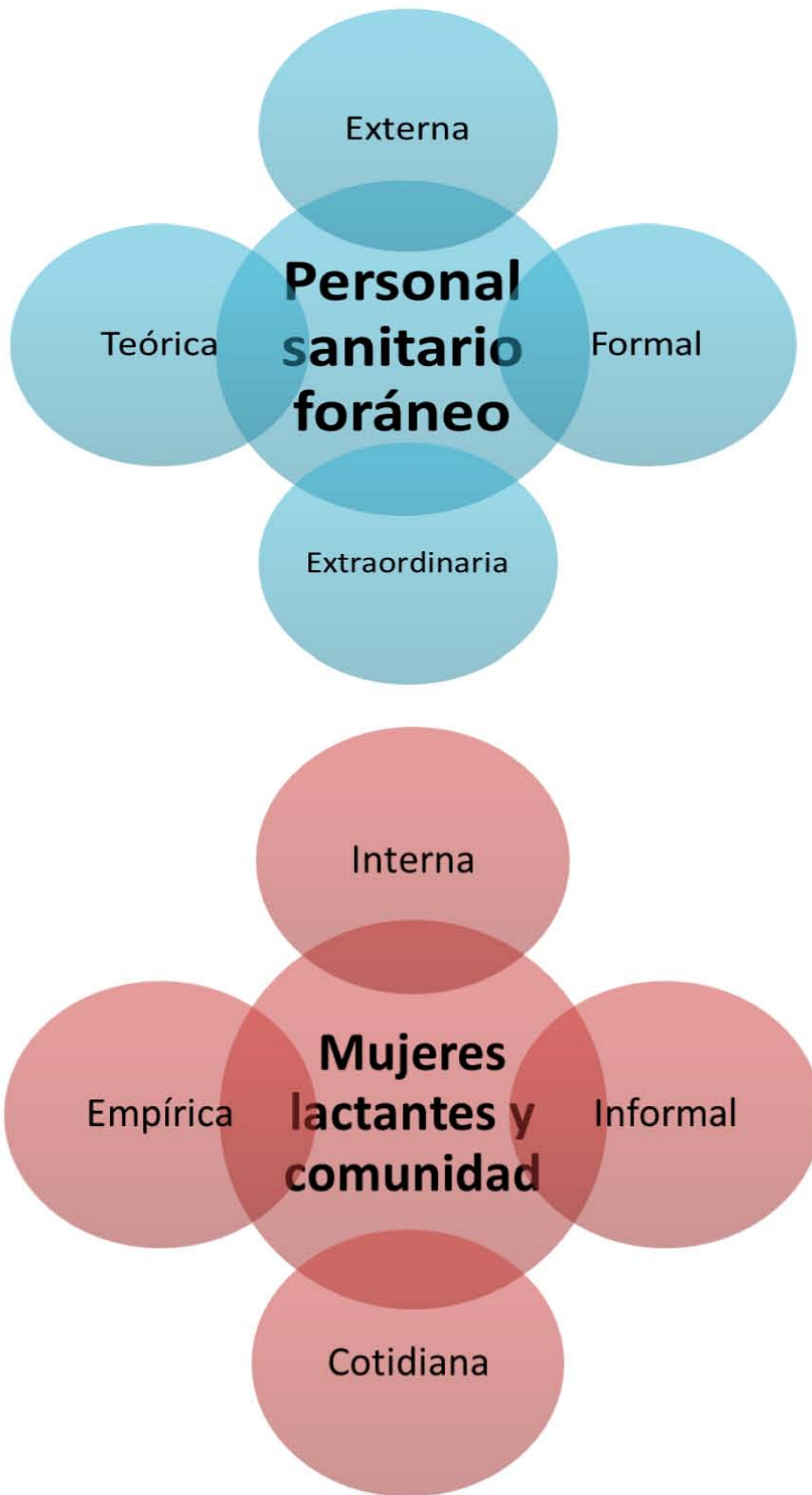
⁴⁷ Sugiero revisar el Cuadro 2.2 (Capítulo 2) que presenta algunos resultados de la Segunda Encuesta Nacional de Nutrición 1999.

Es así que, a través del Modelo recién descrito, el comportamiento de la lactancia materna según la información formulada, transmitida y recibida en Cuentepec, Morelos, coincide y existe como se propuso en las hipótesis iniciales de este trabajo.

Presento ahora una esquematización de dicho modelo, que podría ajustarse a diferentes poblaciones según las características de su composición e integrantes:



Esquema 6.1 Modelo de Funcionalidad de cultura de la lactancia materna en comunidades indígenas y rurales. Categorías de la información, la práctica y sus protagonistas.



Esquema 6.2 Perspectiva del Modelo de la LM a través de sus protagonistas.

REDES SOCIALES DOMÉSTICAS. CONDICIONES DE ARTICULACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA CULTURA DE LA LACTANCIA EN CUENTEPEC.

Las características socioeconómicas, estilos de vida y cultura de empoderamiento masculino en los asuntos de carácter público han situado históricamente a muchas mujeres rurales de México y otras tantas del medio urbano que comparten historia y costumbres, como entendidas administradoras de las actividades privadas o domésticas. Coincidiendo con estos patrones las mujeres de Cuentepec tienen poca presencia y representación en la vida pública de la comunidad pero son individual y colectivamente las encargadas de la mayoría de los aspectos de la vida privada y de las decisiones cotidianas respecto al hogar, los hijos, identificación de procesos de salud/enfermedad familiar, alimentación, lactancia y crianza.

En Cuentepec, como en otras comunidades estudiadas en Campeche⁴⁸, puede ser observado que la reciprocidad y unión eminentemente femeninas son evidenciadas mayormente en los periodos de vulnerabilidad corporal como son los de la reproducción biológica. Estos favores solidarios, registrados en poblaciones generalmente rurales y/o indígenas que viven la “Cultura de la lactancia materna”, se ven reflejados en la conformación de redes sociales de apoyo en torno a la madre y el recién nacido para incidir significativa y positivamente en esta práctica. Dicho respaldo es evidente en Cuentepec. Ejemplo de este intercambio es el ejercicio común, aceptado y alimentado socialmente, de la “lactancia solidaria” o sea que otra mujer “criando” amamante al recién nacido en sus primeros días mientras “le baja la leche” a la recién parida.

Si, por lo ya argumentado, se considera a la *cultura* de la lactancia materna como un proceso biosociocultural, encontramos que las dinámicas existentes dentro de las redes sociales domésticas en Cuentepec operan dentro de lo que he definido como un “Condiciones de articulación y funcionamiento de la cultura de la lactancia materna en comunidades rurales e indígenas” (Ver Esquema 6.3). A continuación expongo sus componentes:

⁴⁸ Observación realizada en la investigación realizada en 12 comunidades rurales de Campeche durante mi actividad laboral de 2011 en la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

Por la vulnerabilidad del binomio madre/hij@ en el periodo inicial del puerperio y lactancia derivada de la dificultad materna para lidiar de manera completamente autónoma ante su propia recuperación física y la atención al recién nacido reconocemos la franca **necesidad** de ayuda y apoyo. Es por esto que la vinculación por parentesco o unión matrimonial de las familias que conviven y comparten terreno o solar, abrigado por el sistema de patrilocalidad, propicia los tiempos y ofrece a las mujeres lactantes y a sus familias la **oportunidad** para brindarse, de manera equivalente, protección y sostén mutuos. Por su lado, la eficiencia en el funcionamiento de las redes sociales domésticas provee el ambiente idóneo para el desarrollo e interrelación de estos procesos. Dichos acuerdos construidos a lo largo del tiempo reflejan la importancia que ellas confieren a la reproducción biosocial, misma que se acompaña de patrones sociales domésticos e intrafamiliares de respaldo por lo que nos remitimos a una **cultura parental solidaria** como el factor social que cohesiona y da sustento para su continuación y éxito.



Esquema 6.3 “Condiciones de articulación y funcionamiento de la cultura de la lactancia materna en comunidades rurales e indígenas”

ATENCIÓN SANITARIA EN COMUNIDADES RURALES

En el Capítulo segundo de este trabajo fueron abordados los documentos y acciones realizadas por diferentes organizaciones mundiales para el fomento y promoción de la lactancia materna con el objetivo de contextualizar este rubro de atención sanitaria. Es relevante reconocer que a través de los años el enfoque básicamente nutricional y de salud de la OMS, OPS Y UNICEF, que es el que recibían los estudiantes de medicina y enfermería en las universidades y centros de educación superior en México, ha sido sustituido por uno que pondera y promueve una perspectiva cultural con prácticas responsables, con conciencia social además de respetuosa de los valores culturales y de los productos autóctonos. Dicha perspectiva ha entendido y aceptado que los patrones alimentarios y de crianza son reflejo de la cultura y que ésta se respalda, entre otras cosas, en tradiciones y conocimientos empíricos contruidos colectivamente. Siguiendo este enfoque internacional las autoridades sanitarias mexicanas han marcado lineamientos muy claros de formación intercultural para el personal de salud para ser considerados como modelo en la atención sanitaria institucional y particular. Esta postura de atención social en salud representa cambios al interior de las instituciones y requiere de tiempo para vislumbrar los resultados planeados.

Otra faceta que influye de manera importante en la forma y el tipo de información sobre lactancia materna se refiere a la relación y atención entre el personal de salud y la población de Cuentepec. En México uno de los requisitos para culminar los estudios de licenciatura es el Servicio Social. Es así que médicos y enfermeras cumplen con este año obligatorio colaborando en diferentes poblaciones lo que por un lado, ha aumentado positivamente la cobertura de la atención en salud y por otro, su experiencia profesional. Sin embargo, cuando este personal no es debidamente preparado o carece de un enfoque cultural incluyente, esta fórmula institucional de solidaridad social puede desarrollarse, aunque resulte paradójico, en un ambiente de poca integración sociocultural al interior de la comunidad.

Aunado a lo anterior pudimos percibir en Cuentepec la devaluada apreciación, proveniente del personal sanitario externo referente a las tradiciones y prácticas “diferentes” de alimentación o crianza al prejuzgarlas como incorrectas o francamente peligrosas para la salud. Este juicio, que alude también a la lactancia materna, nace del desconocimiento de las formas y productos alimentarios nativos y/o de la cultura y costumbres de las poblaciones indígenas. Dicha problemática se suma a la, reconocida por ellos mismos, insuficiencia en la instrucción adquirida durante su propia formación profesional sobre lactancia materna a lo que se suma su inexperiencia personal y familiar al respecto.

