



Alumna:

María Daniela Gordillo Pinto

Nombre del profesor:

Luz Elena Cervantes Monroy

Nombre del trabajo:

Súper nota Unidad II

Materia:

Taller de redacción de tesis

Grado:

8° cuatrimestre

Grupo:

Único

Comitán de Domínguez Chiapas a 14 de junio de 2025.

Capítulo 1

1.1 Antecedentes

La lactancia materna es una práctica milenaria, íntimamente relacionada con la biología, la cultura y los sistemas de salud, que ha evolucionado y se ha adaptado a lo largo del tiempo en función de las condiciones sociales, religiosas, económicas y científicas de cada civilización. Desde las primeras sociedades humanas, la leche materna ha constituido no solo el alimento esencial para los recién nacidos y lactantes, sino también un símbolo de conexión, afecto, protección y continuidad de la vida. Su valor va más allá del aspecto nutricional; representa un acto profundamente humano que expresa las formas en que una sociedad entiende el cuerpo, la maternidad y el vínculo entre generaciones.

A lo largo de la historia, la lactancia no ha sido un acto universalmente homogéneo ni exento de significados. Diversas civilizaciones han atribuido a la leche materna propiedades casi místicas, espirituales o incluso políticas. Por ejemplo, en el antiguo Egipto, la diosa Isis aparece en múltiples representaciones amamantando a su hijo Horus, símbolo de realeza y restauración del orden. Esta imagen sirvió como modelo ideal de maternidad divina, y la leche materna fue concebida como un elixir sagrado que transmitía vida y legitimidad. De manera similar, en la mitología romana, los gemelos Rómulo y Remo fueron amamantados por una loba, estableciendo la conexión entre lo salvaje y lo divino como origen del poder imperial. En Mesoamérica, los códices prehispánicos muestran imágenes de mujeres con senos prominentes, destacando la fertilidad como principio rector de la vida comunitaria y asociando la maternidad con poder, abundancia y respeto ancestral.

Durante siglos, la lactancia fue también una práctica rodeada de rituales, cuidados específicos y prohibiciones. En muchas culturas antiguas y

tradicionales, amamantar no era solo una función biológica sino un acto cargado de normatividades sociales: quién debía amamantar, cuándo, cómo, por cuánto tiempo y bajo qué condiciones. Estas decisiones estaban reguladas por sistemas de creencias profundamente enraizados en el entorno cultural, y muchas veces se entrelazaban con aspectos religiosos, mágicos y comunitarios.

Con el surgimiento de la medicina moderna, especialmente a partir del siglo XIX, se inició un proceso de revalorización científica de la lactancia materna. Frente al incremento de la mortalidad infantil, la aparición de fórmulas artificiales y la medicalización del parto, numerosos investigadores y organismos internacionales comenzaron a destacar los beneficios inmunológicos, metabólicos, neurológicos y emocionales que brinda la lactancia. En este contexto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) han emitido directrices claras que promueven la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, así como su continuación hasta los dos años o más, junto con una alimentación complementaria adecuada y segura (OMS, 2022).

Sin embargo, a pesar de la abrumadora evidencia científica sobre sus beneficios, la lactancia materna sigue enfrentando múltiples desafíos a nivel global. Las estadísticas reflejan una preocupante brecha entre las recomendaciones y las prácticas reales. En muchos países, especialmente en contextos rurales, marginados o con fuerte arraigo a los saberes tradicionales, las tasas de lactancia exclusiva son significativamente bajas. Esta situación obedece a diversos factores: el avance de la urbanización, el ingreso de la mujer al mercado laboral sin políticas adecuadas de conciliación, el influjo de la publicidad de fórmulas artificiales, la medicalización del parto, pero también, y

de manera muy relevante, las creencias culturales y los tabúes comunitarios que rodean la lactancia.

En el caso particular de Latinoamérica, las investigaciones han demostrado que las prácticas de lactancia materna están profundamente atravesadas por mitos, valores simbólicos, y prescripciones familiares. En países como Colombia, Perú y Bolivia, persiste la idea de que el calostro es “leche sucia”, que debe desecharse antes de ofrecer el pecho al bebé. Asimismo, se han documentado tabúes sobre la comida que consume la madre lactante (por ejemplo, que ciertos alimentos producen “leche pesada” o “mala leche”) y sobre las emociones maternas (como el “coraje”, la tristeza o el susto) que supuestamente se transmiten al niño a través de la leche (UNICEF, 2022).

México no es la excepción. Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2021), solo el 28.6 % de los menores de seis meses reciben lactancia materna exclusiva. Esta cifra se agrava en regiones rurales e indígenas, donde convergen condiciones estructurales como la pobreza, la desinformación, la falta de acceso a servicios de salud interculturales y, muy especialmente, la persistencia de creencias que limitan o distorsionan la práctica de la lactancia. Además, la discriminación institucional, la violencia obstétrica y la medicalización del parto han generado desconfianza hacia los servicios de salud entre muchas mujeres indígenas, quienes prefieren recurrir al consejo de parteras tradicionales, comadres, abuelas y curanderas, quienes transmiten oralmente normas sobre la alimentación infantil.

Dentro del estado de Chiapas, esta problemática se hace aún más visible. Chiapas es uno de los estados con mayor diversidad étnica de México. Según datos del INPI (2020), en Chiapas habitan más de un millón de personas

indígenas, distribuidas en grupos como los tzeltales, tsotsiles, choles, zoques y tojolabales. Cada uno de estos pueblos posee una cosmovisión propia sobre el cuerpo, la salud, la enfermedad, la fertilidad y la maternidad. Para muchas comunidades, el proceso de amamantar está cargado de simbolismos: se cree que la leche puede “contaminarse” por causas emocionales, espirituales o incluso climáticas; que si una madre experimenta una emoción intensa, como el miedo o la rabia, su leche puede enfermar al bebé; o que si el niño tiene “mal de ojo”, la leche materna puede empeorar su estado.

En este contexto, el pueblo tojolabal —ubicado principalmente en los municipios de Las Margaritas, Comitán y La Trinitaria— representa un caso especialmente relevante. Los tojolabales conservan una visión integral y comunitaria del mundo. Para ellos, la salud no solo se refiere al cuerpo físico, sino al equilibrio entre la persona, la familia, la tierra, el clima y los espíritus. Dentro de su cultura, las mujeres tojolabales juegan un papel crucial como cuidadoras de la vida, y la lactancia es una función valorada, pero también rodeada de prácticas y saberes tradicionales. Existen creencias sobre la “leche caliente” o la “leche fría”, que se relacionan con desequilibrios del cuerpo; también sobre el “mal aire”, el “susto” o el “mal de ojo” como elementos que afectan la salud del lactante y que pueden ser transmitidos por la madre a través de la leche si no se protege adecuadamente.

