



**CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DE
ESTUDIOS AVANZADOS DEL INSTITUTO
POLITÉCNICO NACIONAL
UNIDAD MÉRIDA
DEPARTAMENTO DE ECOLOGÍA HUMANA**

**Creencias y prácticas de alimentación infantil en una comunidad
rural de Yucatán**

Tesis presentada por

Georgina Yazmín Reyes Gutiérrez

Para obtener el grado de Maestra en Ciencias
en la Especialidad de Ecología Humana

Directora de Tesis: Dra. María Dolores Cervera Montejano

Mérida, Yucatán, febrero de 2012

RESUMEN

Las prácticas de lactancia, ablactación y destete son determinantes importantes de la salud materno-infantil y están influenciadas por el contexto sociocultural en el cual madre e hijo participan.

El objetivo de este estudio fue conocer las etnoteorías y prácticas maternas sobre alimentación durante los dos primeros años de vida en Kiní, una comunidad rural de Yucatán.

De septiembre a diciembre de 2010 se realizaron encuestas de alimentación infantil a 30 madres seleccionadas aleatoriamente de un total de 46 que habían dado a luz durante un periodo de dos años antes del inicio del estudio. Los cuestionarios se complementaron con entrevistas etnográficas a dos madres y tres abuelas, una entrevista semi-estructurada a la nutrióloga de la clínica local y observación participante.

El 90% de las madres amamantó a sus infantes y la mayoría continuó haciéndolo al menos por un año. Las mujeres que habían destetado lo hicieron entre los tres y los 17 meses; 83% y 54% de ellas introdujo líquidos y alimentos, respectivamente, antes de los seis meses, principalmente por recomendación médica y percepción de insuficiencia de leche. La lactancia era practicada a libre demanda y la mayoría de las madres continuó amamantando durante una enfermedad. Quienes la suspendieron señalaron como motivos el miedo al contagio y a que el medicamento pudiera pasar al niño por la leche y dañarlo. En caso de que algún alimento fuese rechazado por el menor, la mayoría de las madres no lo obligaba a ingerirlo sino lo cambiaba por otro o por alguno de sus favoritos. La incorporación de los niños a la dieta familiar sucedió antes del año en 59% de los casos.

Tanto madres como abuelas reportaron la práctica de la cuarentena, durante la cual se realiza un baño caliente postparto a la madre para que baje o 'se cueza' la leche, se evita la ingesta de alimentos fríos y la exposición a aires y se procura el reposo; actualmente la cuarentena dura mucho menos que cuarenta días.

Según las madres hay mujeres que no dan pecho porque no les gusta, porque trabajan, porque hay niños que no lo agarran o por temor al contagio debido a la ingesta de medicamentos, debido a cesárea o a enfermedad. Todas estas causas fueron asociadas con insuficiencia de leche, además de mala alimentación (consumo de alimentos fríos, condimentados y salados, no consumir alimentos calientes) y a la exposición al aire frío.

Algunas de las recomendaciones de la nutrióloga de la clínica local no fueron acordes a los lineamientos mundiales; haciendo uso de sus propias ideas o etnoteorías, aconsejaba discontinuar la lactancia una vez que se introdujeran alimentos complementarios.

La lactancia materna estuvo generalizada pero se identificó una introducción de líquidos y alimentos más temprana que la recomendada. Las madres construyen sus etnoteorías a partir de las enseñanzas de las abuelas y del personal de salud. Las abuelas continúan recomendando prácticas de cuidado materno e infantil similares a las reportadas desde la tercera década del siglo XX y reflejan la clasificación mesoamericana caliente-frío de organismos y fenómenos humanos y naturales. Esos cuidados están orientados a asegurar la producción de leche en la nueva madre.

Nuestros resultados sugieren la necesidad de integrar el conocimiento local a la enseñanza médica y de nutriólogos así como incluir a otros miembros de la familia, especialmente las abuelas, a los programas de educación para la salud y nutrición.

Palabras clave: lactancia, ablactación, etnoteorías, mayas yucatecos.

ABSTRACT

Breastfeeding and weaning practices are important determinants of maternal and infant health and are influenced by the sociocultural context in which both mother and child participate.

The aim of the present study was to assess infant feeding ethnotheories and practices during the first two years of life in Kiní, a rural Mayan community in Yucatan.

From September to December 2010 we conducted infant feeding questionnaires with 30 mothers, randomly selected from a total of 46 women who had given birth within a two-year period prior to the beginning of the study. These questionnaires were complemented with ethnographic interviews with two mothers and three grandmothers, a semi-structured interview with the nutritionist of the local clinic and participant observation.

Ninety percent of women breastfed their infants and continued for at least one year. Cessation of breastfeeding occurred between three and 17 months; 82.8% of mothers introduced liquids and 53.8% introduced solid foods before their infants turned six months of age because of medical advice and perception of milk insufficiency. Breastfeeding was provided on demand and the majority of mothers continued nursing during maternal illness. Those who did not cited fear of infecting the child or hurting her with medications being taken. When infants rejected a new food, most mothers did not force them to eat it but replaced it with another or with the child's favorite food. Children started sharing family diet before the first year of life in 59.1% of the cases.

Both mothers and grandmothers reported the practice of "cuarentena" during which the mother takes a hot bath postpartum in order for the milk to come down, and cold food and cold air are avoided. Mothers should rest throughout this period, which nowadays no longer lasts 40 days but much more less.

According to mothers some women do not breastfeed because they do not like it, work outside the home, are afraid of infecting the child with medications prescribed after c-section or for illness, or because some newborns do not latch on the breast. These were also causes to which mothers attributed low milk supply as well as to inadequate maternal diet (intake of cold, spicy or salty food or not eating hot meals) and exposure to cold air.

Some of the recommendations of the nutritionist of the local health clinic did not follow international guidelines; rather she relied on her own ideas or ethnotheories and advised to cease breastfeeding once complementary feeding was initiated.

Breastfeeding was widespread but liquids and food were introduced earlier than it is recommended. Mothers construct their ethnotheories from grandmothers and medical advice. Grandmothers continue recommending infant and maternal care practices similar to those reported since the third decade of the 20th. century and reflect the Mesoamerican hot-cold classification of organisms, human and natural phenomenon. Those practices are oriented to ensure new mother's milk production. Our results suggest the need for integrating local knowledge into medical and nutritionists training as well as for including other family members, especially grandmothers, in health and nutrition education programs.

Keywords: breastfeeding, weaning, ethnotheories, Yucatec Maya.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	i
ABSTRACT.....	ii
LISTA DE CUADROS.....	v
AGRADECIMIENTOS.....	vii
INTRODUCCIÓN.....	1
ANTECEDENTES	3
Alimentación infantil en los primeros años de vida	3
Prácticas de alimentación infantil en México	4
Prácticas de alimentación infantil en comunidades mayas	7
Biología de la lactancia, ablactación y destete	10
Historia sociocultural de la ablactación y destete	15
Ideas sobre alimentación infantil.....	20
Cese total de la lactancia	27
Ideas del sistema biomédico.....	28
Etnoteorías parentales sobre alimentación infantil.....	31
Objetivos de la investigación	34
MÉTODOS Y TÉCNICAS	35
Método	34
Lugar y población de estudio	36
Instrumentos de captación de la información.....	39
Análisis de los datos	40
RESULTADOS.....	41
La comunidad.....	41
Las madres y sus familias.....	46
Perfil reproductivo de la madre.....	48
Los niños	49
Servicios de salud.....	50
Lactancia y destete	51
Ablactación.....	56
Alimentación al momento del estudio.....	59
Alimentación infantil antes y ahora: La opinión de las abuelas.....	61
Alimentación y enfermedad	62

Ideas sobre la alimentación del niño	64
Ideas sobre la insuficiencia de leche	71
Fuentes de información	74
Gobierno y alimentación infantil.....	75
DISCUSIÓN.....	80
Lactancia	80
Ablactación.....	86
CONCLUSIONES.....	91
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	94
ANEXOS	114

LISTADO DE CUADROS

Cuadro 1.	Edad en meses de introducción de líquidos y alimentos en México 1999.....	6
Cuadro 2.	Criterios para predecir edad de destete “natural” en <i>Homo sapiens</i>	14
Cuadro 3.	Características de las madres y sus cónyuges.....	47
Cuadro 4.	Mobiliario y electrodomésticos de las viviendas estudiadas.....	48
Cuadro 5.	Edad de los hijos entre 0 y 2 años de las madres estudiadas, por sexo.....	49
Cuadro 6.	Orden de nacimiento de los hijos.....	49
Cuadro 7.	Lugar de parto de las madres entrevistadas.....	50
Cuadro 8.	Lactancia al momento de la entrevista, por sexo.....	52
Cuadro 9.	Edad al destete.....	52
Cuadro 10.	Primera leche ofrecida al neonato por lugar de nacimiento	55
Cuadro 11.	Edad de introducción de primeros líquidos.....	56
Cuadro 12.	Edad al primer alimento.....	57
Cuadro 13.	Primer alimento brindado a los niños.....	58
Cuadro 14.	Motivos para elegir el primer alimento.....	58
Cuadro 15.	Alimentos consumidos por los niños al momento de la entrevista.....	60
Cuadro 16.	Motivos para elegir el alimento de los niños al momento de la entrevista.....	61
Cuadro 17.	Alimentos dañinos para el niño enfermo.....	63
Cuadro 18.	Edad a la que se deben introducir otros líquidos y otros alimentos.....	65
Cuadro 19.	Primeros líquidos ofrecidos a los niños.....	65
Cuadro 20.	Motivos por los que los niños ya pueden consumir otros líquidos.....	66
Cuadro 21.	Alimento para iniciar la ablactación y alimentos para menores de un año y niños entre 1 y 2 años de edad.....	67
Cuadro 22.	Motivos por los que los alimentos señalados son idóneos para la ablactación.....	68
Cuadro 23.	Motivos por los que los alimentos señalados son idóneos para menores de un año.....	69
Cuadro 24.	Motivos por los que los niños pueden ingerir otros alimentos entre 1-2 años de edad.....	70
Cuadro 25.	Edad a la que los niños pueden empezar a consumirlos mismos alimentos que el resto de la familia.....	70
Cuadro 26.	Motivos por los que los niños pueden integrarse a la dieta familiar.....	71
Cuadro 27.	Razones para no dar pecho.....	74
Cuadro 28.	Fuente de información sobre alimentación infantil.....	75

AGRADECIMIENTOS

La realización de esta tesis y la conclusión mis estudios no pudieron haber sido posibles sin la ayuda de muchas personas dentro y fuera del CINVESTAV.

Agradezco a la directora de esta tesis Dra. María Dolores Cervera Montejano, por brindarme todo su apoyo, enseñanza y confianza a lo largo de toda la maestría.

A los miembros del comité, Dra. María Teresa Castillo Burguete, Dr. Federico Dickinson Banack, Dra. Sandra Treviño Siller por los valiosos comentarios que enriquecieron la versión final de este trabajo.

A los ciudadanos mexicanos quienes con sus impuestos financiaron mis estudios de posgrado a través del CONACYT (CVU: 256747).

A Secretaría Académica de CINVESTAV México por otorgarme la beca terminal y el apoyo para presentar parte de los resultados de esta tesis en el Coloquio de Antropología Física Juan Comas en Noviembre de 2011.

Al personal administrativo del Departamento de Ecología Humana del CINVESTAV Mérida, en especial a Dalila Góngora y Fabiola Echeverría.

A las madres y abuelas de Kiní quienes me abrieron las puertas de su casa con toda confianza, entusiasmo y amabilidad.

A la familia de Kiní: Euridice Ciau, Marcelina Chan, Paola Ruiz, Gloria Zapata, Rodolfo Olguín, Emanuelle Mercadillo por tantos memorables eventos en el trabajo de campo.

A mis compañeros de generación, en especial a Rocío Carolina Murguía a quien le agradezco su amistad

A mis hermanos del alma y de parranda que tengo cerca y no tan cerca: César Benítez, Aracelly Guerrero, Daniel Flores, Iliana Ancona, Claudia Godoy, Telmy Flores, Rhianna Rogers.

A toda la familia Fernández en Valladolid.

Al matriarcado Gutiérrez: mi abuelita Florita (q.e.p.d.), mi hermana Giselly y sobre todo a mi madre Angelita. No hay palabras suficientes para agradecerte todo lo que has hecho por mí.

Al dueño de mi negrito corazón, Hans Kristian, esposo, compañero de aventuras y cómplice de travesuras. Gracias por hacer de los últimos años los mejores de mi vida.

INTRODUCCIÓN

Las prácticas de lactancia, ablactación y destete contribuyen de manera determinante al bienestar del niño, la madre y, en general, del grupo doméstico (Popkin *et al.* 1986, González-Cossío *et al.* 2006). Estas prácticas están reguladas por el entorno social y cultural y, por tanto, tienen significados y valores consistentes con otros aspectos de la cultura en la cual la madre y el infante participan (Quandt 1995).

En el último siglo, los patrones de lactancia y ablactación han cambiado rápidamente como resultado de la promoción de fórmulas y papillas industrializadas, la urbanización y las políticas en el empleo materno, entre otras causas (WHO/UNICEF 1990). Esto ha derivado en consecuencias adversas en la salud infantil, sobre todo en regiones en desarrollo (UNICEF 2011). En México, aunque las tasas de lactancia materna han aumentado, aún son bajas en relación con las de otros países en desarrollo. Comparadas con las poblaciones urbanas, en las rurales se observa que la lactancia es más prolongada y la introducción de alimentos complementarios sucede a edades más tardías (González-Cossío *et al.* 2003, 2006).

Estudios realizados en comunidades rurales de Yucatán, documentan que la lactancia materna es a libre demanda y se puede prolongar hasta los dos años y que la alimentación complementaria, generalmente iniciada alrededor de los seis meses, actualmente se ofrece desde los cuatro meses debido a factores como la migración, el trabajo fuera de la comunidad, la incorporación de la población al mercado mundial y las indicaciones del personal de salud, cuyas enseñanzas han estado separadas de las ideas locales (Rivera 1976, Redfield & Villa Rojas 1990, Villa Rojas 1992, Howrigan 1988, Daltabuilt Godás 1992, Cervera 1994).

La mayoría de los estudios sobre alimentación en los primeros años de vida en México han sido abordados desde una perspectiva biomédica, valiosos para establecer quiénes tienen mejores condiciones pero no para entender las ideas y motivos que sustentan las decisiones que toman las madres (Van Esterik 1996, González-Cossío *et al.* 2003).

Por ello, esta investigación se orientó a estudiar las ideas o etnoteorías (comúnmente referidas como creencias en la literatura) y prácticas de alimentación infantil desde una perspectiva etnográfica en la comunidad maya de Kiní, Yucatán, como parte del proyecto *Etnoteorías parentales sobre desarrollo, aprendizaje e inteligencia en poblaciones mayas yucatecas de dos entornos ecológicos* que dirige María Dolores Cervera Montejano. El conocimiento de esas etnoteorías y prácticas puede ofrecer elementos para diseñar intervenciones dirigidas a mejorar la salud y nutrición materno-infantil a partir de las etnoteorías que las madres elaboran a partir de su experiencia, enmarcada en el contexto diverso y cambiante en el que dan a luz y crían a sus hijos.

ANTECEDENTES

Alimentación infantil en los primeros años de vida

La lactancia representa un periodo de interdependencia fisiológica de la madre y el infante, durante el cual los nutrientes necesarios para el correcto desarrollo del infante son proporcionados por la leche materna. Sus ventajas han sido ampliamente documentadas y comprenden la reducción de morbi-mortalidad por enfermedades infecciosas y por síndrome de muerte súbita infantil, menor riesgo de padecer diabetes y obesidad en la edad adulta y mejor desarrollo neuromotriz (León-Cava 2002, McKenna & Bernshaw 2005, Harder *et al.* 2005). La lactancia contribuye a reducir tanto el riesgo materno de padecer cáncer de seno, ciertos tipos de cáncer ovárico e infarto al corazón (León-Cava 2002, Swartz *et al.* 2009), como la fertilidad, debido a la anovulación, que contribuye a disminuir las cargas de estrés que representan los embarazos repetidos (Ellison 1995, Lutter 2005).

Actualmente, la Organización Mundial de la Salud (2003) recomienda la lactancia exclusiva, es decir, sin que se introduzca otro tipo de alimento, por un periodo de seis meses. Transcurrido este tiempo, es necesaria la introducción de alimentos complementarios porque las reservas de nutrientes en la leche materna empiezan a declinar y los requerimientos nutricionales del infante aumentan (Dettwyler & Fishman 1992). Sin embargo, dado que la leche materna sigue aportando nutrimentos esenciales, se recomienda seguir la lactancia hasta los dos años o hasta que la madre quiera. La alimentación complementaria debe ser higiénica y adecuada tanto en su contenido nutricional como en cantidad, consistencia, frecuencia y densidad energética. Una alimentación complementaria adecuada es particularmente importante para la prevención de la desnutrición y, por tanto, para el crecimiento y desarrollo infantil (OMS 2003).