Algunas de las variables recién descritas y detectadas en Cuentepec invitan a reflexionar sobre la propuesta de Eduardo Menéndez quien definió la situación sanitaria mexicana mediante el Modelo Médico Hegemónico en el que prevalece una visión biologista, asocial, ahistórica, individualista y mercantilista (Menéndez, 1983). En este sentido el ejercicio de la medicina en México ha situado históricamente al personal de salud como el experto y mejor informado sobre los lineamientos y prácticas en salud, alimentación y crianza de los recién nacidos y los niños. Si partimos del supuesto de que los profesionales sanitarios, desde su posición de autoridad y prestigio, tienen la función de orientar hacia prácticas que estimulen, entre otras, a la lactancia materna, resultaría paradójico que su opinión y recomendación sea, en gran medida, la que desdeñe y desaliente el amamantamiento. Quisiera completar la afirmación: dicho personal tiene honestamente la intención de apoyar la práctica de la lactancia materna pero no olvidemos que su perspectiva está matizada por su propia significación sobre el cuerpo, sobre la leche materna y sobre la acción de mamar y de amamantar. Es así que la recomendación y uso “*correcto de los sucedáneos*” dependerá en gran medida de la fusión de estos criterios profesionales e imaginario personal.

En muchas de estas comunidades rurales e indígenas, la relación médico/paciente es asimétrica y desigual lo que deriva en apreciaciones devaluatorias por parte del médico. Estas percepciones derivan de tener creencias, patrones y prácticas de vida diferentes y se presentan de igual manera en las dos opciones de procedencia de los médicos: cuando el personal sanitario *pertenece* a la comunidad donde labora, este nicho de poder lo aleja de

apreciar con equivalencia a la población y cuando *no pertenece* a esa comunidad, se le dificulta la comprensión de su historia, espacio ecocultural, costumbres y tradiciones entre las que encontramos a las alimentarias y de crianza.

Debo reconocer también y sin lugar a dudas, que todo el personal médico entrevistado en la zona tuvo siempre la mejor disposición de regalarme su tiempo y comentar sus opiniones conmigo. Pude encontrar personas verdaderamente interesadas y preocupadas por la salud de esta población, asunto que no atenúa su censura constante a la lactancia materna prolongada más allá de los seis meses. Fue en estas pláticas que ahondé en su propia problemática de carencias, de lejanía de sus propios hogares, de desconocimiento de la lengua nativa, de los alimentos de la región, de las costumbres y de considerarse o ser considerados por la comunidad como “ajenos” o, en el mejor de los casos, como “diferentes”.

Tanto médicos como enfermeras y de manera privada o institucional impulsan el inicio de la lactancia materna por sus enormes beneficios, pero siguen estando lejos de la aplicación adecuada de los “Diez pasos para una lactancia exitosa”⁴⁹, problema que deja al descubierto la deficiente interpretación en la aplicación de estas normas por parte del personal de salud. Los conceptos contrarios sobre la leche materna como beneficiosa al inicio y peligrosa después de los seis meses conflictúan a las mujeres con sus prácticas habituales y tradicionales de crianza y de alimentación familiar. Tanto las mujeres como los médic@s en Cuentepec parecen tácitamente haber llegado a un cómodo acuerdo, ellas ocultan su lactancia prolongada y evitan regaños, ellos siguen dando recomendaciones sin ser oídos. La confrontación se evita y todos tranquilos.

Durante mi temporada de campo no encontré a un solo médico o enfermera que propusiera y fomentara la lactancia materna después de los seis meses o durante la ablactación; que considerara nutritiva a la leche materna después de este tiempo; que aplaudiera y pensara positivamente de las mujeres que la practican y mucho menos encontré

⁴⁹ En el segundo capítulo presentamos el decálogo para una lactancia exitosa.

a alguien que ponderara a la lactancia materna prolongada más allá del año o con hermanitos de diferentes edades⁵⁰.

PATRONES SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

La gran paradoja del embarazo, parto y lactancia es que siendo eventos tan habituales y familiares son, al mismo tiempo, sucesos delicados y asombrosos. (Frecuentes en la vida de la humanidad y raros, asombrosos y memorables en la vida personal). Sus momentos y formas se entretajan con la cosmovisión de los individuos en cada cultura y adquieren una gran carga simbólica y cultural. Es por esto que los procesos sexuales, reproductivos y de crianza humana son ejemplo claro de los, considerados por Levi-Strauss (1969), “procesos bisagra” porque aluden a la interrelación de procesos bioculturales con la elaboración regional y cosmovisión particular basada en la propia cultura.

Basado en los testimonios recogidos con las mujeres de Cuentepec he esbozado un claro ejemplo de los mencionados procesos “bisagra. La ritualizada estrategia socioreproductiva y de convivencia marital en Cuentepec contextualizan este circular proceso de vida:

Las dinámicas de pareja se inician desde la adolescencia o desde que el potencial reproductivo empieza a ser evidente; después de un tiempo de relaciones la muchacha se cambia al domicilio del muchacho; los padres del novio aceptan a la “nueva hija” y la integran a su solar y costumbres; la relación se formaliza al reunir a los padres de los dos novios y anunciar los planes de unión; se inicia socialmente la anunciada y acotada convivencia de los jóvenes en espera de las bodas civil y religiosa; en el periodo de los trámites y ritos sociales la pareja no considera utilizar métodos anticonceptivos; suceden las bodas; sucede el esperado primer embarazo después del cual se toman medidas de anticoncepción; le sigue el desarrollo de patrones de lactancia, crianza y educación de l@s hij@s. Al parecer en Cuentepec la maternidad/paternidad o capacidad reproductiva se asocia

⁵⁰ Lactancia en Tandem, ver anexo de conceptos.

a un prestigio social, en este orden de ideas el primer embarazo sirve como comprobación de la fertilidad de la pareja y consolida socialmente su alianza.

Como podemos detectar, el desarrollo de esta cronología se entrelaza de hechos dentro del mencionado orden biosociocultural. Dichas etapas y procesos conforman el ambiente para funcionar en sociedad, lo que ha sido fuente de reflexión antropológica constante porque aunque las características orgánicas o corporales sean compartidas universalmente y más o menos generalizadas, su interpretación y formas son tan diversificadas como el tiempo y las culturas que les dan contexto.

PATRONES DE LACTANCIA, ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y DESTETE

Ante las poquísimas problemáticas específicas que pueden impedir la lactancia materna y aunque los costos derivados pueden ser muy altos en todos sentidos, la lactancia artificial, en condiciones higiénicas estrictamente vigiladas, ha sido recurrentemente utilizada para satisfacer las necesidades nutricionales del recién nacido y culturales/ocupacionales de los padres. Sin embargo se ha registrado en las últimas Encuestas de Salud que en comunidades con circunstancias de escasez su utilización puede producir gastos excesivos, prácticas inadecuadas y morbilidad infantil (González-Cossío, 2003).

Asimismo pude observar que en Cuentepec, comunidad con “Cultura de la lactancia materna”, cuando ésta no es practicada, las mujeres lo consideran como “descuido” hacia el bebé y hacia las tareas maternas. Tarea a futuro será indagar el enfoque y percepción de las mujeres en comunidades con entorno biosociocultural diferente.

En el rubro de los patrones de lactancia y ablactación es importante reconocer que esta población de mujeres de Cuentepec, aún sin proponérselo de manera explícita en realidad sí sigue las pautas propuestas por la OMS sobre lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, con una *sui géneris* pero adecuada ablactación a esta edad y con la

continuación del amamantamiento hasta los dos años o más⁵¹. Estos patrones siguen vigentes a pesar de las recomendaciones sanitarias constantes de destete precoz e introducción beneficiosa pero muchas veces insuficiente de alimentos sólidos y, por muchas razones, de la muy controvertible leche de fórmula. Recordemos que la introducción inadecuada de alimentos complementarios, sumada a un destete precoz puede promover baja de peso/talla y/o desnutrición infantil. Es relevante considerar también que es más fácil pasar del pecho a la leche de fórmula pero cuando el bebé ya es dependiente de ésta, es más complicado para la madre relactar⁵² y para el bebé volver a mamar.

Algunas de las razones por las que es objetable el uso de leches artificiales en comunidades humildes como Cuentepec son por ejemplo, al impacto económico que conlleva la compra en más de \$120 de un bote de leche de 300 gr. (Producto de la Nestlé que es la que se comercializa en las tienditas del pueblo en el mes de noviembre de 2009) y que, las pocas mujeres que la utilizaron, expresaron que les alcanza para alimentar a un recién nacido durante una semana. A esto se suman las dificultades e ignorancia de las normas mínimas de desinfección, higiene y esterilización del agua, biberones y chupones. Por añadidura las instrucciones de preparación de las latas vienen en español y su lengua es náhuatl. También observamos que desconocen la gran facilidad de contaminación de la leche ya preparada y la forma de conservarla en el clima cálido de Cuentepec ya que la mayoría de las familias carecen de opciones para enfriar o refrigerar.

CONSTRUCCIÓN SIMBÓLICA DE LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA

Quisiera señalar que aunque este estudio se enfocó a una comunidad de mujeres lactantes y algunas conclusiones son grupales, los testimonios fueron valorados particularmente para registrar coincidencias, diferencias e individualidades.

Una faceta importante de este proceso es la escasa asociación que las mujeres de Cuentepec hacen entre alimentos y producción láctea o con efectos nocivos para el bebé si

⁵¹ Hacemos hincapié en que estas son las recomendaciones generadas tanto en la “Estrategia para la alimentación del lactante y del niño pequeño” de 1985 como en la “Declaración de Innocenti” de 1990 por ser éstas en gran medida puntos de confusión y malinterpretación por parte del personal médico.

⁵² Sugiero buscar en el Anexo de Conceptos el término de Relactación.

son consumidos por ellas. En concordancia con las pocas restricciones en su dieta relacionadas al embarazo y lactancia, según sus testimonios estas mujeres no definen como relevante aumentar los líquidos o agregar más alimentos a su ingesta normal que parece ser suficiente para continuar lactando durante el periodo de un nuevo embarazo o para amamantar a uno y hasta a dos hijos simultáneamente más allá de los tres años.

Me pregunto si las pocas creencias en Cuentepec sobre restricciones alimentarias durante la lactancia pueden deberse a sus ya de por sí limitadas opciones de alimentos o su escasa oportunidad de aumentar las cantidades o productos alimentarios en función del embarazo o la lactancia. En este sentido es fundamental entender el origen de estas creencias, preferencias o aversiones y las condiciones prácticas que rodean la producción y accesibilidad de esos alimentos y contemplar su ingesta y actividades humanas de manera integral (Harris, 1999). Por otro lado es importante tener un panorama completo de los alimentos preferidos por las mujeres embarazadas o lactantes y compararlos con los alimentos que consumen fuera de estos periodos para entender si las restricciones temporales de alimentos *tabú* se equilibran con el aumento en las cantidades de alimentos permitidos y de los periodos de reposo asignados para ellas. Al respecto Marvin Harris (1999:199) escribió: *“no se puede enjuiciar las dietas por lo que la gente no come; lo que cuenta es lo que come”*.

Vale la pena señalar, desde un enfoque antropofísico, que la leche materna también aporta ciertos “gustos⁵³” y sabores dependiendo de los alimentos ingeridos y acostumbrados por la madre. Estos sabores se transmiten al bebé durante la lactancia lo que podría ser considerado como fase de iniciación cultural alimentaria. Este proceso, a diferencia del artificial, propicia la posterior adquisición de sabores y facilita la introducción de la alimentación complementaria durante el ritual social y familiar de las comidas. Al respecto las mujeres no hicieron referencia a dificultades para que los niños comieran lo que se les ofrecía para iniciar la ablactación.