En el municipio de **Las Margaritas**, donde se asienta una parte importante de la población tojolabal, convergen diversos factores que afectan la salud materno-infantil. Este municipio, enclavado en la región Altos de Chiapas, enfrenta desafíos estructurales como pobreza multidimensional, alto grado de marginación, escasa infraestructura de salud, y una profunda desconexión entre el modelo médico hegemónico y los saberes tradicionales. Muchas mujeres son monolingües en tojolabal, lo que dificulta su comunicación con el personal

médico. La atención institucional está limitada, muchas veces no cuenta con personal capacitado en enfoque intercultural, y la violencia obstétrica sigue siendo una realidad documentada. En consecuencia, las mujeres tojolabales prefieren buscar orientación en sus redes tradicionales de cuidado: parteras, abuelas, curanderas, quienes les aconsejan cuándo, cómo y bajo qué condiciones deben lactar.

Las creencias que circulan en Las Margaritas incluyen la idea de que si una madre está enferma debe suspender la lactancia; que si está enojada puede transmitir “coraje” a través de la leche; que si el bebé llora mucho puede tener “mal de ojo” y no debe seguir tomando leche materna; o que si la leche es “muy clara” es porque “no alimenta”. Estas creencias, aunque forman parte del universo simbólico cultural, pueden afectar directamente la práctica de la lactancia exclusiva y prolongada, generando efectos adversos sobre la salud infantil como desnutrición, infecciones o apego inseguro.

Por todo lo anterior, resulta urgente investigar desde una **perspectiva crítica e intercultural** las creencias y tabúes que rodean la lactancia materna en el municipio de Las Margaritas, especialmente en el grupo tojolabal. Este estudio permitirá comprender cómo se construyen, transmiten y aplican estas creencias, y cuáles son sus efectos sobre las prácticas reales de lactancia. Solo así será posible diseñar estrategias respetuosas, culturalmente sensibles, pero también basadas en evidencia científica, que promuevan la salud, la autonomía y el bienestar de las madres y sus hijos en contextos indígenas del sur de México.

1.2 Planteamiento del problema

Aunque la lactancia materna es promovida activamente por instituciones de salud tanto nacionales como internacionales debido a sus múltiples beneficios comprobados para la madre y el niño, su práctica real se encuentra amenazada por una serie de factores socioculturales, estructurales y simbólicos que rara vez son visibilizados con profundidad en las políticas públicas de salud. En comunidades rurales e indígenas como el municipio de Las Margaritas, Chiapas, donde la población tojolabal mantiene vivas sus tradiciones y cosmovisiones, los factores que determinan el inicio, duración y exclusividad de la lactancia no obedecen únicamente a variables médicas o educativas, sino que están profundamente condicionados por contextos históricos, culturales, lingüísticos y sociales.

Uno de los elementos menos abordados, pero al mismo tiempo más influyentes en la continuidad de la lactancia materna, son las **creencias y tabúes culturales** asociados al cuerpo femenino, la maternidad, el poder de la leche y el vínculo afectivo madre-hijo. Estas creencias, aunque a menudo invisibles para la medicina institucional, operan como reglas implícitas que determinan cómo, cuándo, por cuánto tiempo y en qué condiciones una mujer puede o debe amamantar. En este sentido, la lactancia materna no solo es una práctica biológica, sino también una práctica simbólica, regulada por los saberes comunitarios y los mandatos culturales.

En comunidades indígenas como la tojolabal, el proceso de amamantar se encuentra mediado por una red de normas tradicionales transmitidas oralmente por mujeres de generaciones anteriores —abuelas, comadres, parteras tradicionales— quienes fungen como principales orientadoras del cuidado materno-infantil. Estas figuras, respetadas y legitimadas socialmente, influyen

significativamente en las decisiones relacionadas con el inicio de la lactancia, la introducción de alimentos, la suspensión del pecho y los cuidados posparto. A diferencia del modelo biomédico, que prioriza datos clínicos y lineamientos estandarizados, los saberes tradicionales se basan en experiencias, observaciones empíricas, espiritualidad, cosmovisión comunitaria y vínculos emocionales.

Si bien muchos de estos saberes tradicionales poseen un valor cultural importante y pueden ser funcionales en la vida cotidiana, también existen creencias profundamente arraigadas que, desde la perspectiva científica y nutricional, pueden representar riesgos para la salud del binomio madre-hijo. Algunas de estas ideas incluyen, por ejemplo, la creencia de que si la madre está emocionalmente alterada (triste, enojada o con “coraje”), su leche se contamina y puede dañar al bebé; que si el niño tiene diarrea o vómito es preferible suspender la lactancia; o que si la leche es “clara” o de aspecto “aguado”, carece de nutrientes suficientes y debe sustituirse por fórmulas, atoles o caldos.

Estas creencias, aunque culturalmente comprensibles, pueden derivar en consecuencias adversas para la salud infantil. La interrupción prematura de la lactancia, la introducción temprana de bebidas azucaradas o inadecuadas, y el uso indiscriminado de fórmulas artificiales no solo debilitan el sistema inmunológico del niño, sino que también aumentan el riesgo de desnutrición, infecciones gastrointestinales, alergias alimentarias y deficiencias nutricionales. Además, estas decisiones pueden estar acompañadas de sentimientos de culpa o frustración materna, sobre todo cuando las mujeres reciben mensajes contradictorios por parte de instituciones de salud que no consideran sus contextos culturales.

A esto se suma la desconfianza estructural que muchas mujeres indígenas tojolabales manifiestan hacia las instituciones médicas, particularmente hacia los hospitales públicos. Esta desconfianza no es infundada: en diversas investigaciones se ha documentado que la atención obstétrica en comunidades indígenas de Chiapas suele estar marcada por prácticas de violencia obstétrica, imposición de protocolos sin consulta previa, discriminación por lengua o vestimenta, y ausencia de traductores interculturales (Menéndez, 2004; Lagarde, 2005). Como resultado, las mujeres optan por mantener sus procesos de embarazo, parto y crianza dentro del ámbito comunitario y tradicional.

En el caso específico del Hospital General Básico Comunitario de Las Margaritas, no existen registros formales ni investigaciones sistemáticas que documenten el impacto real de estas creencias culturales en las prácticas de lactancia materna. La ausencia de diagnósticos culturales impide que el personal de salud comprenda la complejidad del fenómeno y, por tanto, limita su capacidad para generar intervenciones educativas, comunicativas y preventivas culturalmente adecuadas. Esta brecha diagnóstica no solo compromete la eficacia de las campañas de promoción de la lactancia, sino que también reproduce el modelo de atención homogéneo que invisibiliza las necesidades particulares de las mujeres indígenas.

Asimismo, el desconocimiento científico y el bajo nivel de escolaridad en muchas zonas tojolabales refuerzan la dependencia de las normas comunitarias para la toma de decisiones en salud. Las instituciones, al no generar materiales educativos en lengua tojolabal ni contar con personal bilingüe, terminan excluyendo a estas mujeres de la información y del acompañamiento necesario para ejercer una maternidad informada, autónoma y segura.

En resumen, el problema no es únicamente la baja prevalencia de lactancia materna exclusiva, sino la desconexión entre las estrategias institucionales y las realidades culturales de la población tojolabal. La falta de investigación situada, el escaso reconocimiento de los saberes tradicionales y la ausencia de enfoque intercultural contribuyen a perpetuar desigualdades en el acceso a la salud y en los derechos reproductivos de las mujeres indígenas. Abordar este problema requiere una mirada profunda, crítica y comprometida que reconozca que la salud no se produce solo en los hospitales, sino también en las casas, los cuerpos y las palabras de las mujeres que maternan dentro de sistemas culturales específicos.