A nivel mundial, UNICEF (2011) ha reportado que durante la década de 1990 hubo una ligera mejoría en las tasas de lactancia materna exclusiva durante los primeros cuatro meses de vida; en los países en desarrollo pasó de 48 a 52%. La proporción de niños que recibieron leche materna entre uno y dos años de edad aumentó sólo ligeramente. Aunque las tasas de lactancia materna ya no están en declive a nivel mundial, en los países en vías

de desarrollo sólo el 38% de los niños menores de seis meses reciben leche materna exclusivamente y sólo el 39% de los niños entre 20 y 23 meses siguieron recibéndola.

También a nivel mundial, UNICEF (2011) indica que la alimentación complementaria oportuna (de 6 a 9 meses) ha mejorado, pasando del 43% al 49% entre 1990 y 2000. Sin embargo, en la mayor parte de los países en desarrollo estas prácticas son, generalmente, inadecuadas en contenido nutricional y frecuencia y la introducción temprana de alimentos y la escasa higiene en su preparación pone a los niños en constante riesgo de padecer enfermedades infecciosas. Esto ha contribuido a que un tercio de los niños menores de cinco años en estos países sufran emaciación y que gran parte sea deficientes en uno o más macronutrientes.

Prácticas de alimentación infantil en México

En México, las tasas de lactancia materna han aumentado pero aún son bajas comparadas con las de otros países en desarrollo y muy por debajo de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. En las décadas de 1970 y 1980, las encuestas mostraron que entre el 78% y el 83% de las madres iniciaron la lactancia, siendo la proporción mayor en las áreas rurales (89%) (Pérez-Escamilla & Dewey 1992).

De acuerdo con las Encuestas Nacionales de Nutrición (ENN)¹, en 1988, 86% de los infantes mexicanos había recibido leche al nacimiento y la lactancia se extendía a nueve meses en promedio (Long-Dunlap *et al.* 1995). En 1999, la tasa aumentó a 92% pero la duración promedio no varió (González-Cossío *et al.* 2003). Estos resultados sugieren un aumento sostenido, aunque ligero, en la proporción de madres que iniciaron la lactancia. En las localidades urbanas la alimentación al pecho duraba aproximadamente siete meses, mientras que en las rurales se extendía en promedio a 14 meses; en la región sur de México, donde habita la mayor proporción de población indígena, la duración promedio de la lactancia fue de 15 meses mientras que en la región metropolitana de la Ciudad de México

¹ Se comparan sólo los resultados de lactancia, destete y ablactación en las ENN ya que los correspondientes de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2006 no han sido publicados.

fue de siete, en el norte seis y en el centro ocho meses. Asimismo, en la zona sur hubo una mayor proporción de lactancia materna exclusiva para niños menores de seis meses (31%).

En la ENN 1988, se reportó que, aparte del agua, la leche fresca o en polvo es el suplemento que con mayor frecuencia es introducido en la dieta de las poblaciones urbanas y en algunas rurales. Sin embargo, en estas últimas las madres tendían a dar otras leches más tardíamente (Long-Dunlap *et al.* 1995).

De acuerdo a la ENN 1999, la edad para el consumo regular de agua es de tres meses a excepción de las familias indígenas en donde sucedía a los cuatro meses. La leche no-humana fue introducida a los tres meses en familias urbanas y no indígenas, a los cuatro en las rurales y a los siete en las indígenas. La edad de introducción de líquidos no nutritivos (agua azucarada, té, caldo de pollo comercial, café, refrescos, aguamiel) es de tres meses a excepción del área rural en donde fue a los cuatro meses y en las familias indígenas en las cuales fue a los cinco. Los líquidos nutritivos (atole, café con leche, jugo de frutas) generalmente son introducidos a los cinco meses en poblaciones de áreas urbanas y no indígenas y seis meses en las rurales e indígenas. Las frutas y los vegetales son introducidos a los cuatro meses en áreas urbanas, poblaciones no indígenas y a los cinco meses en áreas rurales y seis en hogares indígenas. Los cereales y leguminosas (frijol, lenteja, avena, pan, tortilla, pasta, arroz) son introducidos a los cinco meses en poblaciones urbanas y no indígenas y seis en las rurales e indígenas. Los productos de origen animal (carne, huevos, queso, yogurt) se incorporaron a la dieta a los 6 meses en todos los grupos excepto hogares indígenas en donde ocurrió un mes después (González-Cossío *et al.* 2006).

En general, se observa una introducción temprana de todos los grupos de alimentos en las familias que viven en áreas urbanas y hogares no indígenas en contraste con las áreas rurales y hogares indígenas (Cuadro 1).

Cuadro 1

Edad en meses de introducción de líquidos y alimentos e México, 1999^a

Alimento/subgrupo	Urbanas	Rurales	No-indígenas	Indígenas
Agua	3	3	3	4
Leche no humana	3	4	3	7
Líquidos no nutritivos	3	4	3	5
Líquidos nutritivos	5	6	5	6
Frutas y vegetales	4	5	4	6
Cereales y leguminosas	5	6	5	6
Productos de origen animal	6	6	6	7

a. Modificado de González-Cossío et al. 2006

Las diferencias entre las prácticas urbanas y rurales de alimentación infantil fueron estudiadas por Villalpando *et al* (1996) mediante la comparación entre la comunidad rural de San Mateo Capulhuac, Estado de México, y la de las colonias Iztapalapa y Tizapán en la Ciudad de México. En San Mateo Capulhuac, 99% de las madres inició la lactancia materna en algún momento de las primeras dos semanas y la continuó hasta los seis meses de edad del infante (aunque también les podían dar otros líquidos). Las leches industrializadas solo podían adquirirse en otro poblado a un precio prohibitivo para las familias. En las colonias de la Ciudad de México, aunque el 93% de las madres iniciaron tempranamente la lactancia, hacia el final del tercer mes de edad de los infantes, aproximadamente 75% seguía amamantando y solo el 40% lo hacía de manera predominante. Al final del sexto mes sólo el 25% le seguía dando leche materna. El 60% discontinuó la lactancia por considerar que no tenía suficiente leche. Entre estas madres, 40% reportó haber cambiado a leche industrializada por decisión propia y 20% reportó que le fue prescrita por un profesional de la salud.

Dos estudios en México sobre alimentación complementaria (revisados en Vázquez-Garibay et al. 2008) reportan una introducción temprana de líquidos y alimentos en la dieta infantil. En uno se observó que los líquidos era brindados desde el primer mes de vida y al tercer mes, ya consumían hasta tres grupos de alimentos. En el otro, realizado con niños

menores de dos años atendidos por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), se encontró que los alimentos fueron introducidos a los cinco meses y consistieron en frutas, verduras, Gerber®, caldo de frijol o de pollo y sopa de pasta. En ambos estudios, tanto el personal de salud como los familiares (principalmente la abuela del niño) influían en las decisiones maternas.

Prácticas de alimentación infantil en comunidades mayas

Las prácticas de alimentación infantil de la sociedad maya han sufrido cambios a lo largo del tiempo. La evidencia arqueológica sugiere que durante el período Clásico los infantes eran amamantados hasta los cinco años pero que ya habían sido suplementados con alimentos blandos, pobres en hierro y altos en carbohidratos (muy posiblemente atole de maíz) antes de los dos años (Wright & Schwarcz 1998, Reyes 2007).

En el siglo XVI, Fray Diego de Landa (1983) apunta que los niños eran amamantados hasta los tres o cuatro años sin mencionar la edad a la que se introducía comida blanda. Otras fuentes históricas señalan que al niño se le daba el atole preparado con el maíz de la cosecha del primer ciclo agrícola después de su nacimiento (Izquierdo 2001).

Durante la década de 1930, en Chan Kom, sureste de Yucatán, los niños eran amamantados hasta los dos años. Sin embargo, en muchos casos, se les permitía mamar ocasionalmente hasta el quinto o sexto año de vida. Había considerable variación en cuanto a la alimentación complementaria. La mayoría le daba atole al niño dentro de los primeros meses de vida, o al menos durante el primer año, aunque algunas familias preferían la avena y el arroz. No existía la intención de alimentar a los niños lactantes regularmente. A los niños no se les daban tortillas hasta que tuvieran sus primeros dientes y pronto, su dieta era la misma a la de los adultos. Si la madre moría, al niño se le daba la leche de otra madre lactante o era alimentado con leche condensada (Redfield & Villa Rojas 1990).

En esa misma década, entre los mayas de Quintana Roo, el niño le era entregado a su madre después del parto para que lo amamantase y conservase a su lado. Cuando la madre no tenía leche, el niño era amamantado por otra mujer, preferentemente de la familia. Al

tercer día, tanto madre como hijo recibían un baño con agua tibia y jabón perfumado, especialmente comprado en la ciudad más cercana. Durante este baño, se tomaban precauciones para evitar el enfriamiento de ambos. La lactancia duraba de dos a tres años y en algunos casos se veían niños mayores siendo amamantados. Además de la leche materna, el niño tomaba pequeñas cantidades de atole antes de cumplir un año de edad y les empezaban a dar tortillas hasta que le comenzaban a salir los dientes (Villa Rojas 1992).

A mediados de la década de 1970, en Xoy, una comisaría al sur de Yucatán, las madres alimentaban al recién nacido con té de hierbabuena y lavanda endulzado con miel durante los primeros tres días. La lactancia empezaba después, no sin antes realizar baños calientes a las recién paridas para que su leche quedara “cocida” y no intoxicara al bebé. A los seis meses, cuando emergía su primer diente, se le empezaba a dar maíz. En caso de que la madre muriese o ante la imposibilidad de dar pecho, el infante era confiado a una nodriza o alimentado con leche de cabra. La alimentación al pecho duraba entre dos y tres años y no era raro ver a una madre amamantando al mismo tiempo a un niño de dos años junto con un recién nacido (Rivera 1976).

Los estudios más recientes llevados a cabo en comunidades mayas rurales refieren tanto a un inicio temprano de la lactancia como al desecho del calostro como alimento. En Guatemala, el inicio de la lactancia podía suceder entre la primera hora y los tres días. En algunos casos, a los bebés se les daban prelácteos de hierbas, miel, aceite, agua con anís, agua de arroz, con el fin de limpiar su estómago, protegerlos de infecciones, evitar cólicos, calmar su sed, para que no lloraran o para esperar a que le bajase la leche a su madre. Sin embargo, en otros casos estas bebidas se daban para complementar el calostro. En estas comunidades, las madres creen que la leche “baja” o madura entre la segunda hora y el segundo día de nacido (Sáenz de Tejada & Calderón 1997).

En comunidades del sur de Yucatán, se ha reportado que al recién nacido se le daba a beber un té de alhucema y canela endulzado con azúcar para eliminar los desechos de la gestación o de la ingesta del líquido amniótico durante el nacimiento (Alfaro Abraham 2009) o para quitar el sabor amargo de la boca del bebé (Güémez Pineda 1988). A diferencia de estos

casos, en Ticul la lactancia empezaba minutos después del nacimiento por recomendación de la partera (Jordan 1993). En Oxkutzcab daban los primeros alimentos al niño entre los tres y los seis meses y consistían en galletas y tortillas. Poco a poco, se le daba fideos y frijoles, siendo poco común el consumo de verduras. Igualmente, asociaban alimentar al niño con biberón con un mejor estatus social probablemente por la asociación de que lo moderno es mejor. En esta misma población se reporta que el cambio en el tipo de alimentación ha ido acompañada de un decrecimiento en el intervalo de los nacimientos, consecuencia de un destete cada vez más temprano (de 22 a 11 meses). El nacimiento del siguiente hijo es de los 7 a los 12 meses después del destete. Este cambio ha sucedido a pesar de que las mujeres yucatecas reconocen la relación entre la lactancia y el espacio entre nacimientos. En esta comunidad, los padres que tenían trabajo asalariado en la capital del estado o en hoteles de la costa quintanarroense, eran los agentes del cambio en las prácticas alimenticias pues veían con orgullo poder proveer a sus hijos alimentos modernos y de prestigio (Howrigan 1988).

En comunidades productoras comerciales de cítricos y en comunidades milperas, la lactancia era a libre demanda aunque en las primeras había aumentado el uso combinado de fórmula láctea y leche materna, sobre todo entre las madres que vendían sus productos en el mercado de Oxkutzcab (Cervera 1994). Los alimentos sólidos fueron brindados a los cinco o seis meses en las comunidades milperas y dos meses antes en las citrícolas. También, en estas últimas se tendía a destetar al niño a edades más tempranas que en las milperas. Los primeros líquidos y alimentos consistían en leche de fórmula, infusiones de hierbas, atoles, tortillas, galletas, pan, frijoles, sopas de pasta y papillas de verduras. En las comunidades citrícolas, un mayor número de madres brindaba papillas industriales a sus hijos.

En Yalcobá, al oriente de Yucatán, el 97% de las mujeres amamantaban a sus hijos pero la mitad no daban el calostro, empezando la lactancia materna hasta el tercer día de nacido. En estos primeros días, el niño era alimentado con leche en polvo, alimento que algunas mujeres también daban en conjunto con la leche materna. En promedio, la lactancia en esta comunidad se extendía a año y medio. Los alimentos adicionales a la leche materna eran introducidos entre los cuatro y seis meses. Las madres daban sus hijos pan, galletas,

tortillas, atoles, chocolate y frijol en pequeñas cantidades, mientras que los alimentos proteicos como la carne y los huevos eran introducidos entre el primer y segundo año. Solamente el 35% de las mujeres en Yalcobá les daba atole a los niños como comida suplementaria (Daltabuit Godás 1992).

De acuerdo con la Encuesta de Alimentación y Nutrición en el Medio Rural 2005, en Yucatán la lactancia exclusiva durante el primer mes de vida aumentó del 74% a 78% entre 1996 y 2005. Sin embargo, al llegar al tercer, sexto y duodécimo mes de vida hubo una disminución de este tipo de lactancia para dar preferencia a la lactancia mixta. Igualmente, el uso del biberón disminuyó en el primer y tercer mes de vida (del 6 al 3% en el primero; del 8 al 6% en el tercero) aunque en el duodécimo su uso aumentó (del 20% al 31%) (Ávila-Curiel et al. 2005).

En resumen, las comunidades mayas han presentado tasas altas de lactancia materna comparadas con las poblaciones urbanas de México. Las fuentes ofrecen un panorama diverso en relación a la práctica de brindar calostro al recién nacido. El inicio de la alimentación complementaria en estas comunidades fue influenciada por factores como la migración, el trabajo fuera de la comunidad, su incorporación al mercado mundial y la extensión de los servicios de salud públicos. Se aprecia una uniformidad en los alimentos brindados (leche, atole, frijol, papillas, galletas, tortilla, sopas de pasta) siendo la papilla industrial únicamente reportado por las comunidades con mayor dependencia al cultivo comercial de cítricos.

Biología de la lactancia, ablactación y destete

La biología y la cultura humanas están complejamente relacionadas en las prácticas de alimentación infantil, cuyo principal componente, la lactancia, es un proceso biológico que heredamos de nuestros ancestros mamíferos hace millones de años (Stuart Macadam 1995a).

Los mamíferos son animales vertebrados cuyas hembras se caracterizan por tener glándulas mamarias (Stein & Rowe 2000). La habilidad fisiológica y la necesidad de alimentarnos de

las glándulas mamarias es, de hecho, lo que nos define como miembros de la clase Mammalia (Dettwyler 1995).

Para todos los mamíferos, la leche materna es esencial para su crecimiento y desarrollo. Provee de energía (grasa, lactosa), caseínas, alfa-lactalbuminas, beta-lactoglobulinas, anticuerpos, vitaminas y minerales los cuales son una parte importante durante el comienzo de su vida (Latham 2002). El contenido nutricional e inmunológico de la leche de los mamíferos ha evolucionado para cubrir las necesidades fisiológicas y de crecimiento de las crías de cada especie (Trevathan 2004). Los primates han sido llamados “proveedores a demanda”, ya que mantienen a sus crías con ellos en todo momento, permitiéndoles una succión frecuente a diferencia de otros mamíferos que, por razones ecológicas, los mantienen separados. En este caso, su leche es rica en grasa y la alimentación es menos frecuente (Trevathan 2004, Sellen 2009).

La leche humana, como la del resto de los primates es baja en grasa (4%) y proteínas (menos del 2%) y excepcionalmente alta en carbohidratos, principalmente lactosa (más del 6%) (Prentice 1996). Esta composición contribuye al desarrollo del cerebro, cuyo tamaño se duplica durante en el primer año de vida (Trevathan 2004).