⁵³ Hago la distinción entre gusto y sabor entendiendo al primero como uno de los sentidos y al segundo como un concepto más relacionado con aspectos culturales y memoria olfativa.

Una de las fases problemáticas más populares en diferentes ámbitos se refiere al delicado y crucial periodo inicial de la “*bajada de la leche*” y a las semanas subsiguientes de ajuste del binomio madre-hijo las cuales representan un periodo trascendental, algunas veces muy difícil y siempre decisivo para el éxito o fracaso de la lactancia. En Cuentepec, donde prevalece la “Cultura de la lactancia materna”, se generaliza una muy positiva apreciación acerca de estas primeras veinticuatro o cuarenta y ocho horas mientras “*baja la leche*”, lapso que es considerado normal y de ninguna manera motivo de preocupación y mucho menos de lactancia artificial.

La comprensión y autoayuda son expresadas mediante presencia solidaria entre las mujeres de Cuentepec durante el puerperio: gracias a esta costumbre de ayuda se hace posible el reposo y tranquilidad maternos durante la cuarentena lo que se refleja en el restablecimiento apropiado de la mujer/madre además de que efectivamente favorece la producción láctea. Seguimos presenciando ejemplos de interacciones reveladoras de la fusión y articulación entre sociedad, cultura y biología.

Resulta interesante que estas madres lactantes rurales continúen amamantando a sus bebés no por atender consejos médicos de nutrición o de salud (si así lo hicieran, ahora sería práctica común el destete precoz) sino por algo más profundo y asimilado diacrónicamente que las hace confiar plenamente en los beneficios de la leche materna, lo que se complementa con su positiva autovaloración para definir estados de salud/enfermedad en sus niños.

Las observaciones en Cuentepec han colaborado a la comprobación en campo de las hipótesis presentadas inicialmente: Las relaciones que se establecen al convivir antes, durante y después de dar a luz y durante la lactancia las fortalece socialmente e incide claramente en el desarrollo y continuidad de la lactancia. Para estas mujeres la posesión de saberes y su retroalimentación social las dota de autoconfianza para prevenir o solucionar problemas del amamantamiento desde su inicio. En este sentido la integración de las familias extendidas, su apoyo social aunado a la autopercepción materna experimentada y tranquila se funden para propiciar y prolongar esta práctica.

Por otro lado pude constatar que las mujeres de Cuentepec perseveran participando y heredando por generaciones la “Cultura de la lactancia materna”, legando sus conocimientos

con gusto y orgullo. La transmisión fluye, las identifica como grupo y las unifica socialmente. Ellas atribuyen a la leche materna que sus hijos crezcan sanos y esto las estimula a continuar amamantándolos. Es un círculo virtuoso que para ellas y para los que podemos observarlas es una maravillosa realidad.

El “Modelo de funcionalidad de la cultura de la lactancia materna” que he propuesto puede proveer lineamientos estructurales para futuras investigaciones y propuestas de acción sobre lactancia materna. Dicho modelo puede ser ampliado adecuando la variabilidad social y cultural de sus codeterminantes. Asimismo puede tener una utilización operativa para los programas y servicios de protección social realizando ajustes geográficos y culturales.

El proceso de amamantar, al igual que alimentar/se, alude a una experiencia compleja, que se sustenta en un fluido humano con el cuerpo femenino como vehículo. Tales características nos remiten a la significación e integración biosociocultural del cuerpo y de los alimentos que consumimos. Dentro de esta concepción la leche materna posee cualidades que van mucho más allá de la nutrición o la salud y son significadas por cada persona, cada cuerpo, cada ideología, cada tiempo, cada situación, cada decisión, cada miedo y cada fortaleza. Es por esto que las recomendaciones no pueden, ni deben, convertirse en reglas de lactancia: cada quien, -si quiere-, vive, construye y comparte su lactancia.

Nuevamente agradezco a cada una de las mujeres de Cuentepec que confiaron y me dejaron asomar a su tiempo y a su historia. Así me dieron toda la preciosa oportunidad de observar y compartir de cerca sus lactancias y de recordar con ternura las mías.

ANEXOS



Consentimiento Informado

Proyecto “Enfoque antropológico de los codeterminantes del cambio en la condición nutricia de los habitantes de Cuatepec, Morelos”

El Instituto de Investigaciones Antropológicas de la Universidad Nacional Autónoma de México, se encuentra realizando un proyecto de investigación, que consiste en el estudio de las causas y efectos del cambio en las condiciones de alimentación y nutrición de los habitantes de la comunidad de Cuatepec, Morelos, bajo la coordinación de la Dra. Rosa Ma. Ramos Rodríguez.

Este estudio pretende conocer y describir los problemas que acarrear los cambios sociales, económicos y tecnológicos que han alterado la vida en las últimas tres décadas en comunidades como esta y cómo se han expresado en la salud, la alimentación, el crecimiento y desarrollo físico de los habitantes de esta comunidad.

Para poder desarrollar este proyecto, se le invita a participar de **manera voluntaria**. Su colaboración consiste en ser entrevistado(a) y responder a cuestionarios con temas relacionados con: alimentación, maternidad y lactancia, actividad física, costumbres e identificación de su imagen a través de una serie de dibujos. Además de tomarle algunas medidas corporales (estatura, peso, perímetro de brazo y cintura, grosor de algunos pliegues, etcétera) utilizando herramientas adecuadas y seguras que no causan ningún daño.

Este estudio **no le representa a usted ningún costo económico** y puede dejar de participar en el momento en el que usted lo decida.

Tenga la seguridad de que **su nombre no será revelado** y que cualquier duda o comentario relacionado con el proyecto, será atendida por los investigadores responsables. Asimismo, los resultados que se obtengan se le darán a conocer.

He sido informado(a) del contenido del proyecto y de mi participación en él y acepto voluntariamente colaborar.

NOMBRE

Testigo

FIRMA

Nombre del Testigo

Cuatepec, Morelos; a _____ de _____ de _____.

CONCEPTOS Y SEMÁNTICA DE LA LACTANCIA

Ablactación: Es la introducción de alimentos diferentes a la leche materna y se inicia a partir del cuarto o sexto mes (Secretaría de Salud, 2006:15).

Alimentación complementaria: Leche materna incluyendo leche extraída o de nodriza y alimentos sólidos o semisólidos. Se permite cualquier comida o líquido, leche no humana y preparación para lactantes (UNICEF, OMS, 2010:19).

Alimentación con biberón: Cualquier líquido (incluyendo leche materna) o alimento semisólido proporcionado mediante un biberón con tetina (UNICEF, OMS, 2009:4)

Alimentación: al conjunto de procesos biológicos, psicológicos y sociológicos relacionados con la ingestión de alimentos mediante el cual el organismo obtiene del medio los nutrimentos que necesita, así como las satisfacciones intelectuales, emocionales, estéticas y socioculturales que son indispensables para la vida humana plena (Secretaría de Salud, 2006:3).

Banco de leche materna: Servicio especializado, responsable por la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna. Realiza actividades de recolección del excedente de leche de la madre que amamanta, la procesa, controla su calidad, la clasifica, conserva y distribuye. También lleva adelante investigaciones, así como actividades de desarrollo tecnológico, información y educación (Red argentina de Bancos de Leche Materna, 2008)

Destete: Suspensión de la alimentación al seno materno (Comité de Lactancia Materna, 2004:).

Destete inducido: Proceso de interrupción de la alimentación al seno materno promovido por la madre o por el lactante.

Destete natural: Se refiere a la suspensión voluntaria del amamantamiento por parte de la madre y del niño; se presenta generalmente como un proceso gradual.

Destete precoz: Cuando se retira el pecho materno antes de lo que recomienda la OMS, por lo que cuando esto sucede antes de los dos años o se introducen otros alimentos a la dieta antes de los seis meses (Hernández en Comité de Lactancia Materna, 2004: 299)

Hipogalactia: No aparece la bajada de la leche o su producción es insuficiente, el lactante no aumenta de peso, sus deposiciones y micciones son escasas. La hipogalactia verdadera se presenta en 1/1.000 y se debe a una insuficiencia de la glándula mamaria; la secundaria se refiere a episodios transitorios de disminución de la producción debido a factores como: enfermedad intercurrente, fatiga o estrés, mala técnica de lactancia, suplementación con leches artificiales, horarios rígidos de lactancia, brotes de crecimiento, (Viñas, 2003). A la hipogalactia secundaria no se le considera una enfermedad y generalmente es consecuencia de una técnica deficiente (Aguayo, 2001).

Inicio temprano de la lactancia materna: Niños que fueron amamantados dentro del plazo de una hora de su nacimiento (UNICEF/OMS, 2009:5)

Involución: Retorno a la etapa de glándula no secretora tras un período de lactogénesis y lactopoyesis (Martín-Calama, 2004:56).

Lactancia: Periodo durante el cual la leche es el principal alimento del niño (Cuadernos de Nutrición, 2001:9)

Lactancia artificial: Administración de sucedáneos de la leche materna a través de vaso, taza, cuchara, etc. (Secretaría de Salud, 2006:18).

Lactancia en tándem: Lactancia simultánea de dos o más hijos de edades diferentes, sean biológicos o no. Esta puede presentarse cuando la madre se encuentra nuevamente embarazada o cuando, después del parto, continúa con la lactancia del o los hijos mayores y con la del recién nacido (Lawrence, 2007: 827).

Lactancia indirecta o diferida: Lactancia a base de leche materna extraída y suministrada mediante vaso, taza, cuchara, etc. (Secretaría de Salud, 2006:43).

Lactancia inducida: Procedimientos para la producción de leche materna, sin un embarazo previo o hasta en mujeres que nunca han estado embarazadas. La cantidad de leche en este tipo de lactancia es más limitada para la alimentación exclusiva al pecho (OMS, 1998:1).

Lactancia materna exclusiva: Alimentación exclusiva con leche materna sin agregar ningún otro líquido ni alimento extra (incluye leche extraída o de nodriza) (UNICEF, OMS, 2009:4).

Lactancia materna predominante: Lactancia materna, incluyendo leche extraída o de nodriza como fuente principal de alimento, permite que el lactante reciba líquidos (agua, agua endulzada, infusiones, zumos), bebidas rituales, gotas o jarabes (vitaminas, medicinas o minerales) (UNICEF, OMS, 2009:4).

Lactancia mixta: Forma popular de referirse a la alimentación con leche materna y con leche de fórmula, la OMS recomienda utilizar el término alimentación complementaria.

Lactancia solidaria o por nodriza: Lactancia por leche de madre distinta a la propia sin que medie ningún tipo de remuneración.

Lactario: es el área del servicio de alimentación destinada a la preparación y distribución de fórmulas lácteas y complementarias para lactantes (Centurión, 2009).

Lactogénesis I: Cambios necesarios para que una mama adulta se convierta en secretora. Se completa en la segunda mitad del embarazo, pero los altos niveles de progesterona actúan de freno sobre la producción (Martín-Calama, 2004:56).