1.3 Objetivos

La presente investigación se propone analizar en profundidad el complejo entramado de creencias y tabúes culturales que condicionan la práctica de la lactancia materna en mujeres tojolabales usuarias del Hospital Comunitario de Las Margaritas, Chiapas. Se parte de la premisa de que las decisiones relacionadas con la alimentación infantil no responden únicamente a criterios biomédicos, sino que están mediadas por factores simbólicos, familiares, emocionales y comunitarios. Entender estas dimensiones no solo es crucial para diseñar políticas de salud eficaces, sino también para respetar los derechos culturales y reproductivos de las mujeres indígenas.

Objetivo general

Analizar las creencias y tabúes que influyen en la práctica de la lactancia materna entre las mujeres tojolabales usuarias del Hospital Comunitario de Las Margaritas, Chiapas, con el fin de identificar patrones culturales que puedan ser integrados en estrategias de salud intercultural.

Este objetivo general implica ir más allá de la simple descripción estadística del fenómeno, y busca entender los significados atribuidos a la lactancia, el papel que juegan los referentes comunitarios, las tensiones entre el saber biomédico y el saber tradicional, y la manera en que estas creencias afectan la autonomía materna y el desarrollo infantil.

Objetivos específicos

1. **Identificar las creencias más frecuentes asociadas a la lactancia materna** entre mujeres tojolabales, incluyendo ideas sobre el calostro, la calidad de la leche, las emociones maternas, los alimentos permitidos o

prohibidos durante el amamantamiento, y las condiciones espirituales o energéticas del cuerpo femenino.

2. **Determinar el impacto de estas creencias en la práctica concreta de la lactancia**, evaluando variables como el momento de inicio (especialmente la primera hora de vida), la duración total del amamantamiento y la exclusividad durante los primeros seis meses.
3. **Explorar el papel de la familia y los agentes tradicionales de salud**, como parteras, curanderas y abuelas, en la transmisión, reforzamiento o transformación de estas creencias, así como su relación con los consejos del personal médico.
4. **Evaluar el nivel de conocimiento que tienen las mujeres tojolabales sobre los beneficios fisiológicos, inmunológicos y afectivos de la lactancia materna exclusiva**, a fin de identificar posibles vacíos de información y áreas prioritarias para la intervención educativa.
5. **Proponer estrategias culturalmente pertinentes para mejorar la atención educativa e intercultural en lactancia materna** en el Hospital Comunitario, incluyendo sugerencias de formación del personal, materiales bilingües, incorporación de parteras al modelo institucional y mecanismos para generar confianza entre el sistema biomédico y los saberes tradicionales.

1.4 Justificación

Este estudio adquiere una relevancia particular al enfocarse en un tema que, si bien ha sido ampliamente tratado desde la perspectiva médica y nutricional, continúa siendo poco explorado desde un enfoque cultural, comunitario e intercultural, especialmente en regiones de alta diversidad étnica como Chiapas. La lactancia materna, aunque reconocida como una de las prácticas más eficaces para garantizar la salud infantil, no se realiza en un vacío social, sino en contextos históricos, simbólicos y políticos que influyen directamente en su ejecución, aceptación y continuidad.

En comunidades indígenas como la tojolabal, donde prevalecen sistemas de salud tradicionales y una cosmovisión propia sobre el cuerpo, la enfermedad y la maternidad, las prácticas de lactancia se construyen desde otras lógicas. Ignorar estos marcos interpretativos puede llevar a intervenciones sanitarias mal diseñadas, poco efectivas e incluso rechazadas por la población. Como señala la antropología médica, la salud es una construcción cultural, y las políticas de salud pública deben reconocer esta dimensión si quieren ser respetuosas, incluyentes y eficaces (Menéndez, 2004).

Además, este estudio contribuye a llenar un vacío en la literatura regional sobre salud intercultural. La mayoría de los estudios existentes sobre lactancia materna en México se han centrado en zonas urbanas, dejando de lado las particularidades de los pueblos originarios. Incluso cuando se reportan estadísticas de cobertura, pocas veces se analizan las causas culturales detrás del abandono temprano del pecho, la introducción de fórmulas artificiales o el uso de remedios tradicionales.

Desde una perspectiva aplicada, esta investigación tiene el potencial de generar insumos concretos para mejorar la atención que ofrece el Hospital Comunitario de Las Margaritas. Al entender los códigos culturales que estructuran la relación madre-bebé en la comunidad tojolabal, el personal de salud podrá adecuar sus estrategias de comunicación, respetar los tiempos y procesos de las mujeres, y generar espacios de confianza que favorezcan la continuidad de la lactancia.

Finalmente, el estudio aporta elementos clave para la formulación de políticas públicas con enfoque de derechos. La atención a la salud materno-infantil en contextos indígenas no puede seguir basándose únicamente en indicadores biomédicos. Requiere una transformación estructural que reconozca a las mujeres indígenas como sujetas activas, portadoras de conocimientos, prácticas y decisiones legítimas sobre su cuerpo y su maternidad.

1.5 Hipótesis

Hipótesis principal

Las creencias culturales y los tabúes relacionados con la lactancia materna en mujeres tojolabales del municipio de Las Margaritas influyen de forma negativa en la duración y exclusividad del amamantamiento, lo cual repercute directamente en la salud infantil (nutrición, inmunidad, apego) y en la percepción materna sobre su capacidad de alimentar adecuadamente a sus hijos.

Esta hipótesis se sustenta en la observación de que la mayoría de las decisiones relacionadas con la alimentación infantil en contextos indígenas no se basan en guías médicas institucionales, sino en sistemas de creencias profundamente enraizados en la tradición oral y el conocimiento ancestral. Cuando estas creencias contradicen las recomendaciones sanitarias, muchas madres experimentan tensiones internas, dudas, culpabilidad y, en ocasiones, terminan interrumpiendo la lactancia o sustituyéndola por prácticas menos saludables.

Hipótesis secundarias

1. Las figuras tradicionales (parteras, curanderas, abuelas) tienen mayor influencia en la toma de decisiones sobre lactancia que el personal médico institucional, especialmente en comunidades con alto grado de monolingüismo y baja escolaridad.

2. La falta de información adecuada en lengua tojolabal y la ausencia de materiales culturalmente pertinentes limitan la comprensión y apropiación de los beneficios de la lactancia materna.
3. La capacitación intercultural del personal de salud puede mejorar significativamente la aceptación de las prácticas recomendadas por la OMS, siempre que se reconozcan los saberes tradicionales como parte del proceso de atención.
4. Una intervención educativa basada en diálogo de saberes, materiales bilingües y acompañamiento comunitario puede aumentar en al menos un 20 % la prevalencia de lactancia materna exclusiva a los seis meses en la población tojolabal de Las Margaritas.