La composición de la leche varía en el transcurso de la lactancia. La primera secreción mamaria después del parto, llamada calostro, difiere en composición de la leche posterior (Jennes 1986). En el ser humano, este precursor de la leche es muy alto en proteína y bajo en grasa comparado con la leche madura (Latham 2002). El calostro consta de agentes antiinfecciosos, agentes antiinflamatorios, transportadores, enzimas digestivas y hormonas péptidas (Holman & Grimes 2003, Riordan 2005). Esta composición promueve la maduración de las células del tracto intestinal, facilitando la absorción de nutrientes y la construcción de barreras contra patógenos (Holman & Grimes 2003). En los siguientes diez días, el calostro se transforma en leche madura. Dada la protección inmunológica que el calostro y la leche posterior confieren en los críticos primeros meses de vida, la lactancia ha sido asociada con una prevención significativa de enfermedades infecciosas y, en general, de la mortalidad infantil (León-Cava 2002).

Dos hormonas intervienen en la lactancia de manera directa: la prolactina y la oxitocina. Cuando el lactante succiona el pecho materno, los impulsos sensoriales viajan del pezón hacia el cerebro. Como respuesta, el lóbulo anterior de la glándula pituitaria secreta prolactina y el lóbulo posterior secreta oxitocina. La prolactina es la hormona encargada de la secreción de la leche por parte de las células alveolares. Cuando el bebé succiona, los niveles sanguíneos de prolactina aumentan y se estimula la producción de leche. Durante las primeras semanas, cuanto más el lactante succiona y estimula el pezón, más prolactina se produce y, por lo tanto, se produce más leche. Pero si la madre deja de dar pecho, la secreción de leche también se detiene. Por su parte, la oxitocina es la hormona encargada de la eyección de leche e inicia su acción cuando la madre prevé una succión y cuando el bebé está succionando. Este reflejo está condicionado por las sensaciones y sentimientos de la madre, como el tocar, oler o ver a su lactante por lo cual es importante mantenerlo cercano a ella procurando el contacto piel a piel (OMS 2010).

Estas dos hormonas también se relacionan estrechamente a la fertilidad y, por tanto, a la estructura familiar. Cuando un bebé succiona menos y disminuyen los niveles de prolactina y oxitocina, aumenta la probabilidad de que sobrevenga el retorno a la ovulación (Stuart-Macadam 1995a). Los embarazos poco espaciados tienen un impacto negativo acumulativo en los índices de mortalidad infantil, pues el destete abrupto repercute tanto en la salud del niño destetado como en el siguiente (Ellison 1995).

Los embarazos seguidos acaban con las reservas maternas comprometiendo la capacidad de la mujer en invertir recursos en niños adicionales. El estatus de salud deficiente de la madre da lugar a niños con bajo peso, los cuales tienen menores esperanzas de sobrevivir los periodos más difíciles de su crecimiento (Ellison 1995). Asimismo, los niños se ven afectados por la competencia que sobreviene con un nuevo hermano, tanto por los recursos en el hogar como por la atención materna (Panter-Brick 1998).

La lactancia tiene una carga metabólica alta para la madre. Su costo calórico ha sido estimado aproximadamente de 500 kilocalorías por día, lo que representa un incremento,

con respecto a la mujer que no está lactando, de 25-30% de las necesidades de energía (Lunn 1994, Ellison 2001). La mujer puede cubrir este costo de energía para producir leche materna mediante varias estrategias. Por ejemplo, aumentando la ingesta alimentaria, reduciendo el gasto de energía mediante la disminución de la actividad física o aumentando la eficiencia metabólica (Ellison 2001). Si el consumo de energía es insuficiente para satisfacer la producción, las mujeres pueden recurrir a sus reservas corporales de grasa y músculo (Piperata 2009). Sin embargo, en las regiones en vías de desarrollo resulta difícil incrementar el consumo de alimentos cuando hay escasez generalizada y, por la misma razón, las mujeres poseen reservas de grasa limitadas (Ellison 2001).

Asimismo, si bien es posible la reducción de la actividad física en los lugares donde las madres cuentan con el apoyo de otros miembros de la comunidad, en otras regiones en desarrollo las mujeres lactantes no modifican sus patrones de actividad y se incorporan a la rutina diaria rápidamente después del parto. Por ejemplo, las madres de la comunidad recolectora ache de Paraguay, las de la comunidad agricultora hiwi de Venezuela (Hurtado et al. 1992) y las de la comunidad agropastoril tamang de Nepal (Panter-Brick 1989).

Lo anterior sugiere que, aunque las mujeres tienen una gran flexibilidad en las estrategias que usan para cubrir el gasto metabólico de la lactancia, sus opciones están más bien condicionadas por el contexto social en el que viven: la división sexual del trabajo, los patrones dietéticos y de actividad y la ayuda de la familia en las actividades domésticas y de subsistencia (Piperata 2009).

La maduración fisiológica y las necesidades nutrimentales del niño son los dos elementos condicionantes para el comienzo de la introducción de otros alimentos en la dieta del lactante. Antes de los cuatro a seis meses, el aparato digestivo del infante no puede sintetizar los hidratos de carbono complejos (como los presentes en los cereales) y los lípidos no presentes en la leche materna. Asimismo, su pared intestinal es excesivamente permeable y las proteínas completas con bajo peso molecular pueden pasar al torrente circulatorio originando reacciones alérgicas a determinados alimentos. Después de los seis meses de vida se incrementan las necesidades calóricas y nutricionales de los infantes, por

lo que la leche materna debe ser complementada con otras fuentes de alimentación (Flores-Huerta et al. 2008).

Generalmente, la transición de una alimentación exclusiva con leche materna a la dependencia exclusiva a otros alimentos no sucede de manera abrupta. Por el contrario, incluye una fase intermedia de lactancia mixta que varía enormemente en las poblaciones humanas (McDade 2001, Sellen & Smay 2001).

Algunos estudios evolutivos han inferido la edad a la cual los humanos estarían adaptados para terminar la lactancia, a partir de la extrapolación de datos de primates a la especie humana (Dettwyler 1995). Los resultados (Cuadro 2), fueron diferentes según el criterio aplicado pero, en resumen, la edad mínima de destete fue de dos años y medio con un máximo de siete. La aplicación de estos modelos a los seres humanos da como resultado un amplio rango de valores, debido a las variaciones de peso y talla entre poblaciones y más probablemente porque no incorporan factores culturales como la dieta, estado nutricional, carga de trabajo y tecnología.

Cuadro 2

Criterios de desarrollo de grandes primates para predecir edad de destete "natural" en Homo sapiens (en años)

Criterios	Predicción edad destete en <i>Homo sapiens</i>
Erupción del primer molar	5.5-6.0
Seis veces su tiempo de gestación	4.5
Cuadruplicar peso al nacer	2.5-3.5
1/3 de su peso adulto	5.0-7.0
Mitad de la edad de madurez reproductiva	6.0

Historia sociocultural de la ablactación y destete

Los patrones de alimentación infantil han ido cambiando a lo largo del tiempo en relación con los avances en la obtención y el procesamiento de los alimentos y según las realidades socioculturales y políticas de cada época.

Algunos autores señalan que la reducción en la edad de la ablactación no hubiera sido posible sin la aplicación de innovaciones tecnológicas. Anterior al período de la domesticación de plantas y animales, probablemente las alternativas a la leche materna no eran consideradas efectivas (Fildes 1995).

Según una hipótesis, la ablactación y el destete ocurren a edades más tempranas en las poblaciones que tienen mayor acceso a alimentos regularmente disponibles, digeribles fácilmente, ricos en nutrientes y apropiadas para el destete con un mínimo de riesgos para la salud del niño. La hipótesis asume que la calidad de los alimentos disponibles para los niños varía entre las sociedades según sus prácticas de subsistencia: cazadoras-recolectoras, pastoriles y agrícolas (Sellen & Smay 2001).

Para corroborar esta hipótesis, se compararon los datos sobre la suplementación y el destete en sociedades con diferentes prácticas de subsistencia. Se encontró que la introducción de líquidos fue retrasada en las poblaciones agrícolas y que la alimentación complementaria con comida sólida fue postergada en las poblaciones pastoriles, en relación con las que dependían menos del pastoreo. La duración de la lactancia fue mayor en las poblaciones que dependían de la caza y recolección pero no se encontró evidencia cualitativa de que tales poblaciones carecieran de alimentos apropiados para ablactar (Sellen & Smay 2001).

También se encontraron algunas diferencias en la frecuencia de las diferentes clases de alimentos. Fue menos probable que los productores utilizaran carne, pescado, frutas y mucho más probable que utilizaran la leche y los alimentos derivados de los cultivos ricos en hidratos de carbono. Esto contradice la predicción general de que la clase de alimentos brindados a los infantes son cualitativamente diferentes entre las poblaciones cazadoras-

recolectoras y pastoriles a las utilizadas en las sociedades predominantemente agrícolas (Sellen & Smay 2001).

Otra hipótesis sugiere que ablactación y destete tienden a ocurrir a edades más tempranas en poblaciones en las cuales las actividades maternas de subsistencia requieren la separación física de las madres y los niños durante un período largo. La alimentación complementaria es brindada por otros cuidadores y el proceso de destete sucede independientemente de la disponibilidad de alimentos o de leche de otros animales (Sellen & Smay 2001).

Por su parte, la hipótesis del “destete óptimo” predice que la duración de la lactancia exclusiva y parcial así como el nivel de suplementación con otros alimentos dependerá de la carga de patógenos y los costos maternos. En lugares con un alto riesgo de infecciones la lactancia materna debería durar más para reducir los costos de destetar al bebé (Sellen & Smay 2001).

Las transiciones a lo largo de la historia humana cambiaron los patrones de alimentación infantil. El advenimiento de la agricultura trajo consigo una reducción en la variabilidad de alimentos y cambios en los patrones de actividad (Bentley *et al.* 2001). Los datos arqueológicos muestran una enorme variabilidad en la edad de introducción de otros alimentos, con rangos que van de los cinco meses a los dos años (Stuart-Macadam 1995).

Como sucede en la actualidad, probablemente no todos los infantes en la antigüedad hayan sido amamantados, como lo evidencian las pequeñas vasijas encontradas en las tumbas de los niños que datan de 2000 A.C (Fildes 1995). Sin embargo, el tipo de inferencia arqueológica con respecto a bienes funerarios es problemático y no permite saber si en realidad estas vasijas fueron usadas para alimentar al niño desde su nacimiento o para la alimentación suplementaria.

Durante el Medievo, la lactancia duraba entre uno y dos años mientras que en el Renacimiento era de dos (Fildes 1995). Aunque ya era una práctica común en muchas

sociedades como la egipcia y la hebrea, es durante aquellos periodos que se populariza el uso de nodrizas entre las clases acomodadas (Fildes 1995, OMS 1981). Ante la llegada de la Revolución Industrial, el uso de nodrizas disminuyó y surgió un nuevo patrón de alimentación infantil en las ciudades de los países recién industrializados. Las madres trabajadoras regresaban a las fábricas a pocos días de haber dado a luz y a pesar de que algunas de ellas continuaban amamantando en la mañana y en la noche, era común que los cuidadores del niño brindaran otros alimentos durante el día (Fildes 1995). Este periodo sienta las bases para el uso masivo de leches alternativas a la materna que culminaría en la década de 1930 con la creación y comercialización de fórmulas lácteas por un puñado de farmacéuticas (Van Esterik 1996).

La promoción de los substitutos de la leche tuvo un profundo efecto sobre las prácticas de alimentación en todo el mundo y persiste en nuestros días. Algunas mujeres creen que las fórmulas lácteas son mejores para el infante o, por lo menos, que deben complementar la leche materna. Es posible que la suplementación temprana haya masificado la percepción de insuficiencia de leche (Quandt 1995). Ciertamente, existen circunstancias en las cuales una mujer está limitada fisiológicamente en su habilidad para producir leche (Riordan 2005). Sin embargo, dado que la producción de leche es un fenómeno de “oferta y demanda”, mientras más mame el infante más leche será producida. Cuando al infante se le brindan otros líquidos y alimentos su demanda de leche disminuye y, por tanto, se produce menos leche. Pronto, la madre se da cuenta que el infante no está recibiendo los suficientes nutrientes de su leche y le brinda más comidas suplementarias para incrementar su peso. Esta espiral termina con el destete y la dependencia total a los otros alimentos (Trevathan 2004, Lindsay et al. 2008).

Además de la suplementación temprana, otros factores han sido reportados como causas de la percepción de insuficiencia de leche, en su mayoría en las sociedades industrializadas: la falta de apoyo social para la lactancia materna y de contacto constante materno-infantil, las políticas inadecuadas de alimentación infantil en las salas de maternidad, el escaso conocimiento de la fisiología de la lactancia entre los trabajadores de la salud y las madres, estrés y/o ansiedad de la madre, poca confianza derivada de la maternidad y actitudes hacia

la lactancia materna, bajo peso al nacer, la desnutrición materna, paridad, uso de anticonceptivos hormonales y temperamento infantil (Segura-Millán *et al.* 1995).

Se han identificado varias transformaciones sociales que repercuten en las prácticas de alimentación y cuidado infantil. Primero, la tendencia de los sistemas alimentarios a la deslocalización y la comercialización de los alimentos suplementarios (Pelto 1987). Segundo, en muchas poblaciones, las creencias locales sobre la alimentación infantil están experimentando cambios rápidos causados por la migración a los centros urbanos, el incremento del acceso a medios masivos de comunicación, el trabajo asalariado de las mujeres y el contacto con nuevas ideas sobre la alimentación infantil, no sólo las nociones occidentales, sino también de conceptos y prácticas de personas de otras regiones del mismo país (Dettwyler 1987, Pelto 1987, Sellen 2001a). En gran parte del mundo, la industrialización y la modernidad están asociadas con la prevalencia más alta de la alimentación complementaria temprana y la alimentación con fórmula (Sellen 2009).

Sumado a esto, está la creciente sexualización de las mamas por los medios de comunicación, una idea anteriormente exclusiva de las culturas occidentales. En Estados Unidos, la poca aceptación de amamantar en público es una de las barreras a las que se enfrentan las mujeres (Bentley *et al.* 2003) y, probablemente, esta idea seguirá expandiéndose en muchas sociedades. Por ejemplo, entre los navajos actuales es menos común ver a jóvenes amamantando en público cuando en el pasado era aceptable y, por lo tanto, una práctica frecuente (Wright *et al.* 1993).

A partir de la década de 1970, ante la evidencia de que el destete temprano estaba asociado a la promoción de la lactancia artificial y, en general, a las percepciones de la madre, fue necesaria la creación de iniciativas mundiales de la OMS/UNICEF referentes a la alimentación infantil tales como el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (WHO 1981) y la Iniciativa de los Hospitales Amigos del Niño (WHO/UNICEF 1989). En breve, el Código establece la regulación publicitaria de las fórmulas en los medios masivos de comunicación. Por su parte, la Iniciativa prohíbe la

promoción de fórmulas en los hospitales y promueve el alojamiento conjunto y el inicio de lactancia durante la primera hora post-parto.

En México, no existe a la fecha una ley específica relativa a los sucedáneos de la leche materna. En 1992, los fabricantes se comprometieron a regular la promoción, distribución y entrega de sus productos a los agentes de salud (ratificándolo en 1995 y en 2000). En el 2007 presentan su compromiso de *“Asegurar que la comercialización de los sucedáneos de la leche materna se realice de acuerdo con los principios del Código Internacional para la Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna y las resoluciones adoptadas por la Asamblea Mundial de la Salud y por la Normatividad Oficial de México al respecto...”*(OPS 2011).

En la actualidad, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad establece que la publicidad y la promoción publicitaria de fórmulas deberá fomentar la lactancia materna, señalando los beneficios de ésta e indicar que el uso de las fórmulas se recomienda únicamente en casos de intolerancia del niño a la leche materna, ausencia de la madre e incapacidad de ésta para dar leche o por cualquier otra razón sanitaria fundada. Lo anterior sugiere que, si bien la intención es promover la lactancia, la norma permite la publicidad de los sucedáneos de la leche materna lo cual está absolutamente prohibido en el Código de 1981. Según lo reportado por el último monitoreo de la Organización Panamericana de la Salud, en México nunca han sido aplicadas sanciones ante los continuos incumplimientos de estos compromisos (OPS 2011).

La Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños fue implementada en México desde su creación y hasta 2002, fecha del último conteo, era el país latinoamericano con más hospitales de este tipo (692 según UNICEF). Sin embargo, sólo se ha realizado un estudio controlado sobre su efectividad y data de 1992 (Pérez-Escamilla 2007). En otros países se ha observado que su implementación ha mejorado las tasas de inicio y duración de lactancia así como la probabilidad de lactancia exclusiva y completa hasta los 3 meses de edad del infante.