Lactogénesis II: Cambios para que se inicie la secreción abundante de leche. Ocurre tras el alumbramiento de la placenta y la desaparición de la progesterona (Martín-Calama, 2004:56).

Lactopoyesis: Etapa de producción continuada y abundante de leche madura (Martín-Calama, 2004:56) Este periodo se denomina actualmente Lactogénesis III (Lawrence, 2007).

Libre demanda: Alimentación a base de leche materna cuando el bebé la demande. No hay restricciones en cuanto a tiempos ni cantidades de día y de noche; es decir, alimentar cada vez que el niño quiera sin un horario estricto (Secretaría de Salud, 2006:43).

Mamogénesis: Configuración de la mama adulta inducida por la elevación de los niveles de hormonas sexuales durante la pubertad y los ciclos menstruales (Martín-Calama, 2004:56).

Nutrición “enteral mínima” o “trófica”: Es la utilización de leche de la madre en la alimentación de niños prematuros o con patología intestinal grave o quirúrgica. Consiste en dar pequeñas cantidades de leche materna que pueden ser de 1 ó 2 ml al día y no más de 24ml/kg/día. Lo ideal es administrar la primera leche de la extracción por ser la más rica en inmunoglobulinas (Aguayo, 2004)

Relactación: Restablecimiento de la lactancia en caso de haberla suspendido recientemente o en el pasado, incluso sin un embarazo adicional (OMS, 1998:1).

Sucedáneo de la leche materna: Producto alimenticio que se presenta como sustituto parcial o total de la leche materna. Las leches industrializadas son las que sufren un proceso de deshidratación total o parcial (leche en polvo, evaporada o concentrada). Nos hemos referido a éstas como *fórmulas lácteas* cuando el contenido de nutrientes procede principalmente de la leche de vaca y como *fórmulas especiales* cuando el origen de los nutrientes es múltiple. Las leches modificadas son las que se obtienen a partir de leche de vaca en las que se han variado el contenido de lípidos, proteínas e hidratos de carbono y en ocasiones se les han adicionado vitaminas y/o nutrientes inorgánicos (Academia Mexicana de Pediatría, 1996 y OMS, 1981).

CUENTEPEC, MOR.

Antrop. Física María Gabriela Hernández González
 Maestría en Antropología. IIA. FFyL. UNAM.

FECHA _____ N° DE ENTREVISTA _____

Nombre _____
 Domicilio _____
 Fecha nacimiento _____
 Edad en años y meses _____
 Estado civil _____
 Tiempo de casada o juntada _____
 Lugar de nacimiento _____
 Escolaridad _____
 Comentarios del contexto _____

Lugar de la entrevista _____

Hora inicio _____ Hora término _____

Nombre entrevistador _____

A.-REDES SOCIALES Y OTRAS VARIABLES.

1. ¿Con quién vive usted? ¿De quién es la casa? ¿Cuántas personas son en total?
2. ¿Trabaja usted? ¿Dónde? ¿En qué horarios?
3. ¿Usted le pide permiso a alguien para salir o para hacer sus cosas? ¿A quién?
4. ¿Quién le ayudó a atender a sus bebés recién nacidos, a sus otros hijos y a su marido?
5. ¿Su esposo participa mientras que usted se recupera del parto? ¿Cómo?
6. ¿Cuánto tiempo tardó en recuperarse de sus partos y volver a sus quehaceres?
7. ¿Otra mamá le ayudó a cuidar al bebé? ¿Otra mamá le dio pecho a su bebé? ¿Es una pariente o puede ser cualquier mamá que esté criando?

B. ORIGEN Y ACCESO A LA INFORMACIÓN Y MODOS DE TRANSMISIÓN

8. ¿Dónde o quién le ha platicado sobre cómo embarazarse o cómo no embarazarse? ¿Y sobre dar pecho? ¿Y sobre empezar con otros alimentos? (madre, suegra, amigas, maestros, doctor, enfermeras, partera)
9. ¿Platica con su esposo sobre embarazarse? ¿Qué opina él? ¿Lo platican antes de juntarse o más adelante?
10. ¿Qué opina su esposo sobre darle pecho a sus bebés?
11. ¿Qué le dicen su mamá, su suegra, sus hermanas o amigas sobre embarazarse?
12. ¿Qué le dicen en su familia sobre darle pecho a sus bebés?
13. ¿Hasta cuándo le dicen que hay que seguirle dando pecho al bebé?
14. ¿Con quién tiene más confianza o con quién platica más de esas cosas?
15. ¿Va a las pláticas de embarazo y lactancia de “Oportunidades”? ¿Piensa que ahí le pueden enseñar más sobre amamantar?
16. ¿Usted piensa que los doctores y las enfermeras están de acuerdo con que amamante a su bebe? ¿Le dicen cómo amamantar, cada cuánto tiempo amamantar y hasta qué edad del bebé seguir dándole leche materna?
17. ¿Platican de estos temas entre las mujeres de su familia? (Abuelas, nietas, hijas, suegras, nueras) ¿Qué comentan? ¿Hay hombres durante estas pláticas?
18. ¿Quién cree usted que sabe más sobre amamantar a los bebés? ¿Por qué?
19. ¿A quién le hace más caso? ¿Por qué?

C. INICIO DE LA VIDA SEXUAL, PATRONES REPRODUCTIVOS. ANTICONCEPCIÓN

20. ¿A qué edad tuvo su primera regla?
21. ¿Cuántos años tenía cuando se juntó con su esposo? ¿Estaba estudiando usted? ¿En qué año estaba? ¿Él cuantos años tenía? ¿Él estudiaba?
22. Cuando se juntó con su esposo, ¿Usaron algo para no embarazarse? ¿Qué usaron? y ¿Para qué?
23. Después del primer bebé, ¿Usaron algo usted o su esposo para no embarazarse? ¿Qué usó? ¿Lo decidió usted o con su esposo?
24. ¿Cuántos embarazos ha tenido? ¿Cómo se ha sentido en sus embarazos?
25. ¿Cuántos hijos tiene ahora? Edad y sexo del 1° hijo, 2°, 3°, 4° y 5°
26. ¿Cuántos años tenía cuando tuvo a su 1° hijo? ¿al 2°? ¿al 3°? ¿al 4°? ¿al 5°?
27. ¿Usted decide si se embaraza o con quién lo decide?
28. ¿Usted decide dar pecho o con quién lo decide?
29. ¿Usted cree que dar el pecho sirve también para no tener bebés?

Lugar y forma del último parto.

30. ¿Cómo se dio cuenta de que estaba embarazada? ¿Qué hizo?
31. ¿Fue a la clínica o con la partera? ¿Quién le dijo que fuera? ¿Quién la acompañó?
32. ¿Cuántos meses tenía de embarazo cuando la revisaron (doctor o partera)?
33. ¿Quién la revisa durante el embarazo? ¿Cada cuánto la revisan?
34. Cuando le dijeron que estaba embarazada, ¿Estaba dándole pecho al bebé anterior?
35. En ese caso ¿cuántos meses tenía el bebé que mamaba y cuántos meses tenía usted de embarazo? (lactancia en tándem)

36. ¿Dónde nació su (s) bebé (s)? ¿Quién la ayudó a que naciera su bebé?
37. ¿Cómo se sintió en ese lugar y con esas personas? (relajada, nerviosa, temerosa, a gusto, contenta, etc.) ¿por qué?
38. ¿Fue parto natural o la operaron (cesárea)?

D.- PATRONES DE LACTANCIA

39. ¿Cuánto tiempo después de nacido le empezó a dar el pecho? o ¿Cuándo le pusieron a su bebé a mamar?
40. ¿Le dejaron a su bebé todo el tiempo junto a usted? (misma habitación o misma cama)
41. ¿Qué le dijeron en ese momento sobre dar el pecho al bebé? ¿Quién se lo dijo?
42. ¿Le dio la primera leche o “agüita” (calostro)? ¿Qué sabe usted de esa primera leche?
43. ¿Cuánto tiempo después de que nació su bebé le empezó a bajar la leche?
44. ¿Usted sabe qué se puede hacer o tomar para que la leche baje pronto?
¿Quién se lo dijo o se lo hizo? (mamá, suegra, doctor, enfermera, partera, etc.)
45. ¿Para tener leche hay que comer o beber algo? ____ ¿Quién se lo dijo?
46. ¿Cada cuándo le da pecho a su bebé recién nacido? ____ ¿Sigue un horario? ____
47. ¿Cómo se da cuenta de que su bebé quiere pecho?
48. A los niños más grandes ¿Cada cuándo les da pecho?
49. ¿Qué alimentos le hacen daño al bebé cuando los come la mamá? o ¿Qué alimentos le hacen daño al bebé cuando usted los come y le da pecho?
50. ¿Cómo se pone su bebé cuando lo amamanta? (contento, satisfecho, inquieto, llorón, a gusto, se duerme, etc.)
51. ¿Usted sabe qué es “formar al bebé”? ¿Hay que acostarlo de alguna manera o voltearlo cuando está recién nacido?
52. ¿Le ha dado pecho a todos tus hijos? SI NO ¿Por qué?
53. ¿Hasta cuándo le va a dar pecho a su bebé?
54. ¿Hasta qué edad le dio pecho a su 1º bebé? ¿al 2º? ¿al 3º? ¿al 4º? ¿al 5º?
55. ¿Por qué?
56. ¿Usted compró algún bote de leche?
57. ¿Para qué? ¿Sabía cómo prepararla? ¿Cómo lo supo?
58. ¿Le dio a su bebé leche de bote? Si No.
59. ¿Por qué? ¿Cómo se la dio? (biberón, jeringa, cuchara, etc.) ¿cuánto tiempo?
60. ¿También le ofrecía a su bebé el pecho además de la leche de bote?

ABLACTACIÓN Y DESTETE

61. ¿A qué edad su (s) bebé (s) empezó a comer otras cosas además de su leche?
62. ¿Qué alimentos le dio al bebé cuando empezó a comer otras cosas? ¿Lo que come la familia? o ¿Compra alimentos especiales para bebé?
63. ¿Quién le ha platicado sobre cómo empezar con otros alimentos? _____

64. ¿Sabe cuáles alimentos le hacen bien y cuáles le hacen daño al bebé? ¿Quién se lo dijo?
65. ¿Sus hijos se enferman seguido? ___ ¿Cada cuándo? ___ ¿De qué se enferman?
66. ¿Tomar leche de pecho le hace bien a su bebé? ___ ¿Hasta cuándo? ___
67. ¿Utiliza la papilla que dan en la clínica? ___ Motivos ___

E.- CONSTRUCCIÓN SIMBÓLICA

68. ¿Qué opina de poder ser mamá? ___ ¿Por qué?
69. ¿Qué opina de poder dar pecho a sus hijos? ___ ¿Por qué?
70. ¿Cómo se siente cuando da el pecho a su bebé? ___ ¿Por qué?
71. ¿Cuál leche piensa que es mejor para su bebé? ___ ¿Por qué?
72. ¿Hasta cuándo cree **usted** que hay que seguir dándole pecho a los bebés? ___
¿Por qué? _____
73. ¿Usted quería embarazarse la primera vez? ¿la segunda? ¿la tercera? ¿la cuarta?, etc.
Motivos _____
74. ¿Cuántos hijos cree que una mamá puede cuidar? ___ ¿Por qué?
75. ¿Cuántos hijos le hubiera gustado o le gustaría tener? Niños ___ Niñas ___
¿Y a su esposo? ___ Niños ___ Niñas ___ ¿Por qué?
76. ¿Le gustaría que sus hijas se embarazaran? ___ ¿A qué edad? ___ ¿Qué tuvieran
cuántos hijos? ___
77. ¿Le gustaría que sus hijas le dieran pecho a sus bebés? ___ ¿Hasta qué edad del
bebé? ___
78. ¿Para qué le sirve a la mujer amamantar a sus bebés? ___
79. ¿Para qué le sirve a los bebés que les den pecho? ___
80. ¿Platica o platicaría con sus hijas o sus nueras sus experiencias sobre embarazos y dar
el pecho? y ¿qué les dice o qué les diría? _____

MUCHAS GRACIAS.