Capítulo 2

2.1 Conceptualización de la lactancia materna

La lactancia materna ha sido, históricamente, el pilar de la alimentación en la primera infancia y una de las prácticas más significativas en la relación entre madre e hijo. Su importancia ha sido reconocida no solo desde una perspectiva nutricional, sino también como un acto fundamental de cuidado, comunicación y vínculo afectivo. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) define la lactancia materna como el proceso mediante el cual una madre alimenta a su hijo directamente del pecho, proporcionándole todos los nutrientes necesarios para su desarrollo físico, inmunológico, neurológico y emocional. Esta forma de alimentación se considera la más natural, completa y adecuada durante los primeros años de vida, y es recomendada de manera exclusiva durante los primeros seis meses, y como complemento alimentario hasta los dos años o más.

Desde el enfoque biomédico, la lactancia materna se ha consolidado como una de las estrategias más eficaces de salud pública para mejorar la supervivencia infantil y prevenir enfermedades. Estudios clínicos y epidemiológicos han demostrado que la lactancia materna exclusiva (LME) durante los primeros seis meses de vida reduce significativamente el riesgo de infecciones gastrointestinales —como la diarrea— y respiratorias —como la neumonía—, así como enfermedades alérgicas, otitis media, síndrome de muerte súbita del lactante y obesidad infantil (UNICEF, 2020; OPS, 2018). Asimismo, existe evidencia de que los niños amamantados tienen mejores puntajes en el desarrollo cognitivo y presentan menor riesgo de desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles en la adultez, tales como diabetes tipo 2, hipertensión arterial y ciertos tipos de cáncer.

Desde el punto de vista nutricional, la leche materna se adapta dinámicamente a las necesidades del bebé. Contiene una mezcla compleja y única de macronutrientes (proteínas, grasas, hidratos de carbono), micronutrientes (vitaminas y minerales), y componentes inmunológicos como las inmunoglobulinas (principalmente IgA secretora), factores antiinflamatorios, oligosacáridos prebióticos, enzimas digestivas, lactoferrina, células inmunitarias vivas (linfocitos, macrófagos) y otros elementos bioactivos que no pueden ser replicados ni igualados por ninguna fórmula artificial disponible en el mercado (OPS, 2018; Lutter & Morrow, 2013).

Uno de los beneficios más importantes de la leche materna es su capacidad para proteger al recién nacido contra infecciones. Gracias a su carga inmunológica, la leche materna actúa como la primera vacuna natural que recibe el bebé. Además, estimula el desarrollo de una microbiota intestinal saludable, esencial para la maduración del sistema inmunológico, y favorece la absorción de nutrientes esenciales como el hierro y el zinc.

Por otro lado, desde una perspectiva psicológica y afectiva, la lactancia materna favorece la creación de un vínculo emocional sólido entre madre e hijo. Este proceso se ve reforzado por el contacto piel a piel, el intercambio visual y olfativo, y la liberación de hormonas como la oxitocina, que estimulan sentimientos de apego, ternura y bienestar tanto en la madre como en el lactante. Este vínculo contribuye al desarrollo emocional saludable del bebé y a la autorregulación del estrés, además de fortalecer el sentido de competencia y conexión materna (Mercado-Martínez et al., 2017).

La lactancia también tiene beneficios directos para la madre. Se ha demostrado que reduce el riesgo de hemorragia posparto, facilita la involución uterina,

contribuye a la recuperación del peso corporal y disminuye la incidencia de cáncer de mama y ovario, así como el riesgo de diabetes tipo 2 y enfermedades cardiovasculares. Además, las mujeres que amamantan suelen experimentar niveles más altos de autoestima y satisfacción con la maternidad (UNICEF, 2020; Lutter & Chaparro, 2009).

En el plano económico, la lactancia materna representa una de las estrategias más costo-efectivas en salud pública. Reduce los gastos familiares en alimentación infantil, disminuye la necesidad de atención médica por enfermedades prevenibles, y disminuye la carga económica para los sistemas de salud. A nivel global, se ha estimado que el abandono temprano de la lactancia materna genera pérdidas anuales de más de 300 mil millones de dólares por disminución del coeficiente intelectual, incremento de enfermedades y costos asociados al uso de fórmulas (Victora et al., 2016).

A pesar de sus beneficios, la lactancia materna está influida por factores laborales, educativos, de salud, apoyo familiar y, especialmente, por aspectos socioculturales. En comunidades indígenas como la tojolabal, esta práctica tiene significados simbólicos y rituales que a veces chocan con las recomendaciones médicas actuales.

Por ello, comprender la lactancia materna desde una perspectiva integral — biológica, emocional, cultural, económica y política— es indispensable para diseñar intervenciones sensibles, eficaces y respetuosas, especialmente en contextos como el de Las Margaritas, Chiapas, donde convergen diversas barreras estructurales, lingüísticas y culturales que limitan la aplicación práctica de los lineamientos internacionales.

2.2 Teorías socioculturales sobre la salud y la lactancia

La lactancia materna, si bien es un proceso biológico, no puede ser comprendida únicamente desde esa perspectiva. Las decisiones en torno a la lactancia están profundamente influenciadas por aspectos culturales, simbólicos, emocionales y sociales. Desde el campo de la antropología médica, se reconoce que las prácticas de salud —incluida la alimentación infantil— no se explican únicamente por causas fisiológicas, sino por creencias compartidas, normas comunitarias, valores morales, relaciones de poder, y formas de organización social. En otras palabras, lo que en contextos biomédicos se entiende como un proceso “natural”, en contextos indígenas puede estar fuertemente mediado por significados culturales que otorgan al cuerpo, la maternidad y la leche materna connotaciones espirituales y afectivas específicas.

Uno de los principales referentes teóricos en este campo es Arthur Kleinman (1980), quien propuso la existencia de tres grandes sistemas de atención médica que coexisten dentro de una misma sociedad:

1. El sistema profesional o biomédico, representado por médicos, enfermeras, hospitales, medicamentos y protocolos clínicos formales, con base en la ciencia occidental moderna.
2. El sistema popular o familiar, compuesto por personas comunes que ofrecen cuidados dentro del hogar o comunidad, como madres, abuelas, comadres o vecinas. Este sistema incluye saberes empíricos y sentidos compartidos.
3. El sistema tradicional o alternativo, en el que se agrupan curanderos, parteras, hierberos y otros agentes de salud reconocidos por la comunidad, cuya práctica se basa en conocimientos ancestrales, rituales y espiritualidad (Kleinman, 1980).

En lugares como Las Margaritas, Chiapas, donde la población tojolabal mantiene una relación estrecha con sus sistemas tradicionales de salud, estos tres modelos no se excluyen mutuamente, sino que muchas veces se combinan o entran en conflicto. Por ejemplo, una mujer puede acudir al hospital para un control médico, pero confiar más en los consejos de su partera o abuela respecto a la alimentación del recién nacido. Esta convivencia y tensión entre saberes genera un escenario complejo para las políticas públicas de salud, que a menudo no logran articular los discursos científicos con los saberes locales.

Una de las herramientas teóricas más potentes para entender estas diferencias es el modelo explicativo de la enfermedad, también propuesto por Kleinman. Según esta perspectiva, cada individuo y cada cultura construye su propio significado sobre qué es la enfermedad, cuáles son sus causas, cómo debe tratarse y quién tiene legitimidad para hacerlo. Aplicado a la lactancia materna, esto implica que para muchas mujeres, especialmente en contextos indígenas, la leche no es simplemente un alimento fisiológico, sino una sustancia que puede cargarse de emociones, estados espirituales o energías. Así, una madre puede interpretar que su leche “se echó a perder” si tuvo una discusión fuerte, si sufrió un susto o si está menstruando. De esta manera, los fenómenos emocionales se traducen en consecuencias biológicas, según la lógica de su sistema de creencias.