Si bien las recomendaciones de la OMS han resultado en cambios positivos graduales en el número de mujeres que inician la lactancia, sobre todo en las clases medias y altas de los países desarrollados, todavía queda mucho por lograr. En muchos casos, sobre todo en zonas urbanas, las recomendaciones referentes a las prácticas de alimentación infantil resultan incompatibles con las actuales políticas de trabajo del sector privado y público, razón frecuentemente mencionada por las madres trabajadoras para iniciar la alimentación complementaria o destetar al infante (Riordan 2005, Van Esterik 2002). Alrededor del mundo, las mujeres tienen que lidiar con múltiples responsabilidades sobre el cuidado infantil, las tareas del hogar y el empleo fuera de él (Vitzthum 1998).

Ideas sobre alimentación infantil

Ligadas a los factores contextuales están las percepciones y creencias de la sociedad hacia la salud y el desarrollo infantil. En la mayoría de las poblaciones existen pautas de conducta que las mujeres deben seguir durante el embarazo y los primeros años para asegurar su salud y la del niño que incluyen las comidas específicas que deben ingerir o evitar, la vestimenta, amuletos y la restricción de ciertos comportamientos durante estos períodos. Por ejemplo, después del nacimiento y durante la lactancia, en algunas culturas se evita el contacto sexual, cierto tipo de alimentos y el contacto con ciertas personas, se realizan rituales y se favorecen o restringen las actividades domésticas (Raphael & Davis 1985).

En muchas sociedades, existe la creencia de que el calostro está envenenado o tiene pus debido a su color y consistencia (Stuart-Macadam 1995; Fildes 1995b). En India, el calostro es descartado y en su lugar el infante recibe leche de vaca, agua, miel y *ghee* (mantequilla clarificada) para limpiar el estómago (Laroia & Sharma 2006).

En México, se ha reportado la práctica de no dar calostro al recién nacido. En la población rural estudiada por Sanjur y colegas (1971), las madres comenzaban el amamantamiento hasta el tercer día por considerar que el calostro no era conveniente para su hijo. En consecuencia, daban hasta 12 clases distintas de tés, siendo los más comunes los de hierbabuena, manzanilla, canela, orégano, anís y naranjo. En un estudio más reciente en

Guadalajara, las madres también reemplazaban el calostro por té azucarados de manzanilla o hierbabuena (Villaseñor 1998).

En el estudio de Mennella y colegas (2005), llevado al cabo en cuatro ciudades del país (Monterrey, Juchitán, Mérida y Poza Rica), se encontró que, aunque la inmensa mayoría reconocía la importancia del calostro, aproximadamente a un tercio de los infantes ya les daban té, agua y leche maternizada durante la primera semana de vida. La razón más mencionada para brindar té fue prevenir o tratar cólicos en el infante. Algo similar fue reportado por las madres nicaragüenses, quienes daban a sus infantes aceite y miel con el fin de limpiar su sistema digestivo (Picado *et al.* 1997).

El estado de salud de la madre y del niño ha sido referido como causa de la suspensión transitoria o total de la lactancia. Cuando la salud materna es deficiente durante el embarazo y el parto algunas mujeres deciden suprimir la lactancia o disminuir su frecuencia por creer que su leche es de baja calidad o inexistente (Stuart-Macadam 1995b). También se ha observado que las mujeres desnutridas escogen amamantar de manera exclusiva por largo tiempo para evitar otro embarazo (Katzenberg *et al.* 1996).

Las madres nicaragüenses de bajo nivel socioeconómico consideraban que, ante la enfermedad materna, deberían de suspender la lactancia (Picado *et al.* 2007). En el área periurbana de la Ciudad de México, más de un tercio de las madres reportó haber cesado la lactancia cuando estaban desnutridas o no comían bien (37%) (Guerrero *et al.* 1999). En Guadalajara, las madres reportaron haber suspendido la lactancia temporalmente por haber padecido de alguna enfermedad con fiebre, pezón agrietado o haber tomado medicamentos (Villaseñor 1998). La incompatibilidad de la enfermedad materna y la lactancia, se basa en la idea de que la leche es un vehículo de trasmisión de enfermedades y males. En otros casos, por el dolor que pueden sufrir las madres con condiciones propias del amamantamiento como la mastitis y las grietas y abscesos en los pezones.

Cuando la salud del niño es débil o en sociedades con bajo nivel socioeconómico, la lactancia puede prolongarse para tratar de mejorar su estado de salud o bien porque existe

la dificultad de obtener recursos alimenticios complementarios (Katzenberg *et al.* 1996). En México, se ha reportado lo contrario. Las madres adolescentes de Guadalajara suspendieron la lactancia durante la enfermedad del niño señalando que cuando se enferma éste ya no quiere pecho (González Pérez *et al.* 1998). En el área periurbana de la Ciudad de México, se observó un aumento en la ingesta de algunos líquidos en los infantes menores de seis meses que padecían de diarrea, mal de estómago, estar caliente/sediento y fiebre (Guerrero *et al.* 1999).

La disminución de la alimentación al pecho durante la enfermedad infantil, ciertamente puede ser causada por la inapetencia del niño. En otros casos, posiblemente se deba a la idea de que otros alimentos son más saludables o apetecibles, o por la idea de que la leche materna puede ser la causante de la enfermedad. En el sur de Zambia, por ejemplo, muchas madres veían la enfermedad del niño como un signo de que su leche se había vuelto “mala”, razón por la cual podían descartar la leche materna en este periodo (Fjeld *et al.* 2008).

En este mismo sentido, existen creencias sobre la calidad de leche y la posibilidad de que la lactancia materna podría perjudicar al bebé. Por ejemplo, las madres libanesas expresaron su preocupación sobre una incapacidad hereditaria para producir leche, o producir "mala leche", así como la transmisión de los calambres abdominales a los niños a través de ella (Osman *et al.* 2009). En Egipto, las madres creían que la tristeza volvía la sangre de la mujer “caliente” y, dado que consideran que la leche se elabora a partir de la sangre, también se vuelve caliente y puede causar diarrea al niño que la toma. Si bien las madres creían que la calidad de la leche variaba entre las mujeres, también tenían la firme convicción de que la podían mejorar modificando la dieta materna, su bienestar psicológico y su salud física (Harrison *et al.* 1993). En México se ha reportado la creencia de que el niño puede sufrir de un “empacho de leche”, lo cual se manifiesta como una diarrea provocada por consumir leche materna en mal estado (Villaseñor 1998).

Además se han documentado inquietudes sobre el efecto del mal de ojo en la producción de leche. En el Líbano, *kabseh* es la creencia de que las mujeres que están amamantando

pueden ser maldecidas por las mujeres que menstrúan (Osman *et al.* 2009). De manera similar, en Egipto existe la creencia (*mushahra*) de que las mujeres menstruando que entran en la habitación puede dañar a la madre o al bebé (Harrison 1993). En las aldeas rurales de Pakistán, aunque la leche materna es altamente valorada, también es considerada susceptible a contaminarse con mal de ojo, malos espíritus y magia negra (Mull 1992).

En las sociedades latinoamericanas, el susto y el coraje son dos emociones maternas continuamente referidas como causantes de la suspensión de la lactancia. En el área periurbana de la Ciudad de México, se encontró que más de la mitad de las mujeres redujo o discontinuó la alimentación al pecho por haber padecido alguna de estas dos condiciones (Guerrero *et al.* 1999). Ejemplos de esta creencia también se han documentado en Nicaragua (Picado *et al.* 2007), Guatemala (Sáenz de Tejada & Calderón 1997), Oaxaca (Mendoza 2006) y en migrantes mexicanas en los Estados Unidos, en donde incluso el padre debía evitarlas (Bunik *et al.* 2006). En Yucatán, se cree que los niños pueden sufrir de *jak'olal*, el cual es originado por un susto, coraje, regaño o sobresalto en la mujer embarazada; la enfermedad se puede transmitir al feto y afectarlo (Cervera 2007). Igualmente, en mujeres que están dando pecho, se puede transmitir a través de la leche materna (Campos Navarro 2010).

El sexo del niño también interviene en las creencias y prácticas de lactancia y alimentación complementaria. En las sociedades en donde el hombre es más valorado, la madre puede optar por destetar tempranamente a una niña en búsqueda del embarazo de un hijo varón (Stuart-Macadam 1995b). En Mali, existe la idea de que los niños deberían ser amamantados durante más tiempo que las niñas; pero en la práctica no se encontró ninguna diferencia en el promedio de la edad de destete entre ambos sexos (Dettwyler 1987). En México, la ENN 1999 reportó que se alimentaba exclusivamente al seno a las niñas de manera más común que a los varones (González-Cossío *et al.* 2003). Los autores consideran que esto pudiera deberse a la creencia de que los varones necesitan más alimentos más tempranamente, aunque aún no se ha reportado evidencia cualitativa al respecto.

Se ha documentado el alto valor que los cuidadores de los niños le dan a las otras leches y ciertos alimentos, razón por la cual son introducidos a temprana edad. Las madres nicaragüenses consideraron que la leche materna sola no es suficiente para un bebé (Picado *et al.* 1997). En el área periurbana de la Ciudad de México, el 37% de las madres estuvieron de acuerdo con la afirmación de que un bebé está más sano y crece mejor si, además de la leche materna, el niño recibe fórmula láctea (Guerrero *et al.* 1999). Una respuesta similar dieron las mujeres latinoamericanas de bajos recursos en los Estados Unidos, quienes manifestaron su deseo de asegurar que sus bebés obtengan tanto los aspectos saludables de la leche materna y las “vitaminas” de la leche maternizada (Bunik *et al.* 2006).

La edad de la introducción de alimentos complementarios también está influida por las creencias sobre el desarrollo infantil. En Bangladesh, se creía que los niños no requerían otros alimentos diferentes a la leche materna hasta que tuvieran dientes, pudieran caminar, alimentarse por sí mismos y pedir alimentos. Esto ha derivado en que los niños sean amamantados casi exclusivamente hasta que reciben comidas a base de arroz entre los 16 y 26 meses (Guldan *et al.* 1993). En Perú se creía que, durante el primer año de vida, el estómago del niño no estaba totalmente formado y por consiguiente no podían digerir ciertos alimentos (Sanjur *et al.* 1971).

Cada cultura posee un conjunto de creencias o ideas con respecto a los alimentos complementarios y cuáles y qué tan adecuados son para los niños. Generalmente, éstas se circunscriben a los sistemas de clasificación de alimentos, como ligero-pesado, puro-impuro, frío-caliente, chatarra-saludable.

En general, se evita dar a los niños alimentos considerados pesados. En Egipto, esta propiedad era atribuida a las cebollas, tomates, pescado, huevos y especias y las madres evitaban dárselos a los niños, especialmente cuando se enfermaban (Harrison *et al.* 1993). En la comunidad estudiada por Sanjur y colegas (1971), los niños recibían solamente el caldo de frijoles pero no la legumbre, pues ésta se consideraba un alimento pesado y no tolerado por el menor. Por la misma razón, en Guatemala, las madres no daban carne y granos enteros a los niños que aún no tenían dientes o que estaban enfermos (Dutta *et al.*

2006). También en un estudio con madres de bajos recursos en Brasil, se encontró que no daban alimentos pesados (mangos y plátanos) a los niños por la noche, expresando su miedo a que enfermaran o, incluso, murieran (Lindsay *et al.* 2008).

En Bangladesh, se creía que los alimentos calientes, como la carne, huevos, pescado, camote, sandía y la mayoría de las lentejas, causan dolor de estómago en los menores (Dutta *et al.* 2006). En Pakistán, se consideraba que la diarrea infantil era una enfermedad caliente cuando se originaba por haber comido alimentos calientes en exceso (carne, mango verde y huevo) en el verano y enfermedad fría cuando resultaba del consumo excesivo de alimentos fríos (caña de azúcar y leche) en invierno (Nielsen *et al.* 2001).

En México, la clasificación de frío-calor es un concepto más amplio que abarca no sólo la alimentación, sino las enfermedades y sus remedios, el ciclo de vida, los fenómenos naturales y los colores de los objetos. La dicotomía no se refiere necesariamente a la temperatura real de las cosas y, aunque está ampliamente distribuida, es usada de manera distinta en las diferentes partes del país (Zolla 1994).

En general, los alimentos fríos son la mayoría de los vegetales, frutas tropicales, productos lácteos y algunas carnes mientras que los alimentos calientes son chile, ajo, carne roja, cebolla, aceite, alcohol (Mennella *et al.* 2005). Sanjur y colegas (1971), reportaron que las madres restringían el consumo infantil de la leche de vaca, algunas frutas, verduras y frijoles rojos porque se trataban de alimentos fríos. En otras dos comunidades rurales de México, las madres preferían dar a los niños alimentos fríos como pescado, nopales, frutas frescas y vegetales crudos, especialmente cuando están enfermos (Lipsky *et al.* 1994).

En cuatro regiones de México, se encontró que las madres cambiaron su dieta durante el embarazo y la lactancia. Consumieron más frutas y verduras durante el embarazo (considerados fríos) y más leche y papillas durante la lactancia para que su leche se volviera más espesa. Se evitaban los alimentos picantes y una de las razones fue la idea de que el chile causaba que la leche se volviera caliente y, por tanto, le hiciera daño al infante (Mennella *et al.* 2005).

Para los mayas peninsulares, todas las cosas tienen propiedades frías o calientes. La idea interviene en el tratamiento de un gran número de enfermedades y también en las medidas que han de seguirse para la conservación de la salud. Los alimentos considerados calientes son aquellos de fácil digestión y los estimulantes; los fríos, los de propiedades opuestas. Para mantener la salud, se debe consumir comidas equilibradas, es decir, ni muy frías ni muy calientes (Villa Rojas 1992).

En la etnografía de Chan Kom, Yucatán, se reporta que los alimentos pueden ser muy calientes, muy fríos o intermedios. Los muy calientes incluyen la miel, el café, la carne de res y el pinole. Los muy fríos, pecarí², pavo de monte, arroz, huevo hervido, papaya, limón, frijol mantequilla³, puerco, jícama, calabaza, manteca, dos tipos de plátano, conocidos localmente como *x-box-haaz* y *bárbaro-haaz*, carne de venado grande, y todas las comidas cocinadas en horno de tierra. Los alimentos intermedios incluyen naranja, chachalaca⁴, zaramullo⁵, yuca, camote, gallina, piña, chayote, tomate, caña de azúcar, frijoles, atole, chocolate, tortillas, dos tipos de plátano denominados localmente como *manzana-haaz* y *plátano*, huevos cocido en las cenizas del fogón (*mucbil-he*) y carne de venado pequeño. El grado de calor o frío de los alimentos se atenúa agregando alimentos con la cualidad opuesta. Por ejemplo, añadiendo epazote o ajo a una comida fría como el pecarí o los frijoles mantequilla o agregando jugo de lima o limón a la carne de res (Redfield & Villa Rojas 1990).

Para los mayas de Quintana Roo, la carne de res y gallina, papas, calabaza, plátanos manzanos, huevos cocidos en fogón, café, pinole, chocolate, atole de maíz, sal, miel de abejas domesticadas y agua hervida eran considerados calientes. Los fríos eran la carne enlatada, cerdo, jabalí, chachalaca, pavo silvestre, manteca, chile, frijoles, huevos tibios o

² Pecarí (*Tayassu pecari*)

³ Frijol mantequilla (*Phaseolus lunatus*)

⁴ Chachalaca (todas las especies del género *Ortalis*)

⁵ Zaramullo (*Annona squamosa*),

duros, limón, piña, naranja, mamey, otras clases de plátano, pozole, *zacá*⁶, miel de abejas silvestres, agua natural (Villa Rojas 1992).

Los alimentos brindados a las madres durante el periodo post-parto guardan relación con la dicotomía frío-calor. En Chan Kom, todas las comidas que ingiriese la madre debían ser calientes y, en caso de que experimentara dolor, le era dada una bebida caliente con menta, miel y anís. Para producir más leche, las madres tomaban atole preparado con semillas de calabaza (Redfield & Villa Rojas 1990). En Quintana Roo, durante los primeros ocho días de cuarentena, la mujer era alimentada también con productos de naturaleza caliente: carne de gallina, atoles, huevos y otros. Otras familias agregaban una bebida de chocolate considerada sumamente nutritiva (Villa Rojas 1992).

Durante la década de 1980, en Pustunich, comunidad al sur de Yucatán, las parteras recomendaban evitar el consumo de alimentos fríos como frutas, cítricos, carne de cerdo, pescado y sugerían consumir alimentos como caldo de pollo caliente, sopas, atoles, chocolate (Güémez Pineda 1988). A las madres de Muxupip, comunidad henequenera en el área central de Yucatán, se les brindaban comidas similares: caldos de gallina con sal, pimienta, ajo, orégano y hierbabuena, así como atoles calientes de maíz, gallina en pipián, en escabeche o con arroz y verduras y *sak k'ool*⁷ para que produjeran abundante leche (Domínguez Aké 1998). En esta misma comunidad, las nuevas madres debían evitar consumir alimentos condimentados ya que su vientre todavía se encuentra “tierno” por haber parido y pueden hacer daño al estómago.