Comentarios finales _____

Hospital [] Clínica [] Centro Salud [] Población: _____

Nombre entrevistado: _____ N° entrev: _____

Cargo: _____ Hace cuánto tiempo trabaja aquí: _____

Edad: _____

¿Dónde estudió usted? _____

¿Se revisó el tema de la lactancia materna? _____

¿Y sobre lactancia artificial? _____

1. ¿Cuántos médicos atienden aquí a la comunidad? _____

2. ¿En promedio cuántas personas son atendidas al día? _____

3. ¿A la semana cuántos bebés de recién nacidos a 6 meses vienen a consulta? _____
 Consulta de control de niño sano [] Por enfermedad []

4. ¿Qué padecen más de 0 a 6 meses? Respiratorias [] Gastrointestinales [] Dermatitis [] Otra []

5. ¿Qué padecen más de 6 a 12 meses? Respiratorias [] Gastrointestinales [] Dermatitis [] Otra []

6. ¿Qué padecen más los niños de 1 a 2 años? Respiratorias [] Gastrointestinales [] Dermatitis [] Otra []

7. Cuando el lactante tiene diarrea, ¿Es recomendable continuar con la lactancia o suspenderla? _____

8. ¿A dónde los remiten para atención de partos y cesáreas? _____

9. ¿Es "Hospital Amigo del Niño y de la madre"? Sí [] No [] No sabe []

10. ¿Cuántos días permanece el hospital si es parto normal? _____ ¿Y por cesárea? _____

11. ¿Es conveniente darles leche de fórmula mientras que baja la leche? _____

12. ¿Eso ayuda o interfiere con el inicio de la lactancia materna? _____ ¿Por qué?

13. ¿Usted sabe si en esta población acostumbran dar pecho? _____
 ¿Quiénes? (mamás jóvenes o mayores) _____

14. ¿Ustedes reciben guías o ideas especiales sobre lactancia para transmitir las a las madres? SI NO
 ¿De quién provienen? _____

15. ¿Quién da la información a las mamás sobre la lactancia materna? _____

16. ¿Cuál es la leche adecuada para los recién nacidos? _____

17. ¿Cuál es la leche adecuada para los niños de más de 6 meses? _____

18. ¿La lactancia materna después de los 6 meses es perjudicial o benéfica para los bebés?
19. ¿Y para las madres? ¿Por qué? _____

20. ¿Cuál es el tiempo ideal para la L. M. exclusiva? _____

21. ¿Hasta cuándo cree usted que la Lact. Mat. debe continuarse? _____
22. ¿Por qué? _____

23. ¿Usted cree que las mujeres hacen caso a las indicaciones sobre lactancia que les dan ustedes los médicos? _____

24. ¿A qué EDAD es recomendable INTRODUCIR nuevos alimentos? _____

25. ¿Qué ALIMENTOS recomienda usted? _____
26. ¿Usted recomienda seguir amamantando o destetar cuando los bebés empiezan a comer otras cosas? _____

27. ¿Usted sabe qué alimentos les dan las mamás aquí para empezar a dar sólidos? _____

28. ¿Usted sabe hasta qué edad destetan a los niños en esta población? _____

MUCHAS GRACIAS.
COMENTARIOS

GUÍA REUNIÓN FOCAL LACTANCIA MATERNA 2009

Lugar de Reunión: Centro de Salud de Cuentepec, Morelos.

Guía de preguntas para la discusión:

1. Presentación del grupo y del proyecto.
2. Decir nombre, edad, cantidad de hijos y sus edades.
3. Iniciar discusión con la opinión de cada una de las mujeres sobre la leche materna y sobre amamantar.
4. ¿Quién las aconseja en relación a la leche materna y a la alimentación complementaria? (Nodriza, doulas, madres, abuelas, médicos, enfermeras, otr@s)
5. Con respecto a la lactancia, ¿Quién sabe más? o ¿En quién confían más?
6. ¿A qué edad del bebé inicia alimentos diferentes a la leche materna? ¿Por qué?
7. ¿Cuáles son los primeros alimentos?
8. ¿Cuándo dejan de dar leche materna? ¿Por qué?
9. ¿Cómo los destetan?
10. ¿Qué les recomiendan en el Centro de Salud (médicos y enfermeras) en relación a la leche materna?
11. ¿Qué opinan ustedes sobre estas recomendaciones?
12. ¿Cómo se sienten de poder darle pecho a su bebé?

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Academia Mexicana de Pediatría (1996); *Programa de Actualización continua en Pediatría*. Consultado el 10 de Noviembre de 2010. Disponible en: <http://www.drscope.com/privados/pac/pediatria/pal2/index.html>
- AFACIMERA/UNICEF, (2003); *Lactancia Materna, Bases Científicas para la práctica clínica. Módulo de Autoinstrucción*. Asociación de Facultades de Ciencias médicas de la República Argentina, Buenos Aires.
- Aguayo Maldonado, Josefa, (2001); *Lactancia Materna*, Universidad de Sevilla.
- _____, (2004) Lactancia materna en recién nacidos pretérmino en *Lactancia Materna. Guía para profesionales*, Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, Madrid, pp.95-105
- Aguayo-Maldonado, Josefa, Adolfo Gómez Papí y Carmen Pallás Alonso (2008), La lactancia en el recién nacido prematuro en *Manual de Lactancia Materna. De la teoría a la práctica*, Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, Madrid, pp.345-361.
- Aguirre Baztán, Ángel, (1997) (ed.); *Cultura e identidad Cultural*, Barcelona: Bárdenas, D.L.
- _____, (1999); La identidad cultural en *Anthropologica, Revista de etnopsicología y etnopsiquiatría. Identidad cultural y social*; N° 3, Tercera época, Rev. semestral. Barcelona, España, pp. 1-77
- Aguirre Beltrán, Gonzalo, (1990); *Obra Antropológica XV. Crítica antropológica. Hombres e ideas, contribuciones al estudio del pensamiento social en México*, FCE, México.
- APROLAM, (2009), CAALMA (Curso Avanzado de apoyo a la lactancia materna), México.
- Asociación Española de Pediatría, *Manual de lactancia materna* Ed. Médica Panamericana, Madrid, 2008.

- Assis, Mariana, (2009); Cultura y crianza, una mirada crítica a occidente, *Revista electrónica de Espacio y Crianza*, consultada 3 de mayo de 2011 y disponible en: <http://www.espaciocrianza.cl/web/cultura-y-crianza.pdf>
- Araiza, Alejandra (2004); Epistemología de Género: Las mujeres zapatistas de Roberto Barrios; *Revista Política y Cultura*, Otoño, Núm. 022, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México, pp. 125-145.
- Barrington, Simon, (1997), *Los lactantes por encima de los negocios*, Publicado en “El progreso de las Naciones”, UNICEF, Nueva York, pp 1-13. Consultado 23 agosto de 2011. Disponible en: http://www.unicef.org/argentina/spanish/ar_insumos_lactantesnegocio.PDF
- Basaglia, Franca, (1983); *Mujer Locura y Sociedad*, Universidad Autónoma de Puebla.
- Barceló, Raquel, (2003); Historia de la lactancia y el biberón, *Cuadernos de Nutrición*, Vol. 26, Núm. 1, pp. 12-20, México.
- Barriuso, Laura y (2007); Lactancia Materna: factor de salud. Recuerdo histórico, *Anales Sistema Sanitario Navarra*, Vol. 30, Nº 3, pp.383-391, Navarra.
- Bernardo-Tarnbull-Plaza, Éricka y Miguel Escalante, (2006); Papel de las redes sociales en la lactancia materna exclusiva. Una primera exploración, *Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Social*, Vol. 44(2).pp.96-104. Consultado 7 septiembre de 2010 y disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2006/im062b.pdf>
- Blázquez, María Jesús, (2000); Ventajas de la Lactancia Materna, *Revista Medicina Naturista*, Nº 1:44-49 ISBN 1476-3080. Universidad de Zaragoza, España. pp. 17-26
- _____, (2003); Anatomía y Fisiología, *Revista de Medicina Naturista*, Facultad de Ciencias, Universidad de Zaragoza, España. Consultado Febrero 2008. Disponible en: http://www.unizar.es/med_naturista/lactancia%203/Anatomia%20y%20Fisiologia.pdf
- _____, (2006); Vía Láctea. Veinte años de ayuda madre a madre, *Medicina Naturista*, Nº 10, Universidad de Zaragoza, España. Consultado 10 de septiembre de 2010. Disponible en:

<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1986365>

- Bourges, Héctor, (1997); Una respuesta evolutiva. Los motivos de la lactancia, *Cuadernos de Nutrición*, Vol.20 Núm. 1 Ene/Feb. pp. 10-16
- Bronfenbrenner, U. (1986). *Ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós
- Bundesen, Herman, MD., (1944); *The Baby Manual*, Ed. Simon and Schuster, New York.
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, (2011); Constitución Política de los Estado Unidos Mexicanos, Diario Oficial de la Federación; Consultada el 18 de Julio de 2011. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1.pdf>
- _____, (2011b), *Ley del Seguro Social*. Diario Oficial. Consultada 10 de agosto de 2011. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/92.pdf>
- _____,(2006); *Ley Federal del Trabajo*. Diario Oficial. Consultada el 10 de agosto de 2011. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/125.pdf>
- Caruncho Michinel, Cristina y Purificación Mayobre Rodríguez, (1998); El problema de la identidad femenina y los nuevos mitos. Publicado en *Novos dereitos: Igualdade, Diversidade e Disidencia*. Ed. Tórculo. Santiago de Compostela, España, pp. 155-172.
- Centurión, Ana, (2009), *Manual de Procedimientos y Funciones del servicio de alimentación y nutrición*, Ministerio de Salud Pública y Bienestar social, Instituto de Medicina Tropical de Paraguay.
- Cerqueira, María Teresa, (1987); Hábitos de Lactancia en México, una encuesta reveladora en *Cuadernos de Nutrición, Vol 10, N°1, Enero-Febrero*, México, pp. 33-38.
- Cobe, Graciela, (2004), Doulas. Reportaje en *Revista creávida. Gestar, parir y nacer*, Editorial Creavida, Argentina, pp.12-16
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud, (2005), *La Población Indígena y su incorporación al Sistema de Protección Social en Salud*. pp. 47
- Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, (2004); *Lactancia Materna: guía para profesionales*; Ed. Médica Panamericana,