Autores como Eduardo Menéndez (2003) han estudiado con profundidad cómo las decisiones de cuidado en salud no son acciones individuales ni automáticas, sino el resultado de negociaciones socioculturales entre diferentes sistemas de saber. En sus investigaciones sobre el modelo de “medicalización de la vida cotidiana”, Menéndez muestra cómo las familias, especialmente en América Latina, deciden constantemente entre seguir las indicaciones del personal

médico o las prácticas tradicionales de sus comunidades, considerando factores como confianza, accesibilidad, idioma y pertinencia cultural.

En el mismo sentido, el sociólogo Anthony Giddens (1998) ha señalado que la modernidad no ha eliminado las creencias tradicionales, sino que ha generado un “entrelazamiento” entre saberes técnicos y saberes culturales. Las decisiones sobre el cuerpo, el embarazo o la crianza no se dan en un vacío, sino que están atravesadas por lo que él llama “reflexividad social”: una especie de constante evaluación entre distintas fuentes de conocimiento. Así, una madre tojolabal puede simultáneamente respetar las recomendaciones del pediatra y, al mismo tiempo, aplicar remedios caseros o rituales protectores sugeridos por la partera local, como el uso de sahumeros, infusiones o rezos.

En el contexto específico de la lactancia, estas negociaciones se hacen evidentes cuando, por ejemplo, una madre decide suspender la lactancia porque siente que su leche está “contaminada emocionalmente” tras un episodio de enojo o estrés. Aunque desde la medicina occidental esto puede parecer irracional, en su sistema de creencias tiene sentido, ya que la leche materna no es vista solo como un fluido biológico, sino como un vehículo de afectos, energías y conexiones emocionales. De hecho, en varias culturas indígenas de México y Centroamérica, se considera que la leche puede “cargar” los sentimientos de la madre y transmitirlos al niño, lo cual puede causar malestares físicos o espirituales en el lactante si no se toman las precauciones adecuadas (Gómez & García, 2018).

Por tanto, ignorar estos modelos explicativos puede conducir a una ruptura en la comunicación entre el personal de salud y las madres, especialmente si no se cuenta con personal capacitado en enfoque intercultural o que hable la lengua

tojolabal. Cuando una madre siente que su forma de entender el cuerpo es ridiculizada o negada, es probable que no regrese al hospital, que evite buscar ayuda o que mantenga en secreto sus decisiones de cuidado. En consecuencia, se pierde una oportunidad valiosa para construir puentes de entendimiento y respeto mutuo.

En síntesis, las teorías socioculturales sobre la salud y la lactancia permiten entender que amamantar no es un acto puramente biológico ni mecánico, sino una experiencia rica en significados, emociones, símbolos y relaciones sociales. En comunidades indígenas como la tojolabal, donde persiste una cosmovisión ancestral sobre el cuerpo y la salud, es indispensable que los servicios de salud reconozcan y dialoguen con estos saberes, no como supersticiones, sino como sistemas culturales válidos que deben ser integrados en un enfoque de salud verdaderamente intercultural.

2.3 Creencias y tabúes en torno a la lactancia materna

La lactancia materna es una práctica culturalmente situada, atravesada por creencias, imaginarios y expectativas que varían según la comunidad, región y grupo étnico. En América Latina y México, existen patrones de pensamiento recurrentes que influyen directamente en las decisiones sobre cuándo iniciar o interrumpir el amamantamiento, así como qué alimentos consumir. Estas creencias pueden ser funcionales, al proteger la salud materna o comunitaria, pero otras veces representan barreras que incrementan el riesgo nutricional y sanitario del binomio madre-hijo.

A continuación, se describen con mayor profundidad las principales creencias y tabúes identificados:

1. El calostro es “mala” o “sucia”

En muchas culturas latinoamericanas, el calostro —la primera leche amarillenta que se produce en los primeros días tras el parto— es visto como algo que debe ser desechado porque se considera impuro o dañino para el bebé. Se le atribuyen características como "pesado", "puro" o incluso "antihigiénico". En consecuencia, las madres pueden retrasar el inicio de la lactancia hasta después de limpiarse el pecho o ingerir líquidos calientes, lo que reduce el contacto temprano piel con piel y priva a los recién nacidos de inmunoglobulinas vitales.

2. Las emociones negativas "contaminan" la leche

Un tabú muy extendido es la creencia de que emociones como tristeza, susto o enojo alteran la composición de la leche y pueden enfermarlos. Aunque no hay

evidencia de que las emociones cambien su calidad nutricional, sí pueden dificultar la producción al afectar la oxitocina necesaria para la succión efectiva. En comunidades rurales, esta creencia tiene peso decisivo sobre la continuidad de la lactancia.

3. Ciertos alimentos “pican” la leche

Se piensa que alimentos como frijoles, chile, naranjas o refrescos acidulan o provocan malestar digestivo en el bebé. Sin embargo, no existe evidencia que indique que el consumo de picantes o legumbres cause diarrea, aunque sí puede cambiar ligeramente el sabor de la leche, lo cual puede favorecer la aceptación de nuevos sabores posteriormente.

4. Dar el pecho prolongadamente debilita a la madre

Existen normativas implícitas sobre duración razonable de la lactancia, sostenidas en la idea de que darle de amamantar por mucho tiempo agota a la mujer, afectando su salud y energía. Estos discursos responden a normas de productividad y carga reproductiva, y pueden presionar a un destete temprano innecesario.

5. El embarazo interrumpe la lactancia

Muchas madres creen que durante un nuevo embarazo la leche se “contamina” o deja de nutrir, lo que obliga a suspender la lactancia actual. Si bien el cuerpo prioriza el desarrollo de la nueva gestación, se ha demostrado que continuar el amamantamiento —si no hay riesgos médicos— es posible y seguro.

6. Amamantar en público es indecente

Si bien las leyes mexicanas protegen el amamantamiento en espacios públicos, en la práctica subsisten tabúes que asocian el pecho con erotismo o indecencia. Esto limita la libertad funcional de la madre y reduce la visibilidad y normalización social de la práctica.

Variaciones regionales y calidad cultural de las creencias

Estas creencias no se presentan de manera homogénea: varían según el nivel educativo, el grupo étnico y la exposición a información científica. En comunidades indígenas como la tojolabal, los mitos pueden estar integrados a prácticas rituales: por ejemplo, se evita el calostro por temor al "mal aire", se restringen alimentos para proteger el cuerpo "energético", o se establecen ceremonias postparto para limpiar la leche. Algunas de estas prácticas favorecen medidas higiénicas, pero otras contribuyen al inicio tardío del amamantamiento y a brechas en la nutrición del lactante.

Funciones y riesgos

- Funcional: algunas prácticas, como evitar alimentos con alto potencial alergénico o proteger el cuerpo postparto, pueden responder a un sentido de cuidado colectivo.
- Perjudicial: otras pueden generar problemas, como el uso de fórmulas y líquidos inadecuados, la reducción de la inmunidad del bebé y la discontinuidad de la lactancia materna.