Cese total de la lactancia

En Egipto, la razón más común para destetar era que el niño se llenaba con otros alimentos y ya no quería más leche materna y, también, cuando la madre quedaba embarazada de nuevo, cuando el niño ya consumía totalmente la dieta familiar, ya le habían salido todos sus dientes o ya caminaba (Harrison *et al.* 1993).

⁶Para los mayas peninsulares, bebida ceremonial que se prepara diluyendo en agua, masa de maíz cocida sin cal. Se utiliza como ofrenda en la milpa y en procedimientos terapéuticos, entre otros usos (Redfield & Villa Rojas 1990).

⁷ Bebida espesa de maíz, de color blanco.

En Mali, la creencia urbana era que el destete debía ocurrir a los 24 meses pues si la lactancia continuaba más tiempo, el niño se volvería “tonto”; en la población rural, este evento era más tardío (entre los dos y tres años) pues las madres amamantaban hasta que el niño quisiera y tanto en el área urbana como en la rural existía la creencia de que el niño debía ser destetado cuando la madre quedaba embarazada de nuevo (Dettwyler 1987).

Esta última idea se encuentra extendida en todo el mundo. En Bután Oriental, se creía que los niños que continuaban alimentándose al pecho cuando sus madres estaban embarazadas, le robaban la leche a su futuro hermano (Bohler & Ingstad en Van Esterik 2002). En Filipinas, se cree que la leche de una mujer embarazada se vuelve grasosa y difícil de digerir por el niño, causándole diarrea. Similar consecuencia fue reportada en la India e Italia (Raphael & Davies 1985). Las madres mayas de Guatemala informaron que si el bebé tomaba la leche de su madre embarazada le podría dar diarrea verde (Sáenz de Tejada & Calderón 1997). En una comunidad rural de México, esta leche es considerarla “mala” para el niño y “producto del pecado” de la madre (Sanjur et al. 1971). Otras afirmaron que la gestación hace que la leche se adelgace, se vuelva amarilla y, por consiguiente cause diarrea, vómitos, y otros trastornos estomacales al menor.

Ideas del sistema biomédico

Para los profesionales en salud, las ideas o etnoteorías difieren del “conocimiento”, término aplicado al saber biomédico. Este asume que la información es un hecho científico basado en verdades válidas a través de todas las culturas. En contraste, el término creencia generalmente es utilizado para referirse a las ideas o etnoteorías locales que, desde la perspectiva biomédica, son erróneas (Pelto & Pelto 1997). Las creencias, desde este punto de vista, constituyen obstáculos para un comportamiento apropiado.

La evidencia etnográfica e histórica muestra que la lactancia exclusiva durante los primeros seis meses no puede ser considerada tradicional o natural. Algunos autores señalan que, aunque se retrate a la lactancia como natural (en oposición a lo artificial de la leche maternizada), en realidad no existe una única manera de amamantar pues en el ser humano

no es únicamente un instinto sino también un comportamiento aprendido (Raphael & Davis 1985, Torre & Salas 2006).

En muchas sociedades, las tradiciones y rituales son una vía para almacenar y transmitir el conocimiento, especialmente en aquellas en donde la escritura es mínima o inexistente y el conocimiento solamente puede ser transmitido oralmente. Las recomendaciones médicas niegan la habilidad de los individuos de beneficiarse de sus propias experiencias y las de los demás fuera del ambiente institucional (Sellen 2009). Los médicos asumen que sus recomendaciones acerca de la duración de la lactancia representan un consejo valioso, capaz de reducir significativamente la mortalidad y morbilidad infantil. Asumen que tienen el derecho de difundir dicho consejo sobre la base de que representa la suma de la gran cantidad de experiencia adquirida a través del estudio científico. Sin embargo, la formulación de estas guías rígidas se contraponen con el concepto de lactancia como un proceso adaptativo en donde, como sucede con otras especies de mamíferos, la variabilidad permite la adaptación a las circunstancias ecológicas locales (Sellen 2001, Wells 2006).

En la promoción de la lactancia materna se consideran poco las condiciones sociales y culturales necesarias para que ocurra en un grupo humano (Torre y Salas 2006). Las campañas de promoción basadas en la vinculación de las creencias actitudes y prácticas, con frecuencia tienen por objeto aumentar el “conocimiento correcto” sobre la lactancia materna. Sin embargo, pocas han sido eficaces para cambiar los patrones de alimentación. El éxito de éstas no solamente depende de su contenido sino también de la forma en la que se adquieren y se integran los nuevos conocimientos (clases formales, observación, libros o historias de otras mujeres) (Van Esterik 1996).

Además, la investigación y las políticas sobre la lactancia materna están a menudo separadas de aquellas de la alimentación complementaria (Van Esterik 1996). Estas dos cuestiones deben ser consideradas como un conjunto, pues la transición a los otros alimentos representa un desafío en los hogares de bajos ingresos.

En la mayoría de zonas donde la atención tradicional predominó en los años 1940 y 1950, ahora hay una aceptación generalizada de muchos aspectos de la medicina moderna. La evidencia sugiere que la gente está dispuesta a utilizar productos farmacéuticos y otros elementos de la práctica médica, sin renunciar a las explicaciones tradicionales de la enfermedad. Estudios en Asia, África y Latinoamérica han mostrado que las familias utilizan tanto recursos indígenas como biomédicos de atención a la salud, a veces unos después de los otros o al mismo tiempo (Pelto & Pelto 1997). En Yucatán, por ejemplo, los padres tienen concepciones de salud infantil que son en gran medida una mezcla de lo moderno y lo tradicional y la medicina occidental es ampliamente aceptada pero, al mismo tiempo, hasta las familias más jóvenes recurren a las ceremonias religiosas mayas llevadas a cabo por los agentes tradicionales de salud (Howrigan 1988).

Otro aspecto importante es el hecho de que la práctica y la información brindada por los servicios de salud no siempre son concordantes con las regulaciones internacionales. Por ejemplo, en Latinoamérica y el Caribe se encontró una fuerte relación inversa entre la duración de la lactancia y la proporción de partos en hospitales. Esto a pesar de que los países estudiados ya habían puesto en marcha programas de promoción a la lactancia a gran escala, en los cuales el sistema de salud juega un papel importante (Pérez-Escamilla 1993). En México, un estudio en comunidades rurales también demostró que una de las causas para abandonar la lactancia fue el consejo del médico, quien aconsejaba el consumo de otras leches a temprana edad (Vandale-Toney *et al.* 1997).

La discordancia es aún mayor en las poblaciones urbanas donde la principal fuente de consejo sobre la alimentación infantil son los médicos. Por ejemplo, en el área periurbana de la Ciudad de México, más del 42% de las madres indicaron que, en algún momento mientras estaban amamantando, un médico les había aconsejado dejar de hacerlo. La mitad de estas madres reportaron seguir esta indicación (Guerrero *et al.* 1999).

En Oxkutzcab, Howrigan (1988) también reporta que la clínica local y los médicos privados fomentaban el uso de la fórmula en polvo. Cuando los servidores veían a un niño de talla baja (a menudo debido a una enfermedad resultante de la alimentación con biberón)

aconsejaban comprar leche en polvo en la farmacia. Dado que la leche maternizada era costosa en relación a los ingresos de las familias, prácticamente todos diluían la fórmula con almidón de maíz.

En resumen, ha existido una separación entre el sistema biomédico y las ideas locales. Para el primero, éstas son vistas como creencias erróneas y lo científico siempre como el conocimiento correcto pero, en ocasiones, las recomendaciones médicas han sido contraproducentes para las familias al incrementar el riesgo de malnutrición, infección y aumentando innecesariamente el gasto familiar; de la misma forma en la que las comunidades integran las enseñanzas biomédicas, el personal de salud (médicos, enfermeras, promotores etc.) puede enriquecer sus conocimientos mediante la incorporación de las creencias locales.

Etnoteorías parentales sobre alimentación infantil

El ambiente físico, social e ideológico que define un contexto cultural, influyen los patrones de alimentación infantil que varían de cultura a cultura y experimentan cambios rápidos como consecuencia de la interacción con otras ideas y creencias.

Las etnoteorías parentales están constituidas por la manera en la que los padres perciben y guían sus acciones con respecto al niño, a partir de sus construcciones culturales acerca de la naturaleza y significado tanto de la niñez como de la crianza. Son el elemento organizador del nicho de desarrollo y funcionan como guías de los otros dos componentes de este sistema: los contextos físico y social en donde se desarrollan las actividades diarias y las prácticas de cuidado infantil (Super & Harkness 1986, Harkness & Super 1994).

Las etnoteorías están arraigadas en la historia colectiva de la comunidad y en las experiencias diarias de los individuos y, dado que éstas están relacionadas a las concepciones que los padres tienen de la sociedad y de ellos mismos, pueden reflejar conceptos claves de la visión del mundo en una comunidad cultural (Cervera & Méndez 2006).

Siendo parte de un sistema, como es el nicho de desarrollo, los tres componentes guardan relación con las prácticas de alimentación y cuidado infantil. Primero, el lugar donde se desarrollan las actividades maternas puede influenciar las prácticas de alimentación infantil. El hogar es, generalmente, el lugar donde se expresan los valores culturales sobre la alimentación. Se ha visto, por ejemplo, que las madres amamantan más seguido en los hogares pequeños y sin divisiones, debido a que escuchan con mayor facilidad la demanda de comida del infante (Quandt 1995).

Los padres de Asia, África y Latinoamérica siguen un patrón de alimentación en el cual cargan, llevan consigo y duermen con los niños, amamantando a demanda (Greenfield & Suzuki 1998). Dormir con el niño y llevarlo a cuestas durante el día, facilita el acceso al pezón, dando como resultado intervalos más cortos de alimentación, comparados con culturas en las cuales los niños son separados en cunas y llevados en carriolas (McKenna & Bernshaw 2005).

Las madres mayas de Guatemala informaron que no se daban cuenta de que tenían que alimentar a sus bebés en las noches e informaron que no tenían que despertarse, sino solo voltearse y dejar el pecho accesible (Morelli *et al.* 1992). En contraste, la alimentación durante las noches en la clase media de Estados Unidos y Europa es una tarea ardua pues se requiere que las madres se despierten para alimentar a sus bebés.

Las madres tamang en Nepal con frecuencia amamantan a sus hijos mientras comen, por lo tanto, la lactancia está integrada en su sistema de “comensalidad”⁸. Otros niños de esta sociedad no acompañan a sus madres al trabajo y son alimentados con sobras frías preparadas rápidamente y, a menudo, contaminados por el calor (Panter-Brick 1992).

En el caso de los niños de comunidades mayas yucatecas, su ambiente físico es generalmente el hogar. Durante los primeros días o semanas, a los bebés se les mantiene en el interior de las casas para protegerlos de los efectos nocivos de los “aires”, pues en este período son particularmente vulnerables. Además, las personas ajenas al hogar se

⁸ Acto de comer y beber juntos.

mantienen lejos del infante (Villa Rojas 1992, Howrigan 1988, Cervera 2007). Con frecuencia, las familias viven en casas de una sola habitación, así que no hay un espacio especialmente designado para el niño, ni juguetes, muebles o equipo especialmente destinados para él. Ahí los bebés se alimentan y duermen a demanda y el resto del tiempo son abrazados o puestos en la hamaca. En la noche, duermen con la madre. No es hasta cumplir el primer año de vida, o cuando se les puede cargar en la cadera, que los cuidadores llevan a los bebés por todo el solar y a las calles. Al introducir alimentos nuevos, las madres no obligan a sus hijos a ingerirlos si no los aceptan; esperan un período para volver a ofrecérselos (Howrigan 1988, Cervera 1994, Gaskins 1996). En las comunidades mayas quintanarroenses los niños mamaban a todas horas pues las madres los llevaban consigo a todas partes e inclusive dormían con ellos (Villa Rojas 1992).

Las etnoteorías parentales de los yoruba en Nigeria relacionan la distribución de los alimentos de prestigio (carne y pescado) con la formación moral del niño. Las madres temían consentir y dañar su carácter moral si le daban mayor cantidad a la establecida de estos alimentos. Cuando la comida era relativamente abundante, las restricciones se aplicaban únicamente a la carne y a otros alimentos tabú. Sin embargo, cuando la comida escaseaba, las madres parecían extender la idea de evitar consentir al niño para justificar la retención de todos los tipos de alimentos (Zeitlin 1996). Esto pone de manifiesto la importancia de estudiar el componente económico junto con los aspectos culturales.

El estilo de alimentación también está relacionado con las etnoteorías parentales. En un extremo, están las culturas donde el control lo ejerce el cuidador, como es el caso de la alimentación forzada de los niños en Nigeria y de los altos niveles de fomento de alimentación observado en familias en los Estados Unidos e Inglaterra. En el otro extremo, están las culturas que, como en Perú, Guatemala y Mali, básicamente dejan a la decisión del niño la cantidad de comida a ingerir (Dettwyler 1989). Ambos extremos han sido asociados con problemas como la obesidad y la desnutrición. En un tercer estilo, los padres y los cuidadores responden a las señales de hambre del infante a un tiempo razonable, lo alimentan de manera constante y de manera más activa cuando el niño se enferma. Este comportamiento ayudaría al menor a desarrollar un mecanismo interno para regular su

ingesta de comida (Engle 2002). Actualmente, este estilo es el recomendado por la OMS en su guía de alimentación complementaria (OMS 2003).

Los padres bofi en África central, que dependían del forrajeo, valoraban la autonomía infantil y permitían que los niños hicieran sus propias decisiones, por ejemplo si querían jugar o ayudar a sus madres; en este sentido, eran los niños los que decidían cuando dejar el pecho, lo cual sucedía aproximadamente a los cuatro años. Por el contrario, las madres agricultoras destetaban a sus hijos aproximadamente a los dos años, pintando o tapando el pezón para reducir el deseo infantil de succionar; los padres agricultores creían que si destetaban a sus hijos tardíamente se volverían inactivos y perezosos (Fouts *et al.* 2005).

En resumen, la alimentación infantil tiene, además de su dimensión biológica, un carácter cultural. Las prácticas maternas se ven influenciadas por los contextos físico y social, las ideas del grupo, del personal de salud y las políticas gubernamentales sobre alimentación infantil. Para entender las relaciones entre estos componentes consideramos necesario la realización de estudios desde una perspectiva etnográfica.

Objetivos

Objetivo general

Conocer las etnoteorías y prácticas maternas sobre alimentación durante los dos primeros años de vida en Kiní, Yucatán.

Objetivos específicos

1. Identificar las fuentes de información a partir de las cuales las madres construyen sus etnoteorías sobre alimentación infantil.
2. Describir las características de la lactancia, ablactación y destete de la población de estudio.

MÉTODOS Y TÉCNICAS

Método

En la literatura, se pueden distinguir tres tipos de estudios para abordar la alimentación infantil:

1) Descriptivos, en los que se recurre al levantamiento de encuestas nacionales, regionales y locales. Los resultados son parte de una encuesta mayor que incluye preguntas como: sexo, edad, morbilidad, patrones de alimentación, características sociales y culturales de la familia, personas responsables del cuidado, utilización de servicios de salud, consumo de leche materna y otras leches, ablactación y finalización de la lactancia (Kamudoni *et al.* 2007, Long-Dunlap *et al.* 1995, González-Cossío *et al.* 2003, 2006, Flores-Díaz *et al.* 2006). Estos estudios brindan un panorama amplio de la situación en un momento específico y son apropiados cuando hay poco conocimiento acerca del tópico (Hewat 2005).

2) Correlacionales, orientados a examinar las relaciones entre dos o más variables, el tipo e intensidad de la relación. Pueden ser tanto transversales como longitudinales y la mayoría se han enfocado a medir la relación entre el estado de salud del niño y las prácticas de alimentación infantil. Las variables utilizadas incluyen talla para la edad, peso para la edad, morbilidad (episodios diarreicos e infecciones respiratorias), lactancia exclusiva y/o predominante, alimentación con fórmula, uso de comida complementaria, frecuencia de alimentos (Villalpando & López 2000, Eckhardt *et al.* 2001, Ruel & Menom 2010, Kumar *et al.* 2006, Sawadogo *et al.* 2006, Saha *et al.* 2008).

3) Cualitativos, enfocados a explorar las creencias, experiencias, ideas y perspectivas de las madres sobre lactancia, crecimiento y desarrollo infantil.