Madrid. Consultado 13 octubre 2010. Disponible en:
<http://www.scribd.com/doc/7017964/Lactancia-Materna-Guia-Para-Profesionales>

- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), (2009), *Informe de evaluación histórica de la situación nutricional de la población y los programas de alimentación, nutrición y abasto en México*. México. pp. 116. Consultado 21 mayo de 2011. Disponible en:
http://issuu.com/coneval/docs/evolucion_historica_050411/12?mode=a_p
- Cubero Pérez, Rosario, (2005); Elementos Básicos para un Constructivismo Social, *Rev. Avances en Psicología Latinoamericana (en línea), Vol. 23*. Fundación para el avance de la Psicología. Bogotá, Colombia. ISSN 1794-4724. Consultado 10 septiembre 2010. Disponible en:
<<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=79902305>>
- Chodorow, Nancy, (1984); *El ejercicio de la maternidad. Psicoanálisis y sociología de la maternidad y paternidad en la crianza de los hijos*, Editorial Gedisa, Barcelona. Consultado en : <http://www.ihan.es/index1.asp>
- Davis-Floyd, Robbie, (2001); *La partera profesional: Articular la identidad y el espacio cultural para un nuevo tipo de partería en México*, Consultado 10 de Junio de 2011 en: <http://www.davis-floyd.com>
- Declaración conjunta OMS/UNICEF para la promoción, protección y apoyo a la lactancia natural: la función especial de los servicios de maternidad. (1989), Ginebra
- Declaración de Fortaleza, (1985); *Lancet* 2:436-437. Traducción ACPAM. Consultada en:
http://www.unizar.es/med_naturista/Tratamientos/Recomendaciones%20de%20la%20OMS%20sobre%20el%20Nacimiento.pdf
- Declaración de Innocenti, OMS/UNICEF (1989), Florencia, Consultada en:
http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_breastfeeding.html
- Del Castillo Troncoso, Alberto, (2003); La visión de los médicos y el reconocimiento de la niñez en el cambio del siglo XIX al XX, *Bol. Mex. His. Fil. Med.*; 6 (2), pp. 10-16. Consultado 19 de noviembre de 2010.

Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/bmhfm/hf-2003/hf032c.pdf>

- de la Flor-López, Miriam, (2008), Anatomía del Amamantamiento en *Manual de Lactancia Materna. De la Teoría a la Práctica*, Asociación Española de Pediatría, Editorial Médica Panamericana, Madrid, pp. 55-68.
- Dulcey, Elisa y Cecilia, Uribe, (2002); Psicología del ciclo vital: Hacia una visión comprehensiva de la vida humana. *Rev. Latinoamericana de Psicología, Vol. 34. Nos. 1-2. Pp. 17-27.*
- Ebrahim, B, (1992), In memoriam. Derrick Jelliffe, *Journal of Tropical Pediatrics, Oxford University Press, Vol. 38 N° 4.* London.
- Frenk, Silvestre, (1996); *Programa de actualización continua en Pediatría (PAC)* de la Academia Mexicana de Pediatría, A.C., Intersistemas, S.A. de C.V., México.
- Flores-Huerta, S (2004); Lactancia materna durante los dos primeros años vida en *Prácticas de alimentación infantil, estado de nutrición y cuidados a la salud en niños menores de 2 años en México. Atendidos por el Instituto Mexicano del Seguro Social.* Flores Huerta S y Martínez Salgado H. (editores) México, D.F. IMSS/GERBER, pp.103-117.
- Flores Huerta, S., y Martínez H. (Editores) (2006), Prácticas de alimentación infantil, estado de nutrición y cuidados a la salud en niños menores de 2 años en México. Atendidos por el Instituto Mexicano del Seguro Social, México, D.F. IMSS/GERBER, 2004 en Salas-Valenzuela, Montserrat y Torre Medina-Mora, Ma. Del Pilar, *Datos recientes sobre alimentación Infantil en México: Omisión de aspectos socioculturales.* CIESAS, p. 6-9. México, 2006. Disponible en: <http://www.ciesas.edu.mx/lerin/doc/pdf/Salas-23.pdf> consultado 21 de junio de 2009.
- Flores, Ivonne, (2005); Identidad cultural y el sentimiento de pertenencia a un espacio social: una discusión teórica, *Revista La Palabra y el Hombre, N° 136*, pp. 41-48. Universidad Veracruzana. Fecha de consulta 15 octubre 2010. Disponible en: http://www.uv.mx/dgbuv/bd/pyh/pdfpalhom/2005/2005_4.pdf#page=41
- Frenk, Silvestre. (2003). Los resultados de la Segunda Encuesta Nacional de Nutrición. Las condiciones de nutrición de la niñez y de las mujeres de México. *Salud Pública de México*, S464-S465.

- Fuentes Caballero, M. Teresa, (1996); Costumbres privadas e interés público. La lactancia materna en la literatura médica de divulgación. Barcelona, 1880-1890, *DYNAMIS. Acta Hisp. Med. Sci. Hist.* Illw. 16, 369-397. Consultado 8 de oct. de 2010. Disponible en: <http://ddd.uab.cat/pub/dynamis/02119536v16p369.pdf>
- Forrestell, Catherine and Julie, Mennella, (2007); Early Determinants of Fruit and Vegetable Acceptance. *Pediatrics*, Official Journal of the American Academy of Pediatrics, 120; 1247-1255. Consultada 28 de julio de 2011 y disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/120/6/1247.full.pdf>
- García, Luz María y Teresa Jácome (2006); *Las mujeres indígenas de México: su contexto socioeconómico, demográfico y de salud*, INMUJERES, CONAPO, Comisión para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, SSA; México. Consultado 14 de Marzo de 2010. Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100833.pdf
- García, Rolando (2006); *Sistemas complejos. Conceptos, método y fundamentación epistemológica de la investigación interdisciplinaria*. Gedisa. Barcelona.
- Gobierno del Edo. de Morelos, (2005), Enciclopedia de los Municipios de Morelos, Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal.
- González-Cosío, Teresa; Hortensia Moreno-Macías, Juan A Rivera, Salvador Villalpando, Teresa Shamah-Levy, Eric Monterrubio, Adolfo Hernández-Garduño, (2003); Breast-feeding practices in Mexico: Results from the Second National Nutrition Survey 1999. *Revista Salud Pública de México 2003; Vol. 45(sup 4):477-489* Consultado 13 mayo 2010. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/106/10609804.pdf>
- _____, Rivera, Juan; Glez.-Castell, Dinorah; Unar-Murguía, Mishel; Monterrubio, Eric, (2009), Child malnutrition in Mexico in the last two decades: prevalence using the new WHO 2006 growth standards. *Salud Pública de México*, Vol. 51, Núm. 4. Pp 494-506. Instituto Nacional de Salud Pública. México.
- Gross S.J, *et. al.*, (1980); Nutritional composition of milk produced by mothers delivering preterm, *Journal of Pediatrics*; Vol. 96 (4): pp.641-644
- Guerra-Almeida, Joao, (2008); La leche humana: un híbrido biológico-social en *Manual de Lactancia Materna. De la teoría a la práctica*, Comité de

Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, Editorial Médica Panamericana, Madrid, pp.69-74

- Guzmán, Maricela y Augusto Pérez Mayo (2005); Las epistemologías feministas y la teoría de género cuestionando su carga ideológica y política versus resolución de problemas concretos de la investigación científica. *Cinta de Moebio*, Marzo, Núm. 022, Universidad de Chile, Santiago de Chile. Consultado 10 Noviembre de 2010. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=10102207>
- Harder, Thomas, Renate Bergman, Gerd Kallischnigg and Andreas Plagemann; (2005), Duration of Breastfeeding and Risk of Overweight: A Meta-Analysis. *American Journal of Epidemiology*, Vol 162. N° 5, pp. 397-403. Consultado 28 jul de 2011 y disponible en: <http://aje.oxfordjournals.org>
- Hartman, P y C Prosser, (1984); Physiological basis of longitudinal changes in human milk yield and composition, *Fed. Proc.* 43:2450
- Hernández Gamboa, Eduardo, (2008); Genealogía Histórica de la Lactancia Materna, *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica* [en línea]. Consultado 2 de mayo de 2010. Disponible World Wide Web: <http://www.revenf.ucr.ac.cr/genealogiahistorica.pdf>
- Hernández Garduño, Adolfo y Leticia de la Rosa, (2000); Capacitación sobre lactancia materna al personal de enfermería del Hospital General de México, *Revista Salud Pública de México*, Vol. 42 N°2, pp. 112-117, Cuernavaca, México.
- Harris, Marvin (1999); *Bueno para comer. Enigmas de alimentación y cultura*; El libro de bolsillo, Antropología. Alianza Editorial. Madrid.
- ICDC-IBFAN, (2004), *América Latina y el Caribe, Violaciones al Código*, International Code Documentation Centre, ICDC, Penang, pp.22. Consultado 8 de agosto de 2011. Disponible en: <http://www.ibfan.org/art/298-5.pdf>
- International Baby Food Action Network, (IBFAN), (2006), *State of Code by Country*, International Code Documentation Centre, Penang. Consultado el 8 de agosto de 2011. Disponible en <http://www.ibfan.org/art/298-11.pdf>
- IBFANMEX, (2011); *Manejo Clínico y práctico de la Lactancia Materna en México*, Material complementario del Diplomado de Lacmer IBFANMEX, A.C. Vol. I y II; Recopilación y coordinación de Paloma Lerma, México.

- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, (INEGI), (1985a). E14-5, Cuernavaca (1:250,000): Carta de Efectos Climáticos Regionales Mayo-Octubre.
- _____, (1985b). E14-5, Cuernavaca (1:250,000): Carta de Efectos Climáticos Regionales Noviembre-Abril.
- _____, (1999). E14-5, Cuernavaca (1:250,000): Carta Topográfica.
- _____, (2010); Principales resultados por localidad (ITER), Censo de Población y Vivienda 2010. Consultado el 7 de mayo de 2011. Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/iter/consultar_info.aspx>
- Instituto Mexicano del Seguro Social, (1978); *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 84:5.
- Instituto Nacional de las Mujeres México (2003); *Modelo de Equidad de Género MEG: 2003*, México, p.31. Fecha de consulta 7 sep. 2010 Disponible en: <http://www.inmujeres.gob.mx/programas/modelo-de-equidad-de-genero.html>
- _____, (2004): *El ABC de género en Administración Pública*; Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD. 1ª Ed. México.
- Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán, (2007), *Complementariedad y articulación entre de programas gubernamentales de nutrición y de abasto*, México.
- Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento, (IHAN), (2004) *Plan Estratégico para la Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna en Europa*; consultado en 10 agosto 2010 y disponible en: http://www.ihan.es/publicaciones/libros_manuales/BluePrint_ES.pdf
- IHAN, (2008); *Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia*, OMS/UNICEF. Consultado agosto 2010 y disponible en: <http://www.ihan.es/index1.asp>
- ISSSTE, (2000), *Programa Hospital Amigo del Niño*. Consultado 8 de Noviembre de 2010. Disponible en:

<http://www.issste.gob.mx/website/comunicados/nosotros/marzo2000/ProgramaHospitalAmigo.html>

- Krueger, R.A. (1991). *Focus groups: A practical guide for applied research*. Beverly Hills; California: Sage.
- Lagarde, Marcela, (1990); *Identidad Femenina*, consultado 7 sep 2010. Disponible en: <http://www.posgrado.unam.mx/servicios/productos/omnia/anteriores/20/04.pdf>
- Lagarde, Marcela, (1992); Identidad femenina, en Seminario Género, políticas públicas y desarrollo. CEM, UNICEF, SERNAM, Santiago. Citado por Sanhueza Tatiana en De prácticas y significancias en la maternidad, transformaciones en identidad de género en América Latina. *La Ventana*, Núm. 22/2005. Consultado 12/05/2010. Disponible en: <http://www.posgrado.unam.mx/servicios/productos/omnia/anteriores/20/04.pdf>
- _____, (2005); *Cautiverios de mujeres: madresposas, monjas, putas, locas y presas*, UNAM, México.
- Lagarde, Margarita (Coord), (2008); *¿Qué es la parentalidad?, Paradojas de ser madre o ser padre en nuestro tiempo*, Ediciones Palabra, México.
- La Leche League, (2010); *The Womanly Art of Breastfeeding*. USA.
- Latham, Michael C. (2002); Nutrición humana en el mundo en desarrollo, *Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y Alimentación, Colecc. FAO: Alimentación y Nutrición N° 29*, Roma.
- _____, (2007), A special tribute to Pat Jelliffe, *World Alliance for Breastfeeding Action*. Consultado el 7 de agosto de 2011 y disponible en: http://www.waba.org.my/news/pat_jelliffe.htm
- Lawrence, Ruth y Robert Lawrence, (2007); *La Lactancia Materna: una guía para la profesión médica*, Ed.Elsevier, 6ª ed. Madrid.
- LeCompte, M. (1995). Un matrimonio conveniente: diseño de investigación cualitativa y estándares para la evaluación de programas. Rev. Electrónica: *RELIEVE*, vol. 1, n. 1. Consultado en

<http://www.uv.es/RELIEVE/v1/RELIEVEv1n1.htm> el 23 de febrero de 2011.

- López Austin, Alfredo, (1996); *Cuerpo humano e ideología. Las concepciones de los antiguos nahuas, Vol. 1*, Instituto de Investigaciones Antropológicas, UNAM, México.
- Macía, Juana y María José Aguilar, (2005), Problemas maternos relacionados con las mamas en *Lactancia Materna*, Madrid, pp. 225-237.
- Marrodán, Dolores, (2009); Seminario La obesidad en edad pediátrica y juvenil: Aspectos genéticos, clínicos y poblacionales; Tema 5: *La búsqueda de soluciones*, Instituto de Investigaciones Antropológicas, UNAM.
- Martín-Calama, Jesús, (2004), Lactogénesis en *Lactancia Materna, Guía para profesionales*, Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, Madrid, pp. 44-58
- _____, (2008), Fisiología de la lactancia en *Manual de Lactancia Materna. De la Teoría a la práctica*, Comité de Lactancia Materna de la Asociación española de Pediatría, Editorial Médica-Panamericana, Madrid, pp.61-68.
- Martínez G, González M, Klunder M, Flores S, Martínez H. Prácticas de alimentación complementaria. En: Flores S, Martínez H, Editores. *Prácticas de alimentación, estado de nutrición y cuidados a la salud en niños menores de 2 años en México*. México: Gerber; 2004. pp. 119-152.
- Martínez, Miguel, (2006); La investigación Cualitativa (Síntesis conceptual); Revista IIPSI, Facultad de Psicología, UNMSM, Vol. 9- N°1, pp.123-146
- Mata, Elisa, (2011); Lactancia materna, su importancia en la prevención de las maloclusiones, *Revista Gaceta dental digital*, Madrid. Consultado 11 de abril de 2011. Disponible en: <http://www.gacetadental.com/noticia/7930/>
- Mead, Margaret, (1982); *Sexo y temperamento en tres sociedades primitivas*. Ed. Paidós. Barcelona.
- Mendoza, Alfredo, Paola, Asbún, Andrea, Crespo, Susana González y Rosa Patiño, (2010); Relación de la lactancia materna y hábitos de succión no nutritiva con maloclusión dental, *Archivos de Pediatría del Uruguay 2010; 81(3)*, pp. 195-199. Consultado el 11 de abril de 2011. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/adp/v81n3/v81n3a12.pdf>

- Menéndez, Eduardo, (1988); *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria*. Ponencia en Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. Pág. 451-464.
- Morales Suárez, Moisés, (1997); Embarazo, nacimiento y lactancia en Mesoamérica en *Cuadernos de Nutrición, Vol. 20 . N°. 1*, México, pp.4-9
- Moore, Henrietta, (1999); *Antropología y Feminismo*, Ed. Cátedra, Madrid, España.
- Muller, Mike, (1974), *The baby killer, War on Want*, London. Consultado 8 de agosto de 2011 y disponible en: <http://www.babymilkaction.org/pdfs/babykiller.pdf>
- Odent, Michel., (1990); *El bebé es un mamífero, Revista Creávida Argentina*, Ed. Mandala, Madrid.
- Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Avila M, Sepúlveda-Amor J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.
- Organización Mundial de la Salud, (1981), *International Code of Marketing of Breast-milk substitutes*, Geneva.
- _____, y OPS, (1985), Declaración de Fortaleza. Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento. Tecnología apropiada para el parto. Publicada en: *Lancet* 1985; 2:436-437. Disponible en: http://www.unizar.es/med_naturista/Tratamientos/Recomendaciones%20de%20la%20OMS%20sobre%20el%20Nacimiento.pdf
- _____, (1991); (WHO/CDD/SER/91.14) *Indicadores para evaluar las prácticas de lactancia materna*, Ginebra.
- _____, (1998); *Relactación, Revisión de la experiencia y recomendaciones para la práctica*, Departamento de Salud y desarrollo del niño y del adolescente, Ginebra.
- _____, (2001); Resolución WHA54.2. *Nutrición del lactante y del niño pequeño*. Ginebra

- _____, (2002); Nutrición del lactante y del niño pequeño. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Informe de la Secretaría. 55ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra. Disponible en: <http://www.who.int/gb/EB-WHA/PDF/WHA55/EA5515.PDF>
- _____, (2003); Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado, Ginebra. Fecha de consulta 10 de octubre de 2011. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/paho/2003/9275324603_spa.pdf
- _____, (2003b); *Estrategia Mundial para la alimentación del Lactante y el niño pequeño*, Ginebra, Suiza. Fecha de consulta 10 de septiembre de 2010. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/gi_infant_feeding_text_spa.pdf
- _____ y UNICEF (2007); *Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Conclusions of a consensus meeting*. Washington. Consultado Noviembre de 2010. Disponible en: http://www.who.int/child-adolescent-health/documents/pdfs/iycf_indicators_for_peer_review.pdf
- _____y OPS, (2010); La alimentación del lactante y del niño pequeño. *Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud*. Washington, pp.120.
- _____, (2011), *10 datos sobre lactancia materna*. Consultado 2 de noviembre de 2011. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/es/index.html>
- Organización Panamericana de la Salud, (2007); *Más allá de la supervivencia: Prácticas integrales durante la atención del parto, beneficiosas para la nutrición y la salud de madres y niños*, Área de Salud Familiar y Comunitaria, Washington, USA. Consultado 10 sep. 2010. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/CA/CA_mas_alla_de_la_supervivencia.pdf
- Pallás-Alonso, Carmen Rosa, (2008), El lactante gravemente enfermo o con patología quirúrgica en Lactancia Materna. Guía para profesionales, Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, Madrid, pp. 383-385.

- Paricio Talayero, José María, (2004), Aspectos históricos de la Alimentación al seno materno en *Lactancia Materna. Guía para Profesionales*, Asociación Española de Pediatría, Madrid, pp.7-26
- Paz-Salinas, María Fernanda, (2009); Viviendo en la escasez: el territorio como objeto de transacción para la sobrevivencia. *Revista Economía, Sociedad y Territorio*, Vol. IX, Núm. 29, pp. 33-57. Consultada 26 abril de 2011 u disponible en: http://fenix.cmq.edu.mx/documentos/Revista29/est29_2.pdf
- Pérez-Escamilla, Rafael y Kathryn, Dewey, (1993); Epidemiología de la lactancia materna en zonas rurales y urbanas de México. *Bol Of Sanit Panam 114 (5)*, pp. 399-405. Consultado agosto de 2011 y disponible en: <http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v114n5p399.pdf>
- Pérez-Gil, Sara E., (1993) Lactancia y cuidado de los hijos: Estudio de casos en dos zonas urbanas rurales de México. *Rev. Salud Pública de México*; 35. Pp. 692-699
- _____ y Silvia, Díez-Urdanivia, (1996); Prácticas de Salud reproductiva en Zonas indígenas del Estado de Oaxaca en *Sexualidad y reproducción humana en México, Vol. 2*, Teresa Lartigue y Héctor Ávila (Compiladores), Eds. Plaza Valdés y UIA, México.
- _____ y Silvia, Díez-Urdanivia, (2007); Estudios de alimentación y nutrición en México: una mirada a través del género. *Rev. Salud Pública de México*; 49. Pp. 445-453
- _____y Gabriela Romero, (2010), Imagen corporal en mujeres de tres zonas rurales de México: percepción y deseo, *Rev. Salud Pública de México*, (52) pp. 111-118
- Pozo, J.I., *Aprendices y maestros*, (1996); Editorial Alianza; Madrid, en Cubero Pérez, Rosario, Elementos Básicos para un Constructivismo Social, (2005); *Rev. Avances en Psicología Latinoamericana*, Vol. 23. Fundación para el avance de la Psicología. Bogotá, Colombia, pp.43-61. Consultado marzo 2009. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=79902305&iCveNum=5792>
- Reyes, Horacio, (2010); Congreso Internacional de Lactancia Materna, 21-23 julio 2010, Sede Hospital General de México, México, D.F.