En resumen, las creencias culturales sobre la lactancia materna revelan la complejidad de esta práctica como un fenómeno impregnado no solo de biología, sino también de significados colectivos. Para diseñar estrategias de salud intercultural en el Hospital Comunitario de Las Margaritas, es esencial

reconocer esta riqueza simbólica y construir puentes entre los saberes biomédicos y los saberes comunitarios.

2.4 Situación de la lactancia materna en México

La evolución de la lactancia materna (LM) en México ha atravesado diversas fases, desde un marcado descenso en las décadas de 1970 y 1980 —debido al auge de las fórmulas infantiles— hasta recientes mejoras impulsadas por acciones gubernamentales y sociales.

1. Contexto histórico y marco legal

Durante los años 70 y 80, las empresas de fórmula invirtieron en campañas que promovían sus productos como sinónimo de modernidad y comodidad, lo que resultó en una disminución significativa de la lactancia. Como respuesta, el Estado implementó medidas legales —regulando la publicidad de fórmula, reconociendo el derecho a lactar en espacios públicos y laborales, y estableciendo políticas nacionales de apoyo— en alineación con el **Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna** (OMS/UNICEF, 1981).

2. Indicadores actuales nacionales

Según la **ENSANUT Continua 2021–2022**, el 95 % de los niños recibió lactancia alguna vez y el 49.2 % fueron amamantados dentro de la primera hora de vida.

Sin embargo, la **lactancia materna exclusiva (LME)** durante los primeros seis meses solo alcanzó el 33.6 %, superando el 28.6 % de periodos anteriores, pero aún por debajo de las metas globales del 70 %. En zonas urbanas la LME fue del 35.4 %, mientras que en rurales únicamente el 28.9 % .

3. Barreras persistentes

a) Laborales

Muchas madres reingresan al empleo pocas semanas después del parto, sin suficiente licencia ni espacios adecuados para extraerleche, lo que dificulta continuar la LME .

b) Falta de conocimiento

Aunque 86 % de las mujeres recibió consejería sobre lactancia en prácticas prenatales, persisten mitos culturales y desconocimiento sobre los beneficios reales .

c) Publicidad de fórmula

A pesar de regulaciones, la industria sigue influyendo en la decisión materna hacia la fórmula, alentada por promociones en tiendas, salud y redes sociales .

d) Equidad territorial

Las disparidades entre zonas urbanas y rurales —y sobre todo indígenas— reflejan desigualdad estructural: mayor acceso a servicios y políticas en las ciudades, frente a abandono informativo en el campo.

4. Impacto de la pandemia

Las restricciones por COVID-19 dificultaron el acceso a servicios prenatales y consulta de seguimiento, aumentaron el estrés maternal y redujeron el acompañamiento familiar durante el parto. Estos factores afectaron negativamente la práctica continua y la adopción de la LME .

5. Relevancia de la brecha indígena

Los datos muestran que la LME en áreas rurales e indígenas es de solo 28.9 %, comparado con el 35.4 % urbano . Esto subraya que las mejoras nacionales no han sido equitativas, y que el acceso a información, consejería en lengua local, infraestructura médica bilingüe y apoyo comunitario aún son insuficientes.

2.5 Lactancia materna en Chiapas

Chiapas es uno de los estados con mayores índices de pobreza, marginación y población indígena. Estas condiciones influyen directamente en la salud materno-infantil. A pesar de que muchas mujeres amamantan, no siempre lo hacen de forma exclusiva ni con información suficiente.

Un estudio realizado por Reyes-Muñoz (2017) identificó en comunidades tojolabales y tzeltales creencias como:

- Si el bebé tiene empacho, no debe amamantarse.
- Si la madre tiene “aire” en el cuerpo, su leche no es buena.
- El niño no puede dormir con la madre si está lactando durante la menstruación.

Estas ideas condicionan la introducción temprana de otros alimentos, como tés, caldos, atoles o fórmulas comerciales, incluso antes de los tres meses de vida.

2.6 Las Margaritas, Chiapas: contexto sociocultural

Las Margaritas es un municipio predominantemente indígena. La lengua principal es el tzeltal, aunque también hay hablantes de tojolabal. Muchas mujeres son monolingües, con bajo acceso a educación formal y servicios médicos. La figura de la partera tradicional es clave en el acompañamiento del embarazo y parto.

En este contexto, el hospital comunitario representa una intersección entre el sistema biomédico y el sistema tradicional. Sin embargo, muchas veces hay desconfianza hacia el personal de salud, especialmente si no hablan la lengua local o desconocen las costumbres.

No existen estudios sistemáticos sobre creencias en lactancia en Las Margaritas. Esta investigación busca llenar ese vacío, aportando una base para estrategias interculturales en salud.

Capítulo 3

3.1 Tipo de estudio

Se trata de un estudio **descriptivo, transversal y con enfoque mixto**. El componente cuantitativo permitirá identificar la frecuencia de ciertas creencias y prácticas, mientras que el componente cualitativo ayudará a comprender el significado cultural detrás de ellas.

La investigación tiene también un enfoque **intercultural y participativo**, buscando interpretar la realidad desde la voz de las mujeres, respetando sus sistemas de conocimiento.

3.2 Población y muestra

Población

Está conformada por mujeres usuarias del Hospital Comunitario de Las Margaritas, que cumplan con al menos uno de los siguientes criterios:

- Estar embarazada (preferentemente en tercer trimestre).
- Estar en periodo de puerperio o lactancia (hijas/os menores de 2 años).
- Haber tenido experiencia previa de lactancia en los últimos 5 años.
- Mujeres en edad fértil (15 a 49 años) con interés en compartir su experiencia.
-

También se incluye al personal de salud del hospital:

- Enfermeras/os.
- Médicos generales.

- Nutriólogas/os.
- Promotores de salud.
-

Muestra

Se empleará un **muestreo no probabilístico intencional**, con la siguiente estimación:

- 50 mujeres (entre ellas lactantes activas, embarazadas, con experiencia previa).
- 15 profesionales de salud.

Total estimado: **65 participantes.**

3.3 Técnicas de recolección de datos

- **Encuesta estructurada cerrada:** para mujeres, con preguntas sobre prácticas, creencias y fuentes de información.
- **Encuesta estructurada para profesionales de la salud:** percepción sobre la cultura y tabúes que enfrentan.
- **Notas de campo y observación no participante** en salas de espera y consultas de niño sano.

3.4 Operacionalización de variables

La operacionalización de variables implica convertir los conceptos teóricos en indicadores concretos que puedan ser medidos mediante los instrumentos

diseñados. En este estudio se han definido variables tanto para las **mujeres participantes** como para los **profesionales de la salud**, conforme a las encuestas estructuradas diseñadas para cada grupo.

3.4 Operacionalización de variables

La operacionalización de variables consiste en definir de manera clara y precisa cómo se medirá cada uno de los conceptos clave involucrados en la investigación. En este estudio, se identificaron variables relacionadas con creencias, prácticas, fuentes de información y percepciones tanto en mujeres como en profesionales de la salud. Estas variables se abordan mediante dos encuestas estructuradas: una dirigida a **mujeres** en etapa reproductiva y otra a **profesionales de la salud** del Hospital Comunitario de Las Margaritas.