Las investigaciones de tipo cualitativo han buscado acercarse al fenómeno de la alimentación del infante desde la propia visión de las mujeres que lo experimentan (Villaseñor Farías 1998). Los enfoques comúnmente utilizados son la fenomenología, teoría

aterrizada y etnografía, siendo los dos primeros utilizados más por los investigadores del sector salud y la tercera por los antropólogos (Hewat 2005). Los estudios fenomenológicos tienen como objetivo entender el significado de las experiencias o eventos desde la perspectiva de aquellos que las viven (Creswell 2007). En la teoría aterrizada se busca generar una teoría explicativa de los fenómenos sociales, es decir, que la teoría es derivada inductivamente del estudio (Strauss & Corbin 1990). Finalmente, la etnografía es un método usado para explicar las creencias, prácticas y patrones de comportamiento desde la perspectiva de un grupo cultural en su contexto (Creswell 2007). Los datos en los estudios cualitativos son obtenidos a través de entrevistas (no estructuradas o semi-estructuradas), grupos focales, observación participante, notas de campo y, dependiendo del enfoque, son analizados e interpretados por el investigador (Mayan 2001). Generalmente, los participantes del estudio validan estas observaciones y sus interpretaciones, asegurándose de que son congruentes con las experiencias de los participantes (Creswell 2007, Hewat 2005).

En el presente estudio se utilizó una metodología que combinó tanto el carácter cuantitativo como el cualitativo, lo que permitió reunir datos de un número significativo de personas, y a la vez, la exploración profunda del fenómeno con algunos individuos. De este modo, se situó los resultados cuantitativos en los contextos y voces de los participantes y se enmarcaron las palabras de los participantes con números, tendencias y resultados estadísticos (Creswell 2008, 2010).

Lugar y población de estudio

El estudio se realizó en Kiní, comisaría de Motul, Yucatán, dado que formó parte del proyecto más amplio *Etnoteorías parentales sobre desarrollo, aprendizaje e inteligencia en poblaciones mayas yucatecas de dos entornos ecológicos*⁹

Kiní se encuentra ubicado 89° 19' 03" longitud N y 21° 08' 03" latitud O, en la Península de Yucatán, en donde solía ser la región henequenera. Está a 48 km al noreste de Mérida,

⁹Investigadora responsable Dra. María Dolores Cervera Montejano. Financiamiento Fondo SEP-CONACYT no. 060167.

capital del estado de Yucatán, y a 4 km de Motul. Al noroeste se comunica con otras dos comisarías de Motul. A 5 km se encuentra Sacapuc, una antigua hacienda henequenera y a 4 km más delante de ésta, el poblado de Timul.

De acuerdo al II Censo General de Población y Vivienda (INEGI 2005), la localidad tenía, en 2005, 1502 habitantes, 733 hombres y 769 mujeres. Cinco años después, el Censo de Población y Vivienda 2010 (INEGI 2010) reportó 1581 habitantes, 779 hombres y 812 mujeres. El 13.4 % de los hombres y 12.3% de las mujeres mayores de 15 años eran analfabetas y sólo 7 personas no hablaban español. Un poco menos de la mitad (48.8%) de los mayores a tres años era bilingüe maya-español. De las 441 viviendas habitadas, 98.6% contaba con energía eléctrica, 79.1% con red pública de agua, 52.3% con sanitario y 45.3% con drenaje.

Los resultados de un estudio previo (Cervera & Méndez 2006) mostraron que en 1997, la población total era de 1581 habitantes, 78.3% de las casas eran de piedra y mortero o bloques de concreto y los niños aprendían español como primer idioma. Como actividad primaria, 40.4% de los hombres mayores de 12 años seguían dedicados al henequén y 24.4% tenían trabajo asalariado. De estos, 44.7% trabajaba en Los Ángeles, California. El resto trabajaba como empleado, peón agrícola, se autoempleaba, era jubilado o seguía estudiando. Entre las mujeres del mismo grupo de edad, 56.8% eran amas de casa, 13.2% empleadas y vendedoras de artesanías, se autoempleaban o seguían estudiando.

El ligero decremento demográfico entre 1997 y 2005 posiblemente esté relacionado con la migración, pues Kiní es una de las comunidades expulsoras de trabajadores a los Estados Unidos, particularmente California, y con mayor participación en el Programa 3x1 para Migrantes¹⁰ (Cervera & Méndez 2006). El ligero aumento de población en 2010

¹⁰En 2003 se implementó en Yucatán el Programa 3x1 para Migrantes. Dependiente de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), su objetivo es “apoyar las iniciativas de los mexicanos que viven en el exterior y brindar la oportunidad de canalizar recursos a México, en obras de impacto social que benefician directamente a sus comunidades de origen”. Por cada peso que aportan los migrantes, los gobiernos municipal, estatal y federal contribuyen, cada uno, con un peso más para proyectos que los migrantes propongan (http://www.sedesol.gob.mx/es/SEDESOL/Programa_3x1_para_Migrantes).

posiblemente sea consecuencia de la crisis financiera iniciada en 2008, la cual pudo afectar la economía de los migrantes yucatecos en Estados Unidos, obligando a algunos a regresar.

El trabajo de campo se realizó del 21 de septiembre al 15 de diciembre de 2010. Durante las primeras cuatro semanas, se participó en el levantamiento del censo general del proyecto que permitió presentarnos a la comunidad e identificar a las madres que cumplieran con el criterio de selección, invitándolas a participar en el estudio.

El criterio de selección fue haber dado a luz en los últimos dos años. La población total de estudio resultó en 46 mujeres con hijos de 0-24 meses. Por limitaciones de tiempo, se seleccionó aleatoriamente una muestra que cubriera al menos el 60% del total de casos. Se utilizó el programa SPSS v. 19 para realizar la selección al azar, dando como resultado 28 madres. Esta cifra fue cerrada a 30 mujeres (65.2%) a quienes se les aplicó una encuesta.

Adicionalmente se seleccionó a dos mujeres de la muestra, una que no amamantó y otra que sí lo hizo, así como a tres abuelas pues en Kiní, estas últimas son quienes más frecuentemente ayudan en el cuidado de los niños y, en los casos en que el esposo está ausente por haber emigrado, es común que las madres vivan en casa de sus padres o pasen todo el día en ella (Cervera 2008). El objetivo de seleccionar este subgrupo fue realizar entrevistas para complementar la información sobre la experiencia de alimentar a los niños menores de dos años.

A finales del trabajo de campo, se realizó una entrevista a la nutrióloga que revisa periódicamente a los niños en el Centro de Salud de Kiní, para conocer sus opiniones y los contenidos de los programas de salud dirigidos a la población materna e infantil. Igualmente se asistió a un Taller de Salud Comunitario sobre salud materno-infantil, ofrecido por los Servicios de Salud de Yucatán como parte de los programas Oportunidades y Seguro Popular¹¹.

¹¹ Oportunidades es un programa federal para el desarrollo humano de la población en pobreza extrema que brinda apoyos en educación, salud, nutrición e ingresos. El Seguro Popular es un seguro médico voluntario, gestionado por el gobierno federal, para personas que no estén afiliados a ninguna institución de seguridad social.

Instrumentos de captación de la información

Se elaboró la encuesta de creencias y prácticas de alimentación infantil (Anexo 1) que se aplicó del 21 de octubre al 25 de noviembre de 2010 a las 30 madres seleccionadas. La encuesta está dividida en tres partes y contiene preguntas abiertas y cerradas. La primera parte se centra en el perfil reproductivo de la madre. La segunda refiere a las prácticas de alimentación infantil y en ella se incluyen preguntas sobre la lactancia temprana, frecuencia, edad a la que se le dio agua, otros líquidos, otros alimentos, comida sólida, edad al destete, selección de alimentos según edad, conductas ante la enfermedad del niño o de la madre y rechazo del alimento. En la última parte, ahondamos sobre las creencias, actitudes y conocimientos en torno a los alimentos que las madres consideran adecuados según la edad del niño, la insuficiencia de leche y las fuentes de información a partir de las cuales las madres construyen sus etnoteorías.

Para conocer las características socioeconómicas de las madres estudiadas y sus familias, al finalizar las encuestas de alimentación infantil se procedía inmediatamente a aplicar la encuesta socioeconómica del proyecto Etnoteorías parentales. Esta contiene preguntas abiertas y cerradas sobre tamaño y composición familiar, características de la vivienda, nivel educativo y actividades productivas de los padres de familia.

Para las entrevistas al subgrupo de dos madres y tres abuelas, se elaboró un guión orientado a profundizar sobre ideas y prácticas relacionadas con el nacimiento, inicio de la lactancia y dificultades en este período (Anexo 2). El guión elaborado para realizar la entrevista con la nutrióloga del Centro de Salud de la comunidad se centró en la aplicación del programa gubernamental Combate a la Desnutrición y sus percepciones sobre alimentación y salud infantil (Anexo 3).

Durante la estancia en la comunidad se realizó observación participante que permitió describir el contexto físico en donde se llevan al cabo las actividades maternas e infantiles, la práctica de la lactancia en público, identificar los horarios de las madres, especialmente

quienes trabajaban por un salario, y realizar entrevistas informales acerca de alimentación infantil.

Análisis de datos

Se elaboraron dos tipos de bases de datos. En la primera se capturó la información de carácter cuantitativo obtenida de las respuestas a preguntas cerradas de la encuesta de creencias y prácticas de alimentación infantil y las respuestas de la encuesta socioeconómica. Para hacer una revisión y corrección de los datos se obtuvieron frecuencias, medias y desviaciones estándar con el SPSS v. 19.

La otra base de datos contuvo las respuestas de carácter cualitativo provenientes de las preguntas abiertas de la encuesta. A partir de su revisión, las respuestas fueron agrupadas en categorías más amplias y con éstas se crearon nuevas variables de las que también se obtuvieron frecuencias utilizando el SPSS v. 19.

Las entrevistas a profundidad fueron grabadas y transcritas en su totalidad. Se elaboraron fichas individuales y temáticas que agruparon los datos en categorías establecidas previamente según los objetivos de investigación:

1. Prácticas de lactancia temprana, lactancia exclusiva, frecuencia de la lactancia, regulación de la ingesta, causas del abandono temprano o nunca haber amamantado, ablactación, destete.
2. Creencias sobre alimentación, y enfermedad infantil y materna, percepción de insuficiencia de leche.
3. Fuentes de información para la construcción de las etnoteorías.

RESULTADOS

La comunidad

A mediados de septiembre de 2010, los ocho integrantes del proyecto de Etnoteorías parentales partimos de Mérida¹². Para llegar a Kiní, ya no es necesario atravesar poblaciones intermedias, ni su cabecera municipal pues hoy en día, una moderna carretera comunica a Mérida con Motul. Al doblar a la izquierda en la desviación indicada, nos encontramos con dos pequeños ranchos a cada lado del angosto camino. Éste se prolonga en la calle que desemboca en la manzana central o plaza de la población donde se ubican la iglesia, el Centro de Salud, el tanque que provee de agua a la población durante algunas horas al día, un parque con juegos para niños, que recién había sido remozado cuando empezamos el trabajo de campo, y los vehículos colectivos (combis) que viajan, a distintos horarios, a la cabecera municipal. En el camino Kiní-Sacapuc-Timul, aún se pueden apreciar algunas plantaciones de henequén que dan muestra del pasado de la región como centro productor del llamado oro verde.

Kiní presenta una distribución espacial similar a la de otros pueblos de Yucatán. La iglesia actual es la capilla remanente de la antigua iglesia, que fue derrumbada a lo largo del siglo pasado. En la explanada que conformaba el antiguo atrio, se solían realizar la vaquería y las fiestas del pueblo hasta que las autoridades religiosas lo prohibieron. Hoy en día, se llevan al cabo en un terreno localizado frente a la iglesia. Contiguo a ésta se ubica el Centro de Salud, perteneciente a la Jurisdicción I de los Servicios de Salud de Yucatán, que atiende por las mañanas a los derechohabientes del Seguro Popular. Ahí también, la administradora, enfermeras y promotores coordinan actividades de cuidado de la salud tales como los talleres comunitarios y las caminatas temáticas. Los primeros consisten en reuniones periódicas según las características de los individuos (madres, jóvenes, adultos mayores) cuyo objetivo es capacitar sobre temas del cuidado de la salud. Por ejemplo, alimentación y salud, vacunas y VIH. Por su parte, las caminatas por la salud son

¹² Tres estudiantes de la Maestría; un estudiante de doctorado de la UNAM que realizó una estancia; un auxiliar, dos técnicas de investigación y la responsable del proyecto Etnoteorías parentales.

convocadas por los trabajadores del centro de salud y buscan concientizar sobre alguna temática relacionada con la salud. Ante la invitación de varias madres entrevistadas, asistí a la caminata dedicada a la violencia contra la mujer y me percaté de que las marchas ofrecen también una oportunidad de esparcimiento para los participantes.

A un costado del Centro de Salud, se encuentra el parque infantil, donde jugaban los niños después de su jornada escolar. Frente a la plaza, se localiza la Comisaría Municipal, que fue remozada durante nuestra estancia en la comunidad debido al cambio de gobierno municipal. Con excepción de un día, cuando los beneficiarios del Programa Oportunidades hacían largas filas para recibir la ayuda económica, en el local sólo se encontraba un policía enviado por el Ayuntamiento de Motul. Lo mismo sucedía en el parque; de tranquilo y casi vacío pasaba a ser centro de reunión de los comerciantes que buscaban ávidamente vender sus productos a los recién pagados beneficiarios de Oportunidades.

En cuanto al sistema educativo, Kiní cuenta con un jardín de niños, una escuela de educación primaria y una secundaria. Las escuelas preparatorias más cercanas se encuentran en la cabecera municipal: dos privadas y el Centro de Bachillerato Tecnológico Industrial y de Servicios (CBTIS) no. 80, que ofrece las carreras técnicas de Informática, Construcción, Laboratorista Clínico, Trabajo Social y Turismo. A nivel superior, la cabecera cuenta con el Instituto Tecnológico Superior de Motul y un instituto particular. El primero ofrece las carreras en Ingenierías Industrial, en Sistemas Computacionales, Electromecánica, Electrónica y Energías Renovables y el segundo Administración de Empresas, Informática y Trabajo Social.

Durante los primeros días en Kiní, nos presentamos ante las autoridades políticas, educativas y en el Centro de Salud. En este último lugar nos proporcionaron un croquis de la comunidad que nos sirvió para orientarnos inicialmente mientras descargábamos uno digital para el levantamiento del censo.

Nuestro cuartel general fue la antigua casa de campaña de un partido político cuyo dueño nos fue presentado por el secretario de la comisaría ejidal y que, por su localización, a una

cuadra de la plaza, y su tamaño, con capacidad para albergar a los miembros del proyecto, fue aceptada de inmediato.

Durante el primer mes de estancia, todos participamos en el censo del proyecto. En los primeros días pasábamos en parejas por las casas y una vez adquirida más destreza, pasábamos en solitario. Cuando localizábamos a madres con niños menores de dos años les decíamos que, probablemente, yo las visitaría después para hacerle preguntas concernientes a la alimentación de su bebé.

En los recorridos por las calles, cuadras y casas nos dimos cuenta de cómo la migración a Estados Unidos y el grado de organización de los emigrantes de la comunidad han ido modificando la infraestructura del pueblo. Era común encontrar grandes casas deshabitadas, propiedad de los emigrantes que, según comentaron, generalmente regresan cada agosto para la fiesta de la Virgen de la Asunción, celebración incluso más concurrida que la del propio San Mateo, patrono del pueblo.

Kiní comenzó a enviar migrantes a Estados Unidos desde el Programa Bracero (1942-1964) y lo siguió haciendo al término de éste. La mayoría de ellos trabaja en Los Ángeles, California, en restaurantes, construcción, pequeños comercios y lavado de automóviles. En 2004, un año después de que se iniciara en Yucatán el Programa 3x1 para Migrantes, ante la invitación del Instituto para el Desarrollo de la Cultura Maya (INDEMAYA) para participar, los migrantes de Kiní conformaron el Club Yucatán de Inglewood (Solís & Fortuny 2010). Si bien desde antes los emigrantes enviaban remesas a sus familias y para obras en la comunidad (Cervera, comunicación personal, septiembre 25 de 2011), a partir de su ingreso al Programa, incrementaron su participación enviando más remesas destinadas a diversas construcciones, remozamientos y adquisiciones en Kiní. Ejemplo de ellos es el parque infantil.

De igual manera, la incorporación del jardín de niños “El Pípila” al Programa Escuelas de Calidad fue producto de la activa participación de los emigrantes en el Programa 3X1.

También con el apoyo económico de los migrantes, se adquirió una ambulancia que fue llevada a Motul por falta de personal en la comisaría para hacerse cargo de ella.

Durante el levantamiento del censo ninguno de los habitantes me negó la información solicitada. Algunas señoras y adultos mayores comentaron que desconfiaban cuando eran hombres quienes pedían información sobre la familia y los ingresos, ya que se trataba de vendedores de productos a crédito (libros, artículos religiosos y suplementos alimenticios “naturales”) que, posteriormente, los acosaban ante la imposibilidad de pagar debido a los altos intereses. Durante una de las entrevistas que realicé, atestigüé cómo un cobrador llegó a exigir el pago (\$800, equivalente a una semana de trabajo) por un suplemento alimenticio hecho a base de plantas que prometía curar el colesterol.