- Rivera, Juan y Jaime Sepúlveda, (2003); Conclusions from the Mexican National Nutrition Survey 1999: Translating results into a nutrition policy, *Rev. Salud Pública Mex.* 2003:45 supl 4:S565-S575. Fecha de consulta 10 septiembre 2010. Disponible en: <http://www.cepis.org.pe/texcom/nutricion/a13v45s4.pdf>
- Rivera, Juan A. Monterrubio, Eric A.; González Cossío, Teresa; García Feregrino, Raquel; García Guerra, Armando; Sepúlveda Amor, Jaime. (2003). Nutritional status of indigenous children younger than five years of age in Mexico: Results of a National Probabilistic Survey. *Salud Pública de México*, S466-S476. Fecha de consulta: 14 de Noviembre de 2011. Disponible en: <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=10609803#>
- Rodríguez, Gregorio, Javier Gil y Eduardo García; (1999), *Metodología de la Investigación Cualitativa*, Ediciones Aljibe, Málaga.
- Sahagún, Bernardino, Historia General de las Cosas de la Nueva España, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes y Alianza Editorial, México, 1989 en Vargas, Luis, La lactancia en México a través del tiempo en *Cuadernos de Nutrición, Edición Especial, México, Agosto 1993*, pp. 13-19.
- Salas-Valenzuela, Montserrat, (1995); Lactancia materna: las mujeres como protagonistas. En: *Género y salud femenina. Experiencias de investigación en México*, Sara Elena Pérez-Gil, Juan Carlos Ramírez y Patricia Ravelo (Coords.), CIESAS, INN Salvador Zubirán y Univ. Guadalajara, México. p. 127-136
- Salas Valenzuela, Montserrat y Ma. Del Pilar, Medina Mora (2004); *Datos recientes sobre alimentación infantil en México: Omisión de aspectos socioculturales*. Consultado el 11 de octubre de 2010. Disponible en: <http://www.ciesas.edu.mx/lerin/doc-pdf/salas-23.pdf>
- Sanhueza Morales, Tatiana.(2005); De prácticas y significancias en la maternidad, transformaciones en identidad de género en América Latina *Revista de Estudios de Género. La ventana* [en línea], [fecha de consulta: 11 de octubre de 2010] Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=88402208> > ISSN 1405-9436
- Santillán, Laura, (2009); Antropología de la crianza: la producción social de un “padre responsable” en barrios populares del Gran Buenos Aires, *Revista Etnográfica*, 13 (2): pp. 265-289. Fecha de consulta: 23 de septiembre de

2010.

Disponible

en:

<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/etn/v13n2/v13n2a02.pdf>

- Saunders, W.L. (1993); The constructivist perspective: Implications and teaching strategies for science, *School. Science and Mathematics*. 92 (3), 136-141, en Cubero Pérez, Rosario, *Elementos Básicos para un Constructivismo Social*, (2005); *Rev. Avances en Psicología Latinoamericana*, Vol. 23. Fundación para el avance de la Psicología. Bogotá, Colombia, pp.43-61. Consultado 13 sep de 2010. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=79902305&iCveNum=5792>
- Secretaría de Desarrollo Social, (2007), El papel del Programa Oportunidades en la cohesión social, México. Consultado el 14 de marzo de 2011 y disponible en: http://www.eurosocialfiscal.org/uploads/documentos/20070130_180121_El_papel_del_Programa_Oportunidades_de_Mexico_en_la_cohesion_social.pdf
- Secretaría de Salud, (1991), *Programa Nacional de Acción*, México.
- _____, (1992a); *Al Rescate de la Cultura de la Lactancia Materna en México*, Dirección General de Atención Materno Infantil y UNICEF México. Yolanda Senties (Coord).
- _____, (1992b); *Programa Nacional de Acción*. México.
- _____, (1993), *Norma Oficial Mexicana de Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio*. Dirección General de Atención Materno Infantil. México. Fecha de consulta: 4 de mayo de 2011. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>
- _____, (1994a); *Programa Nacional de Acción*, México.
- _____, (1994b), *Cuarta Evaluación Programa Nacional de Salud*, México.
- _____, (1994c); *Encuesta Nacional de Salud Materno infantil*, México.
- _____, (1995), *Programa Nacional de Acción 1995-2000*, México.
- _____, (2006), Norma Oficial Mexicana Nom-043-Ssa2-2005, Servicios Básicos De Salud. Promoción y Educación Para La Salud en Materia Alimentaria. Criterios Para Brindar Orientación, Diario Oficial, México. Consultado 2 febrero 2011. Disponible en: <http://bibliotecas.salud.gob.mx/gsd/collect/nomssa/index/assoc/HASH0138/713924cd.dir/doc.pdf>
- _____, (2010); *Hospital General, Antecedentes Históricos*. México. Consultado 1 sep. de 2010. Disponible en:

<http://www.hospitalgeneral.salud.gob.mx/interior/enfermeria/antecedentes.html>

- Senado de la República, (2008); Gaceta del Senado, LXI Legislatura, Comisión de Salud, N° 214, México. Consultado 15 marzo 2010. Disponible en: <http://www.senado.gob.mx/gace.php?sesion=2008/03/26/1&documento=50>
- Spindler, Y. Spindler, L. (1992). *Cultural processant ethnography: An anthropological perspective*.
- Stack, Carol (1974); *All our Kinn: Strategies for survival in a black community*, New York, Harper & Row, USA.
- Stake, R, (1995). *The art of case Study Research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Stuart-Macadam P, Dettwyler KA. Breastfeeding, Biocultural Perspectives, New York, 1995, en *Lactancia Materna: guía para profesionales, Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría*. Madrid, España, 2004.
- Taylor, S y Bogdan, R. (1986). *Introducción a los Métodos cualitativos de Investigación*, Editorial Paidós, Buenos Aires.
- Temboury, Ma. Carmen, (2004), Composición de la leche humana en *Lactancia Materna. Guía para profesionales*, Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, Madrid, pp. 59-76
- Treviño-Siller, Sandra, (2004); *De leche y de pechos: una aproximación cualitativa a los factores que afectan la decisión y práctica de la lactancia materna entre mujeres de clase media alta en México*, Tesis de Doctorado, UNAM, México.
- UNAM, (2003); Plan único de especializaciones médicas en Pediatría, Facultad de Medicina, División de Estudios de Posgrado e Investigación, UNAM. Consultado 18 de Noviembre de 2010. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/pediatria/PUEM%20PEDIATRIA%20UNAM.pdf>
- UNICEF, World Health Organization, (1981), *International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes*, Geneva. Consultado 16 de agosto de 2011.

Disponible en:
http://www.unicef.org/spanish/nutrition/files/nutrition_code_english.pdf

- UNICEF, (1997); Los Lactantes por encima de los negocios en *El Progreso de las Naciones*, Nueva York. Consultado 9 de enero de 2012. Disponible en: http://www.unicef.org/argentina/spanish/ar_insumos_lactantesnegocio.PDF
- _____, (2008); Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la lactancia. Consultado 18 de Noviembre de 2010. Disponible en: <http://www.ihan.es/index1.asp>
- _____, OMS, (2009); Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño: Conclusiones de la reunión de consenso llevada a cabo del 6 al 8 de noviembre de 2007, Parte 1, Definiciones. Consultado 1 febrero de 2011, disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243596662_spa.pdf
- _____, (2003); End Database Breastfeeding. Available from <http://childinfo.org/eddb/grpexamr.htm> En González-Cossío T, Moreno-Macías H, Rivera JA, Villalpando S, Shamah-Levy T., Monterrubio EA, Hernández-Garduño A., Breast-feeding practices in Mexico: Results from the Second National Nutrition Survey, 1999. , *Salud Pública Mex* 2003;45 supl. 4:S477-S489, consultado 21 octubre de 2010. Disponible en: <https://siid.insp.mx/textos/art1123245.pdf>
- Universidad de Salamanca. Fecha de consulta 21 abril 2010. Disponible en: <http://dioscorides.usal.es/p7.php#corona>.
- Vargas Guadarrama, Luis Alberto y Eduardo Matos, (1973); El embarazo y el parto en el México prehispánico. *Anales de Antropología*, X: 297-310.
- Vargas Guadarrama, Luis Alberto, (1979); Traditional Breastfeeding Methods in Mexico en *Breastfeeding and Food Policy in a Hungry World*, Edited by Dana Raphael, Academic Press, New York. pp.87-95
- _____, (1984); Factores culturales en la alimentación. *Cuadernos de Nutrición*, 7 (4): 17-32, 1984.
- _____, (1993); La lactancia en México a través del tiempo en *Cuadernos de Nutrición*, Edición Especial, México, Agosto, pp. 13-19
- Vasilachis de Gialdino, Irene, (1992); Métodos Cualitativos 1. Los problemas teóricos metodológicos. Seminario sobre Metodologías Cualitativas", Cen-

tro de Estudios e Investigaciones Laborales (CEIL) dependiente del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Buenos Aires, Centro Editor de América Latina. 45 pp. Consultado 17 de mayo de 2011. Disponible en: <http://www.ceil-piette.gov.ar/areasinv/metcuali/metcuali.html>

- Vera Cortés, José Luis, (2003), Reflexiones en torno al cuerpo y sus prácticas culturales, o la antropología física y las andanzas del caballero inexistente en *Estudios de Antropología Biológica*. Volumen XI Tomo II. Serrano Sánchez, Carlos; López Alonso, Sergio y Ortíz Pedraza, Francisco 1a. edición.
- Viñas, A, (2003); La lactancia materna: técnica, contraindicaciones e interacciones con medicamentos. *Revista Pediatría Integral* ;VII(4):281-291. Consultado 8 de abril de 2011 y Disponible en: [http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/USER/Lactancia_materna_medicamentos\(3\).pdf](http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/USER/Lactancia_materna_medicamentos(3).pdf)
- Yzunza-Ogazón, Alberto (1983); Abandono de la lactancia materna: un ejemplo de la deformación médico académica. Cuadernos Médico sociales N° 23 pp. 1-11. Consultado en 2 de agosto de 2011 y disponible en: <http://www.ilazarte.com.ar/cuadernos/pdf/n23a079.pdf>
- _____, (1986); El abandono de la lactancia materna en México I. Tendencias recientes, *Revista de Investigación Clínica* (México), Suplemento 38: 41-46. Departamento de Proyectos experimentales del Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán, México.
- _____, (1986); El abandono de la lactancia materna en México II. Su causalidad, *Revista de Investigación Clínica* (México), Suplemento 38: 97-102. Departamento de Proyectos experimentales del Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán, México, D.F.
- Wilton S. Dillon, (2001); Margaret Mead 1901-1978, en *Perspectivas: Revista trimestral de educación comparada* (París. UNESCO: Oficina Internacional de Educación), vol. XXXI, n° 3, págs. 501-517. ©UNESCO: Oficina Internacional de Educación, 2001.
- Witcombe, Christopher, (2003); *The Venus of Willendorf*. Consultado en Junio de 2011 y disponible en:

<http://arthistoryresources.net/willendorf/willendorfdiscovery.html>

- World Alliance for Breastfeeding Action, WABA. <http://www.laligadelaleche.es/>
- Zolla, Carlos y Emiliano Zolla Márquez, (2004); *Los pueblos indígenas de México, 100 preguntas*. México, UNAM. Consultado 8 de Noviembre de 2010. Disponible en:
<http://www.nacionmulticultural.unam.mx/100preguntas/ficha.html>
- Zorita, Alonso de, (1963); *Breve y sumaria relación de los señores de la Nueva España*, prólogo y notas de Joaquín Ramírez Cabañas, 2ª Ed., Coordinación de Humanidades, UNAM, Biblioteca del Estudiante Universitario, N. 32, México.