Instrumento 1: Encuesta para Mujeres

Variable	Indicador	Ítems del instrumento
Edad, escolaridad, ocupación	Rango de edad, nivel de estudios, lengua materna, ocupación, número de hijos	Sección 1: Datos Sociodemográficos (preguntas 1-5)
Práctica de lactancia materna	Inicio de la lactancia, exclusividad, duración, alimentos introducidos	Sección 2: Prácticas de Lactancia Materna (preguntas 6-10)
Creencias y tabúes	Opinión sobre el calostro, influencia de emociones, restricciones alimentarias, duración ideal	Sección 3: Creencias y Tabúes (preguntas 11-15)
Influencias y orientación	Personas o instituciones que orientan sobre lactancia	Sección 4: Fuentes de Información y Apoyo (pregunta 16)
Confianza en el sistema de salud	Nivel de confianza en la información médica institucional	Sección 4: Preguntas 17-19
Narrativas culturales	Descripción libre de prácticas culturales locales	Sección 5: Preguntas abiertas (preguntas 20-21)

Instrumento 2: Encuesta para Profesionales de la Salud

Variable	Indicador	Ítems del instrumento
Experiencia profesional	Edad, profesión, años de experiencia, área de trabajo	Sección 1: Datos Generales (preguntas 1-5)
Formación en lactancia	Participación en capacitaciones, uso de materiales educativos	Sección 2: Experiencia en Lactancia Materna (preguntas 6, 8, 9)
Contacto con población lactante	Frecuencia de atención a mujeres embarazadas o lactantes	Sección 2: Pregunta 7
Percepción de creencias culturales	Reconocimiento de creencias o tabúes en la comunidad	Sección 3: Preguntas 10-13
Preparación intercultural	Nivel de preparación para atender mujeres indígenas o rurales	Sección 3: Pregunta 14
Condiciones institucionales	Existencia de protocolos interculturales, articulación con parteras	Sección 4: Preguntas 15-17
Propuestas de mejora	Sugerencias para fortalecer la atención y educación en lactancia	Sección 4: Preguntas abiertas (preguntas 18-19)

3.5 Análisis de los datos

El análisis de los datos constituye una fase esencial dentro del proceso investigativo, ya que permite transformar la información recolectada en evidencia útil para responder las preguntas de investigación, contrastar la hipótesis y alcanzar los objetivos planteados.

Dado que este estudio emplea un enfoque **mixto** —combinando técnicas cuantitativas y cualitativas—, se utilizarán distintos procedimientos de análisis según el tipo de datos recolectados:

3.5.1 Análisis cuantitativo

Los datos cerrados obtenidos mediante las encuestas estructuradas serán codificados y procesados utilizando **estadística descriptiva**. Se utilizarán herramientas como **Microsoft Excel** o software estadístico como **SPSS** para elaborar:

- **Tablas de frecuencia y porcentajes relativos** por cada variable (por ejemplo, número de mujeres que consideran el calostro perjudicial).
- **Gráficas de barras o circulares** para representar visualmente la distribución de las respuestas.
- **Cruces de variables**, como por ejemplo:
 - Nivel educativo vs. prácticas de lactancia.
 - Influencia familiar vs. exclusividad de la lactancia.
 - Profesión del profesional de salud vs. percepción de preparación intercultural.

Este análisis permitirá identificar **tendencias, patrones y asociaciones** relevantes entre variables socioculturales y las prácticas de lactancia materna.

3.5.2 Análisis cualitativo

Las preguntas abiertas contenidas en ambas encuestas serán analizadas mediante un **análisis temático**, una técnica ampliamente utilizada en investigaciones sociales cualitativas. Este análisis comprende las siguientes etapas:

1. **Lectura exploratoria:** revisión completa de las respuestas para familiarizarse con el contenido.
2. **Codificación inicial:** identificación de palabras clave, frases recurrentes o categorías culturales (por ejemplo: “leche fría”, “coraje”, “el niño se empacha”).
3. **Agrupación de temas:** se construirán temas amplios a partir de las codificaciones, tales como “emociones maternas”, “alimentos prohibidos”, “autoridad de la abuela”.
4. **Interpretación crítica:** se analizarán los significados culturales detrás de cada creencia, su posible origen y el impacto en la salud materno-infantil.

Este componente cualitativo es crucial para comprender los **aspectos simbólicos, emocionales y comunitarios** que no pueden ser cuantificados, pero que son fundamentales en la toma de decisiones relacionadas con la lactancia.

3.5.3 Triangulación de resultados

Finalmente, se realizará una **triangulación metodológica** entre los datos cuantitativos y cualitativos, así como entre las percepciones de las mujeres y las del personal de salud. Esta triangulación permite verificar la consistencia de los resultados y **contrastar discursos institucionales con experiencias comunitarias**, generando conclusiones más integrales.

3.6 Consideraciones éticas

La presente investigación se regirá bajo los principios fundamentales de la ética en la investigación con seres humanos, especialmente en contextos vulnerables, como lo son las mujeres embarazadas, en puerperio o lactancia, en comunidades rurales e indígenas.

A continuación, se detallan los aspectos éticos considerados:

3.6.1 Consentimiento informado

Antes de aplicar las encuestas, a cada participante se le explicará con claridad:

- El propósito de la investigación.
- La naturaleza voluntaria de su participación.
- El derecho a retirarse en cualquier momento sin repercusiones.
- La forma en que se utilizará la información recolectada.

Se ofrecerán formatos de consentimiento en **español y en lengua indígena** (principalmente tzeltal o tojolabal), de forma escrita o verbal, según el nivel de alfabetización de la participante. Ninguna mujer será presionada a participar ni se le negará atención médica por no hacerlo.

3.6.2 Confidencialidad

La información recolectada será tratada de forma **anónima y confidencial**. No se registrarán nombres, números de expediente ni ninguna información personal que pueda identificar directamente a la participante. Los datos serán

almacenados únicamente por el equipo de investigación y utilizados con fines estrictamente académicos.

Los resultados se reportarán de forma **agregada** y **descontextualizada**, garantizando el respeto a la privacidad de las personas y comunidades participantes.

3.6.3 Respeto cultural y lingüístico

Dado que esta investigación se desarrolla en una región con diversidad étnica, se respetarán los códigos culturales de cada comunidad. Se contará con **intérpretes** si es necesario y se capacitará a los encuestadores en **competencias culturales básicas** (uso respetuoso del lenguaje, manejo de tabúes, formas tradicionales de saludo y despedida, etc.).

El objetivo no es desmentir o ridiculizar las creencias, sino **entenderlas desde su contexto**, reconociendo su valor simbólico y su función social.

3.6.4 Aprobación ética institucional

Antes de iniciar el trabajo de campo, se gestionará la **autorización formal del Hospital Comunitario de Las Margaritas** y, si es posible, la aprobación de un **Comité de Ética en Investigación** avalado por la Secretaría de Salud o una institución académica correspondiente.