A pesar de que al inicio del trabajo de campo había percibido que había pocas madres con niños menores de dos años, pronto me di cuenta que la primera impresión era errónea. Al finalizar el censo, identifiqué un total de 46 madres que cumplían con el criterio de selección y, aleatoriamente, seleccioné una muestra de 30 de ellas. La tercera semana de octubre de 2010, con mapa en mano, inicié mi recorrido para aplicar las encuestas sobre alimentación infantil y socioeconómica.

Participar en el levantamiento del censo me ayudó a identificar el horario de actividades de las madres y organizar mi trabajo. Por ejemplo, sabía que las madres salían entre 7 y 9 de la mañana a hacer sus mandados, ya fuera a las tiendas de Kiní o de Motul y al Centro de Salud. Los días en que se entregaban los apoyos del programa Oportunidades o estaba programada alguna actividad fuera de casa, acudía a los sitios en que se reunían para esas actividades y observaba o participaba como fue el caso de la marcha contra la violencia hacia las mujeres y el taller comunitario sobre salud infantil, realizados en diciembre.

En general, levantaba las encuestas cuando las madres regresaban a su casa a preparar la comida y hacer sus labores domésticas, es decir, a partir de las 9 am. Con excepción de una madre que cocinaba mientras le hacía las preguntas de la encuesta, el resto de las participantes dejó sus quehaceres para platicar conmigo sobre sus hijos. En dos ocasiones

regresé más tarde porque no se encontraban o me mandaban a la casa de la abuela del niño, en donde la madre pasaba el día. En esos casos, prefería regresar más tarde para platicar únicamente con la madre. Cuando se trataba de familias extensas, las abuelas de los niños estaban presentes y respondían a las preguntas o hacías comentarios adicionales, que yo registraba por separado. Lejos de interferir con mi trabajo, esto me permitió enriquecer uno de mis objetivos: identificar las fuentes de conocimiento y experiencia a las que las madres recurren. Dos de las participantes trabajaban como obreras en la maquiladora Monty, en Motul, y las entrevisté a partir de las siete de la noche, hora a la que llegaban después de casi 12 horas de trabajo continuo. Rara vez se encontraban los padres de los niños pues salían a trabajar. Cuando estaban presentes, también registré sus comentarios por separado. Sin embargo, sus intervenciones fueron breves y preferían continuar con sus labores, que siempre eran realizadas en otra área de la casa.

Al comienzo de la entrevista les preguntaba por su bebé y recordaba que les había comentado que las visitaría. Me presentaba de nuevo y decía que quería saber cómo alimentaban a sus bebés. Ninguna de las madres se negó, por el contrario, me abrieron las puertas de su casa con mucha hospitalidad. Generalmente, realicé las entrevistas en la sala de la casa (en caso de tener recámara y cocina por separado) o bien en el único cuarto. En la mayoría de los casos estaba también el bebé. Esto me dio la oportunidad de observar cómo las madres respondían rápidamente a las señales de los pequeños, apenas querían el pecho materno, sin importar mi presencia.

Frecuentemente fui abordada en la calle por personas que me preguntaban sobre lo que hacía y de dónde era, iniciándose conversaciones sobre el pueblo y, en ocasiones, sobre el tema de mi investigación y sobre el sistema de salud. Sobre este último, fueron constantes las quejas sobre la ambulancia, la atención del doctor en turno y la falta de medicinas, que resultaban en la necesidad de acudir a médicos particulares. Al principio, los señores y señoras mayores eran lo que se acercaban más pero, conforme pasaba el tiempo e iban identificándonos por el censo, las encuestas de alimentación infantil y las encuestas a los niños de 5o. de primaria de mis compañeras, más y más señoras jóvenes y estudiantes se acercaban a preguntar y platicar.

Las madres y sus familias

En el Cuadro 3 se presentan las características sociodemográficas de las madres entrevistadas y sus cónyuges. La edad de las madres varió entre 19 y 45 años y los años de estudio entre 0 y 16. La edad de los padres varió entre 22 y 50 años y los años de estudio entre 2 y 12. El número de madres analfabetas fue cuatro veces mayor al de los padres y la proporción de quienes hablaban maya entre estos últimos fue mayor que entre las primeras. Los ingresos fueron variables según la actividad y fueron de \$85 a \$2,250 pesos semanales entre las madres y de \$450 a \$2,250 entre los padres. El ingreso más alto corresponde a quienes laboraban en la maquiladora Monty. Únicamente dos de las familias, ambas extensas, poseía tierras para el cultivo de henequén, pero la madre no pudo proporcionar más información ya que eran de los abuelos del niño.

El tamaño de las familias fue desde tres hasta 14 miembros (media 6.0 ± 2.9), siendo los hogares tanto de tipo nuclear (46.7%) como extenso (53.3 %). La mayoría de las extensas estaban conformadas por dos familias (68.8%) y el resto por tres o cuatro (31.2%). Aunque toda la familia ayudaba a cuidar a los infantes, las madres reportaron con mayor frecuencia a las abuelas (61.5%), seguidas por la tía del niño (19.2%). El resto señalaron a los hermanos y primos del pequeño. Los padres también ayudaban, generalmente cuando regresaban de las largas jornadas laborales fuera de Kiní, en las noches o los fines de semana: *“Solo los sábados y domingos porque cuando viene ya es muy tarde. Viene hasta las 10:15 [de la noche]. La mece, le da sus frutitas, pero mayormente la mece y juega con ella”*. *“Solo cuando estoy lavando y cocinando la distrae para que juegue”*.

Cuadro 3

Características de las madres y sus cónyuges

(% o media \pm desviación estándar)

Características	Madre (n=30)	Padre (n=23 ^a)
Edad en años	29.3 \pm 6.9	32.7 \pm 7.1
Años de estudio	7.6 \pm 3.8	7.9 \pm 2.8
Analfabetismo	16.7	4.3
Maya (Sí)	30.0	43.5
Maya (Poco)	20.0	21.7
Actividades	Ama de casa: 80.0 Asalariada ^b : 13.3 Cuenta propia: 6.6	Jornalero: 30.4 Asalariado ^c : 65.1 Cuenta propia: 4.3
Ingreso semanal(\$)	955.8 \pm 719.4	793.4 \pm 433.0

a. Siete madres reportaron no vivir con el progenitor de su hijo más pequeño, el estudiado.

b. Incluye trabajadoras de la maquiladora Monty, tienda en Motul y venta de artesanías.

c. Incluye trabajadores de la maquiladora Monty, granja industrial de pollos, cervecería en Motul, hotel en Mérida, albañiles y ayudante de taxista.

La mayoría de las casas que visité habían sido construidas con recursos propios y eran de bloques de concreto (80%), un número mucho menor fueron construidas por el Fondo de Desastres Naturales (FONDEN) (11.4%), después del paso del huracán Isidoro en 2002, y tan sólo tres eran de tipo tradicional con paredes de bajareque recubierto y techo de *guano* (*Sabal yapa*) o lámina. Todas las viviendas contaban con energía eléctrica. El servicio de agua entubada lo tenía el 86.7%; el 63.3% poseía un pozo dentro de su propiedad; la mayoría de las madres (83.3%) aseguraron que la familia consumía agua purificada, el resto

reportó que se consumía tanto ese tipo de agua como agua entubada o de pozo. En el Cuadro 4 se presenta el mobiliario y aparatos electrodomésticos de los hogares.

Cuadro 4
*Mobiliario y electrodomésticos
 de las viviendas estudiadas (n=30)*

Artículo	%
Televisión	96.7
Ventilador	96.7
Bicicleta o triciclo	86.7
Sistema de sonido	83.3
Refrigerador	83.3
Reproductor de DVD	76.7
Estufa	53.3
Motocicleta	50.0
Muebles de sala	30.0
Máquina de coser	30.0
Automóvil	10.0

Perfil reproductivo de la madre

Las madres estudiadas tuvieron su primer embarazo entre los 15 y 38 años de edad (media 22.67 ± 6.0) y de 1 a 8 embarazos (2.13 ± 1.5). Cinco madres sufrieron entre uno (13.3%) y dos abortos (3.3%).

La mayoría no usaba ningún tipo de anticonceptivo en el momento de la entrevista (70%). Entre quienes lo hacían, el método hormonal era el más utilizado (55.6%), seguido por la ligadura o vasectomía (22.2%), el dispositivo intrauterino (DIU) (11.1%) y el condón (11.1%). Estos dos últimos medios fueron suministrados por el Centro de Salud de Kiní (55.6%) o por el Instituto Mexicano del Seguro Social (44.4%). Asimismo, 23.3% había

usado anteriormente algún anticonceptivo de los cuales el método hormonal fue más común (49.9%); la otra mitad se dividió por igual entre el DIU y el condón.

Los niños

En el cuadro 5 se muestra la distribución por edad y sexo de los hijos de 0 a 24 meses de edad de las madres estudiadas. Hubo más mujeres que hombres y más de la mitad tenía entre 12 y 24 meses. En el cuadro 6 se puede apreciar que, en su mayoría, se trataba del primero o el segundo hijo.

Cuadro 5

*Edad de los hijos entre 0 y 2 años
de las madres estudiadas, por sexo*

Grupo de edad (meses)	Niño	Niña	Total (%)
0-5.9	1	4	5 (16.7)
6-11.9	5	2	7 (23.3)
12-17.9	5	4	9 (30.0)
18-24	1	8	9 (30.0)
Total	12	18	30 (100.0)

Cuadro 6

*Orden de nacimiento
de los hijos (n=30)*

Orden de nacimiento	%
1°	46.7
2°	26.7
3°	10.0
4°	13.3
6°	3.3
Total	100.0

Servicios de salud

Durante su embarazo las madres fueron revisadas en su mayoría por algún médico de los servicios públicos de salud (83.3%) y únicamente cuatro de ellas asistieron a consulta regular con médico privado. Una señora mencionó que durante el tiempo de gestación no la revisó ningún médico. La mayoría dio a luz en algún hospital público y únicamente tres lo hicieron en hospitales privados de la ciudad de Mérida (Cuadro 7).

Cuadro 7

*Lugar de parto de las madres
entrevistadas (n=30)*

Hospital ^a	%
IMSS	43.3
Hospital Materno Infantil	23.3
Hospital O’Horan	23.3
Hospital privado	10.0
Total	100.0

a. Todos los hospitales se localizan en Mérida.

Al momento de la entrevista, 56.7% contaba con el Seguro Popular o era derechohabiente del IMSS (40%). Solo una madre no contaba servicios de salud. Sin embargo, aun cuando tenían acceso a dichos servicios, todas las madres encuestadas asistían a consultas con médicos privados, incluyendo los servicios ofrecidos por las Farmacias Similares¹³. Como expresó una señora durante una entrevista: “*Nos dicen [en el Centro de Salud] ‘no hay medicamento’ y nos dice ‘le doy la receta y usted paga’. Así que mejor vamos con otro...’*”. “*Yo por eso no voy [por falta de medicamentos]. Voy nomás porque estoy embarazada, si estuviese bien no voy. Si el doctor no te atiende, no te da medicina, aquí solo receta me da”*”.

¹³ Farmacias Similares es una empresa de venta de medicamentos genéricos que también ofrece asesoría médica a precios bajos.

Lactancia y destete

Al momento de la entrevista, el 60% de las madres entrevistadas estaban dando pecho a sus niños (Cuadro 8). El 40% restante no había iniciado la lactancia o la había finalizado entre los tres y los 17 meses (Cuadro 9). A pesar de que no había una pregunta concerniente a la razón para destetar a esa edad, algunas madres indicaron que la decisión había sido por parte del niño. Una madre que amamantó solo tres meses dijo: *“obligado le daba leche, nunca lo pidió”*. Otra madre que destetó a los ocho: *“él solito dejó de hacer chuchú”¹⁴*.

Por su parte, las abuelas mencionaron que la madre era quien decidía cuándo destetar, de acuerdo a sus deseos y necesidades: *“Hay mamás que al año le quitan su pecho aunque tenga [leche]. No les gusta creo, que lo mamen... Depende a cómo le quieres dar pecho, hay quienes se lo quitan nueve meses, un año. Como esta niña que sigue haciendo chuchú. Tiene dos, está bien. Pero hay quienes se lo quitan a un año, año y medio, depende a como se los quieres quitar”*

Dos de las abuelas señalaron que la única razón para destetar súbitamente era un nuevo embarazo: *“A veces las señoras de repente están dando pecho, se embarazan y ese pecho ya no sirve, se echa a perder. Porque ya se embarazó y el otro bebé que viene hace tierno al chuchú y le hace mal al otro. Se lo quitan porque ya no está bien para que él lo tome”*.

Las tres madres que no dieron pecho a sus bebés, señalaron que *“el bebé no lo aceptó”* o *“no lo agarró”*. Una de ellas relató que era la segunda vez que no había podido amamantar pese a que, en ambas ocasiones, había recibido pláticas prenatales sobre el tema. Asimismo, manifestó su deseo por haber podido hacerlo. La primera vez, el niño no había podido agarrar el pezón porque era *“pequeño”* y *“sin puntita”* y, por tanto, le dio leche maternizada desde el nacimiento. Poco después, la joven quedó embarazada nuevamente y al año, dio a luz a una niña con parálisis facial. En esta ocasión los médicos del IMSS le habían indicado amamantar: *“¡Con trabajo le di ahí!, cuando me la acercaba, lloraba”*. La insistencia de los médicos duró poco pues, al salir de la clínica dos días después, la niña ya había recibido

¹⁴ ‘Hacer *chuchú*’ refiere al amamantamiento, en lengua maya *chu’uch* significa mamar.

leche maternizada. De regreso al hogar, la madre discontinuó por completo la lactancia por el problema fisiológico de la niña.

Cuadro 8

Lactancia al momento de la entrevista (n=30), por sexo

	Niño	Niña	Total (%)
No	6	6	12 (40.0)
Sí	6	12	18 (60.0)
Total	12	18	30 (100.0)

Cuadro 9

Edad al destete (n=9)

Edad	Total (%)
<6 meses	3 (33.3)
6-12 meses	2 (22.2)
>12 meses	4 (44.4)
Total	9 (100.0)

La leche materna era brindada en la mayoría de los casos a libre demanda (59.3%), es decir, cada vez que el niño lo pidiese. También fue común que las señoras mencionaran que les daban leche a sus niños en las noches (22.2%) o tres veces al día (18.5%), ya sea porque “*están grandecitos*” o para que durmiesen mejor.

La mayoría de las madres que amamantaron (70.4%) dijo que sabían que sus hijos querían hacer pecho porque buscaban el pezón o lo pedían con palabras: “*Me pide ‘mami ven’ o quiere que lo abrace. Él lo pide porque ya habla*”. También, cuando el niño lloraba (25.9%): “*Empieza a llorar, le doy algo para que coma pero solo quiere hacer chuchú*”. Solo una de las madres dijo: “*obligado le di, el nunca lo pidió.*”

Ante el llanto del menor, las madres optaban por distraerlo con algún juguete o cargarlo y pasearlo por la casa (46.7%), darle leche o comida (26.7%) o utilizar más de un tipo de distracción (26.7%).

La leche materna fue el alimento con el que la mayoría de las madres inició la alimentación de sus hijos (76.6%). De éstas, la mitad señaló que lo hizo así por el valor nutritivo de la leche materna *“Ellos crecen más sanos, tiene vitaminas y los protege de todas las enfermedades.”* La otra por recomendación médica: *“Porque en el [Hospital] Materno [Infantil] no te dejan dar leche de lata o polvo, sólo chuchú”, “Porque la enfermera cuando estaba llorando me dijo que tenía hambre. Se lo di [el pecho] y se calmó.”*

El restante 13.3% inició la alimentación con leche maternizada. Cuatro de ellas mencionaron la recomendación del personal en los hospitales: *“Fue lo primero que le dieron en la Clínica Esperanza¹⁵, no como en el Seguro [IMSS] en donde me lo dieron [al otro hijo] para que amamante”*. Una señaló que no había dado leche porque el parto había sido por cesárea. Otra dijo que no tenía leche durante los primeros días post-parto. En este mismo sentido, una madre de este grupo refirió que *“no me había bajado la leche, no se había cocido”*. Una de las abuelas me explicó a qué se referirían con el cocimiento de la leche: *“Cuando se embaraza, la mujer empieza a desarrollar su pecho, empiezan a crecer por la leche. Solo falta que se cueza. Cuando viene su bebé es cuando necesitan algo para que cueza el pecho. Sí sale, pero está blancuzco. No está cocido”*.

Para que esta leche se cueza, las abuelas entrevistadas coincidieron en que es necesario que el propio bebé chupe el pezón o bien, se le laven los pechos a la madre con compresas de agua caliente: *“Supongamos que no se le da al niño para que lo saque y no se cuece. Simplemente no lo saca el bebé porque no se lo da. Y ya el pecho no sale porque no lo sazona, dicen... porque el vapor de la boca del bebé, él lo va a cocer” “Por el mismo vapor de sus chan boquitas ellos mismos lo van a cocer. El de las antiguas, a veces nomás lo lavan y si quieren lo tapan para que se cueza el chuchú, para que se quede suave al bebé”*.