Con estas medidas, se garantiza que la investigación se llevará a cabo con responsabilidad, sensibilidad y rigor científico, en apego a la **Declaración de Helsinki**, las **Normas Oficiales Mexicanas para la investigación en salud (NOM-012-SSA3-2012)** y los principios del **Código de Nuremberg**.

Referencias

- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2022). Guía práctica para la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna. <https://www.unicef.org>
- Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). (2021). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2021 sobre COVID-19. Resultados nacionales. INSP. <https://ensanut.insp.mx/>
- Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas (INPI). (2020). Indicadores socioeconómicos de los pueblos indígenas de México 2020. <https://www.gob.mx/inpi>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). Recomendaciones sobre lactancia materna exclusiva y alimentación complementaria. <https://www.who.int>
- Rivera Dommarco, J. A., Cuevas-Nasu, L., González de Cossío, T., & Shamah-Levy, T. (2021). La nutrición en México: estado actual y retos. INSP.
- Lozada-Tequeanes, A. L., Unar-Munguía, M., González-Castell, D., & Bonvecchio, A. (2020). Tendencias de lactancia en México entre 2006 y 2018. *Salud Pública de México*, 62(2), 145–154. <https://doi.org/10.21149/10768>
- Bonfil Batalla, G. (2006). *México profundo: Una civilización negada*. Grijalbo.
- Menéndez, E. (2004). Modelos de atención de la salud: de la medicalización a la interculturalidad. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(5), 1185–1191. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500011>
- Gutiérrez, C. (2019). La cultura y los significados de la leche materna en contextos indígenas de México: entre la medicina tradicional y la biomedicina. *Revista de Estudios Sociales*, 69, 56–73.

- Lagarde, M. (2005). Los saberes de las parteras tradicionales en Chiapas: entre la resistencia y el reconocimiento. Cuadernos de Desarrollo Rural, 52, 75–96.
- Gómez, L. M., & García, S. (2018). Prácticas y significados culturales en torno a la lactancia materna en comunidades indígenas de Chiapas. Antropología y Salud, 20(3), 112–129.
- Gutiérrez, C. (2019). La cultura y los significados de la leche materna en contextos indígenas de México: entre la medicina tradicional y la biomedicina. Revista de Estudios Sociales, (69), 56–73.
- Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). (2021). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2021 sobre COVID-19. Resultados nacionales. INSP. <https://ensanut.insp.mx>
- Lagarde, M. (2005). Los saberes de las parteras tradicionales en Chiapas: entre la resistencia y el reconocimiento. Cuadernos de Desarrollo Rural, 52, 75–96.
- Menéndez, E. (2004). Modelos de atención de la salud: de la medicalización a la interculturalidad. Cadernos de Saúde Pública, 20(5), 1185–1191. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500011>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). Recomendaciones sobre lactancia materna exclusiva y alimentación complementaria. <https://www.who.int>
- UNICEF. (2022). Guía para fortalecer las prácticas de lactancia en contextos culturales diversos. <https://www.unicef.org>
- Vázquez García, V. (2017). Interculturalidad en la atención médica obstétrica a mujeres indígenas en Chiapas. Revista Mexicana de Sociología, 79(2), 289–316.

- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2020). Beneficios de la lactancia materna para la salud del niño y la madre. <https://www.unicef.org/mexico>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). Lactancia materna: beneficios para la salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/breastfeeding>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2018). Lactancia materna: base para una buena salud. <https://www.paho.org/es/temas/lactancia-materna>
- Lutter, C., & Morrow, A. (2013). Protección, promoción y apoyo de la lactancia materna en las Américas: una mirada a la situación actual y los desafíos futuros. Organización Panamericana de la Salud.
- Lutter, C. K., & Chaparro, C. M. (2009). Lactancia materna: actualización y evidencia para la acción pública en América Latina y el Caribe. Banco Mundial/OPS.
- Mercado-Martínez, F. J., Díaz-Narváez, V. P., & Castro-Félix, E. (2017). Lactancia materna: más allá de la nutrición. *Revista de Salud Pública*, 19(6), 803–810. <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n6.65342>
- Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J. D., França, G. V. A., Horton, S., Krasevec, J., ... & Rollins, N. C. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, 387(10017), 475–490. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)
- Giddens, A. (1998). Modernidad e identidad del yo: El yo y la sociedad en la época contemporánea. Península.
- Gómez, L. M., & García, S. (2018). Prácticas y significados culturales en torno a la lactancia materna en comunidades indígenas de Chiapas. *Antropología y Salud*, 20(3), 112–129.

- Kleinman, A. (1980). Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry. University of California Press.
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 185–207. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100015>
- Mercado-Martínez, F. J. (2017). Creencias culturales y lactancia materna: una revisión desde la antropología médica. *Revista de Salud Pública*, 19(6), 803–810.
- López-Sáleme, R., Covilla-Pedrozo, M. K., Morelo-Castro, N. I., & Morelos-Gaviria, L. P. (2019). Factores culturales y sociales asociados a la lactancia materna exclusiva en San Basilio de Palenque (Colombia). *Duazary*, 16(2), 293–306. <https://doi.org/10.21676/2389783X.2961healthynewbornnetwork.org+15docs.bvsalud.org+15portal.sesan.gob.gt+15>
- Maldonado, F., & Soto, C. (2020). Lactancia materna: mitos y realidades en América Latina. SESAN Guatemala. <portal.sesan.gob.gt+1portal.sesan.gob.gt+1>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2018). Lactancia materna: base para una buena salud. <https://www.paho.org>
- UNICEF. (2020). Beneficios de la lactancia materna. https://www.unicef.org/mexico_unicef.org
- Villalbí, J.-R., & Roca, F. (2017). Manual de Grupos de Apoyo "madre a madre". *Dossiers Barcelona*, vol. 35. <core.ac.uk+2es.wikipedia.org+2revistas.ucr.ac.cr+2>
- 20minutos. (2023). ¿Es malo comer picante en la lactancia? Un experto responde. <portal.sesan.gob.gt+1320minutos.es+13elevit.com.mx+13>

- MICOE. (2023). ¿Es seguro comer alimentos picantes durante la lactancia?
- González-Castell, L. D., Unar-Munguía, M., Bonvecchio-Arenas, A., Ramírez-Silva, I., & Lozada-Tequeanes, A. L. (2023). Prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria en menores de dos años en México. *Salud Pública de México*, 65(supl. 1), S204–S210. https://doi.org/10.21149/14805_ensanut.insp.mx
- Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). (2023). ENSANUT Continua 2021–2022: Indicadores de lactancia materna. INSP. Recuperado de <https://ensanut.insp.mx+6blog.derechosinfancia.org.mx+6ensanut.insp.mx+6>
- OPS/OMS. (2021). Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. Organización Mundial de la Salud. worldbreastfeedingweek.org+3unicef.org+3es.wikipedia.org+3
- UNICEF México. (2020). Beneficios de la lactancia materna para madre e hijo. UNICEF. Recuperado de https://www.unicef.org/mexico_unicef.org
- Consultor de Salud. (2024). Especialistas alertan sobre la baja tasa de lactancia materna en México. ConsultorSalud.com.mx. consultorsalud.com.mx
- Banco Interamericano de Desarrollo (BID). (2023). Reflexiones sobre la lactancia de una madre que trabaja. BID Igualdad Blog.