¹⁵ Clínica privada de bajo costo en Mérida, Yucatán.

“Que las antiguas que les dan el baño, así para que se cueza. Con las hierbas de hojas de guayaba, les lavas el pecho y se lo tapas... Así al siguiente día se enjuaga el baño y se lo das al bebé. Así una noche no van a hacer chuchú”.

Cinco de las madres que no habían dado calostro durante las primeras horas, iniciaron la lactancia materna entre el primer y quinto día postparto. Una de ellas comentó que lo hizo ante la insistencia de la abuela del infante:

Abuela: *Es sus modos, pero yo digo ¡cómo no lo va a agarrar! ¡Tiene que chuparlo! Así castigándola, no dándole leche, lo tiene que chupar le digo. Así lo medio hizo, que no quería. Dáselo, dáselo.*

Madre: *Es que hizo dos días allá [en el hospital] y ella se acostumbró. Sale fácil, [con biberón] en cambio el pecho tienen que chuparlo.*

Abuela: *Pues ella así, está llorando, y le digo dáselo hasta que lo agarre.*

Madre: *Son flojos*

Abuela: *Ahora te separan al niño cuando naces, se los llevan, y ¿cómo se los das? En cambio con las parteras, están naciendo y te lo están dando. Les estás dando su chuchú y lo están chupando. Tienen hambre. Enseguida. Las parteras en tu casa vienen a atender. Nace el bebé, lo bañan y te lo dan. “Dales chuchú” dicen.*

La vecina de una de las entrevistadas me relató que su hija no había podido amamantar al principio, y habían acudido con el médico pediatra por este problema. Cuando madre y abuela le dijeron al especialista que el niño “no agarraba” pecho, éste les dijo de manera incrédula, *“seguramente no se lo quieres dar”*. La abuela de la bebé dijo que respondió: *“yo a mis hijos todos hicieron pecho y ¿cómo no le voy a enseñar a mi hija que a mi nieta le de pecho, si es cuando más lo necesita?, ¿cómo le voy a decir a mi hija eso? Si uno cuando tiene hijos le tiene que dar todo lo que necesitan, ¿cómo va a creer usted que yo le permita no dar pecho? Eso hasta yo misma lo estoy viendo, no lo chupa, se lo estás dando y hasta gritos, se cansa, hasta morada queda de que no lo quiere”*. El médico les dijo entonces, que extrajera la leche con tiraleche.

La señora continuó: “Y así lo hacía ella. Así un día hicimos una cita y lo vio el doctor. Está gritando, que es hora de su leche. Nos dice [el médico] “dale su pecho”, ¿qué pasó? ¡Que no quiso! y el doctor nos dice ‘ay sí, es cierto’ ¿Y qué tal si se muere del llanto? Se cansa.... así estuvo ella, creo que faltaban quince días para que dejara pecho y ¡lo agarra! Colgada todo el día a su pecho.”

Ante mi pregunta sobre cómo habían logrado para hacer que agarrara el pecho materno, la señora comentó: “Solita nomás, de momento lo agarró”. Como faltaban pocos días para que la madre regresara al trabajo, la abuela le aconsejó: ‘dale así una semana, y la otra semana dale sólo en la mañana y en la noche para que se acostumbre así. Si no, cuando te vayas ¿de dónde lo voy a agarrar para que le de?’. Durante los siguientes meses la madre siguió esta recomendación hasta que a los seis meses sucedió el destete: “Solito lo dejó y ahora come”.

Las tres madres que dieron a luz en hospitales privados de Mérida iniciaron la alimentación de sus hijos con leche maternizada, en tanto que la mayoría de quienes lo hicieron en hospitales públicos inició la lactancia materna después del nacimiento (Cuadro 10).

Cuadro 10

Primera leche ofrecida al neonato por lugar de nacimiento

Lugar	Materna	Maternizada	Total
IMSS	10	3	13
Materno Infantil	6	1	7
Hospital O’Horan	7	0	7
Hospital privado	0	3	3
Total	23	7	30

Ablactación

La leche industrializada y el agua fueron los primeros líquidos que se les dieron a los niños, 66.7% y 43.3%, respectivamente. Siguieron los jugos naturales (6.7%), los jugos industrializados y el atolillo, 3.3% cada uno¹⁶.

Como se puede observar en el Cuadro 11, la mayoría de las madres (81.5%) combinó la leche materna con otros líquidos antes de los seis meses, edad actualmente recomendada por Organización Mundial de la Salud.

Cuadro 11

*Edad de introducción
de primeros líquidos (n=27^a)*

Edad	%
<30 días	44.4
1 mes	14.8
2 meses	7.4
3 meses	3.7
4 meses	7.4
5 meses	3.7
6 meses	18.5
Total	100.0

a. Se excluyen las tres madres que no dieron pecho.

Las madres dijeron que les daban agua a sus bebés para refrescarlos o para evitar la deshidratación. En el caso de la leche industrializada y otros líquidos, una respuesta común fue que percibían que el bebé no se llenaba únicamente con leche materna: “*Le di al mismo tiempo que el chuchú porque no se llenaba*”. Otras mamás citaron el consejo de los doctores, que podían o no seguir las recomendaciones mundiales: “*Desde que salió de la*

¹⁶ La suma de los porcentajes dan más de 100% dado que algunas madres respondieron con más un líquido o alimento.

clínica, la doctora me dijo que casi no tenía leche y que le diera leche de lata”, “Cuando daban pláticas en el Seguro [IMSS] así lo decían, que a los seis meses ya les podemos dar otras cosas”. Asimismo, algunas madres optaron por dar otros líquidos a sus niños para que no estuvieran tan pegados a ellas “Lo quise acostumbrar a la leche normal en caso de que me enferme y no le pueda dar pecho”. “Con pecho no puedo salir, si le doy leche sí”. Algunas madres relataron que sus bebés no habían tolerado la leche maternizada en el primer intento: “Me dijeron que no se llenaba con chuchú, pero no la aceptó muy bien [la leche maternizada] y le di otra vez chuchú”.

A poco más de la mitad de los niños se les dio un primer alimento antes de los seis meses y dos lo hicieron después de esta edad (Cuadro 12). Cuatro infantes, cuyas edades fluctuaban entre dos y tres meses, todavía no habían sido ablactados.

Cuadro 12

Edad al primer alimento (n=26), por sexo

Edad en meses	Niño	Niña	Total (%)
<6 meses	6	8	14 (53.8)
6 meses	5	5	10 (38.5)
>6 meses	1	1	2 (7.7)
Total	12	14	26 (100.0)

El Cuadro 13 muestra los primeros alimentos que las madres proporcionaron a sus niños y el Cuadro 14 los motivos en los que se basó la elección. En palabras de las madres, *“No se llena solo con leche y así pasa más tiempo sin pedirla.”; “Porque vio que yo lo estaba comiendo y lo pidió”; “Mi mamá de esa forma nos enseña, que le demos otras cosas para probar”; “Ya deben de aprender a diferenciar otros sabores en su paladar”; “Sus intestinos ya lo pueden recibir.”. Otras mencionaron “En vez de darle leche, le daba eso [Gerber®], para empezar a mezclar”; “Es lo primero que se le da a los bebés, luego el Danonino®.”*

Cuadro 13

Primer alimento brindado a los niños (n=26)

Alimento	% ^a
Verduras	73.1
Papillas industrializadas	23.1
Frutas	19.2
Frijol/caldo de frijol	15.4
Tortilla	7.7
Sopas de pasta	3.8
Danonino®	3.8
Cereal con leche	3.8
Total	150.0

a. La suma de los porcentajes dan más de 100% dado que algunas madres respondieron con más de alimento.

Cuadro 14

Motivos para elegir el primer alimento (n=26)

Motivo	%
Recomendación médica	38.5
No se llenaba con leche	15.4
Para que probara otros sabores	11.5
El niño lo pedía	7.7
Recomendación de familia	7.7
Propiedades nutritivas del alimento	3.8
Por la textura	3.8
Ya lo pueden recibir	3.8
Otros ^a	7.7
Total	100.0

a. Ver texto

Cuando el niño no quería comer lo que la madre le daba, más de la mitad (53.8%) no lo obligaba a probar el alimento: *“No la obligo. Tengo miedo de lastimarla. Le cambio el alimento a Gerber o plátanos machacados.”* Otras madres optaban por volver a intentarlo (26.9%) ya sea más tarde o modificándolo: *“Le doy Danonino pero vuelvo a intentarlo más tarde”*; *“Veo cómo prepararlo para que lo coma, con el mismo alimento, no le doy otro.”* Algunas madres, sin embargo, no tuvieron ese problema pues señalaron que sus hijos comen de todo (19.2%).

Alimentación del niño al momento del estudio

Los alimentos consumidos al momento de la entrevista se muestran en el Cuadro 15, agrupando a los niños en menores de un año y de un año y más de edad. La diferencia más grande entre los menores y los mayores de un año es el consumo de los mismos alimentos que el resto de la familia; le siguen el consumo de frutas y carne que, en el primer caso, es casi cuatro veces mayor y en el segundo es del triple y diferencias menores se observan en el consumo de cereales y alimentos lácteos industrializados. Asimismo, contrasta la diferencia en el consumo de verduras antes y después del año ya que disminuye en aproximadamente la mitad. Decece también el consumo de Gerber® y de caldos.

En los niños de más de un año de edad, es visible un aumento en el consumo de frutas, carnes, tortilla, pan, arroz, sopas de pasta y, ligeramente, del yogurt o de cierto alimento comercial tipo yogurt.

Cuadro 15

Alimentos consumidos por los niños al momento de la entrevista por grupo de edad

Alimento	<1 año % ^a (n=12)	≥ 1 año % ^a (n=18)
Verduras	41.7	22.2
Frijol/Lenteja	25.0	27.8
Papilla Gerber®	16.7	5.6
Carne	16.7	50.0
Tortilla/Pan/Arroz	16.7	33.3
Sopas de pasta	16.7	33.3
Leche materna	16.7	0.0
Frutas	8.3	38.9
Caldos	8.3	5.6
Danonino®/Yogurt	8.3	16.7
Palomitas de maíz/Sabritas®	0.0	5.6
De todo/Lo que come la familia	8.3	38.9

a. La suma de los porcentajes dan más de 100% dado que algunas madres respondieron con más de alimento

Como podemos apreciar en el Cuadro 16, casi una sexta parte de las madres con niños menores de un año elegían los alimentos por recomendación de especialistas en salud (pediatras, nutrióloga, enfermeras); en comparación, la elección de las madres de los niños mayores de un año dependía más de estos que del consejo de los especialistas: *“Le hago sus verduras y no quiere, entonces le tengo que dar del de nosotros [el resto de la familia]”* En menor medida, las madres que ya habían incorporado a sus hijos a la dieta familiar, expresaron ideas propias sobre maduración o valor nutricional; por ejemplo *“Es más saludable y no contiene tanta conserva, tiene más vitamina”*.

Cuadro 16

Motivos para elegir el alimento de los niños al momento de la entrevista, por grupo de edad

Motivo	<1 año (n=7)	≥1 año (n=18)	Total (n=25)
Recomendación médica	57.1	22.2	32.0
El niño lo pidió/al niño le gusta	14.3	44.4	36.0
Es lo que prepara la familia	14.3	16.7	16.0
Porque ya está grande/Ya no le hace daño	14.3	5.6	8.0
Propiedades nutritivas del alimento	0.0	11.1	8.0
Total	100.0	100.0	100.0

La mayoría de los niños mayores de 8 meses (84%) ya comían lo mismo que el resto de la familia. Las madres habían integrado a sus hijos a la dieta familiar antes de que cumpliesen un año (59.1%), al año (36.4%) y solo una madre señaló que lo había hecho a los quince meses.

Alimentación infantil antes y ahora: La opinión de las abuelas

Las abuelas entrevistadas coincidieron en que, en el pasado, las madres alimentaban a sus niños de manera diferente; por ejemplo, era común darles Maicena® y leche en cantidades moderadas. También hicieron mención al atole con harina de arroz, el cual también fue mencionado por algunas madres como alimento para sus hijos.

Según las abuelas existen dos productos comerciales que han cambiado la alimentación infantil: las papillas industrializadas (Gerber®) y el alimento tipo yogurt azucarado (Danonino®); ambos fueron asociados con la frialdad, la adición de químicos y conservadores: “*Ahora mayormente son químicos. Gerber, Danonino, puro en el refri*”.

Señalaron que antes la comida que les daban a los bebés era únicamente la disponible en la milpa y el solar y que era similar a la que consumían los demás miembros de la familia:

“Antes la calabaza al momento lo bajas y lo estás sancochando. Si es zanahoria también. El plátano manzano se lo daba. Les dabas comida. El caldito de puchero, chocolomo¹⁷, lo que comía la familia le daba al bebé”.

Otra abuela mencionó: *“Ahorita existe el Gerber, antes no existía, antes de lo que comen las mamás, sopitas de frijol, sopitas de fideos, pollito, eso les daba, porque no existía el yogurt, licuados. El bebé comía normal como adulto, porque no existían esas cosas como ahora, lo único que les daban así, eran calabacitas y chayotes que porque muchos hacían sus milpas, eso sí se los daban”.*

Alimentación y enfermedad

Una cuarta parte de las madres señaló que su niño no pierde el apetito cuando se enferma y, por tanto, sigue comiendo de todo. Del resto, la mayoría le da leche, ya sea materna o de fórmula (36.1%, n=28) o cualquier tipo de comida suave (27.8%). Un porcentaje mucho menor aseguró que solo le da lo que recomienda el médico (5.6%) o jugos o agua de arroz (5.5%). Las entrevistadas manifestaron que les daban esos alimentos porque es lo que al niño le gusta o acepta mientras está enfermo o porque dependía de la enfermedad que sufrían. Por ejemplo, si les dolía la garganta les preparaban comidas blandas y si estaba enfermo del estómago les daban muchos líquidos o comidas con propiedades hidratantes o para cortar la diarrea.

De acuerdo con la mayoría de las madres, algunos alimentos pueden resultar dañinos para los menores cuando están enfermos. En el Cuadro 17, que presenta los alimentos mencionados por las madres, según su frecuencia, se ve que poco menos de la tercera parte de ellas consideró que no había alimento alguno que el niño no pudiese comer cuando se enferma.

¹⁷ Guiso yucateco a base de vísceras y carne de res.

Cuadro 17

Alimentos dañinos para el niño enfermo (n=27)

Alimentos	% ^a
Comida grasosa	14.8
Frutas	11.1
Pescados y mariscos	11.1
Leche industrializada	11.1
Condimentos	7.4
Huevo	7.4
Chocolate	7.4
Alimentos fríos	3.7
Mayonesa y conservas	3.7
Ninguno	37.7
Total	114.8

a. La suma de los porcentajes dan más de 100% dado que algunas madres respondieron con más de alimento

Ante su propia enfermedad, doce de las madres optaron por seguir amamantando normalmente (66.7% n=18¹⁸). De éstas, nueve argumentó que lo hacía porque el niño seguía pidiendo pecho y tres porque así lo había indicado el médico: *“Le pregunté al doctor por los medicamentos. Siempre dice que sí hay que darle”*. De las seis madres que suspendieron la lactancia cuando se enfermaron, la mitad manifestó que tenía miedo de contagiar a sus bebés: *“Que si tengo calentura que le puedo pegárselo al niño, igual si tengo tos”*. Del resto, dos temieron que la toma de medicamentos pudiese afectar a sus hijos y una señaló que el médico así lo había indicado.

Dos de las abuelas entrevistadas coincidieron con las madres en la preocupación por el contagio y la ingesta de medicamentos: *“Depende de qué medicina esté tomando, si no está tomando nada, puede dar pecho. Como mi nuera, le da tos pero como no toma medicina. Solo se le quita y le da pecho al bebé”*.

¹⁸ El resto no se había enfermado

Otra señaló: *“A veces sí te da calentura, es malo darle chuchú porque dicen que lo chupa y le puede dar a ella. Cuando tienen gripa pues mejor que no le den pecho hasta que queden bien. A veces no sé si es cierto o no. Ella cuando se enfermó no le dio chuchú a ella. Decía, ‘qué tal si la contagio’”*.

Ideas sobre la alimentación del niño

Con excepción de una sola madre, la leche materna fue considerada el mejor alimento para los recién nacidos. La mayoría (86.7%) mencionó el valor nutricional que tiene el calostro y los múltiples beneficios de la leche: *“Es la única que contiene vitaminas y es lo que hace que no se enfermen tanto los niños”*. También algunas madres (10.0%) mencionaron que la leche materna no hace daño al estómago del bebé, es decir, que no les causa diarrea, cólicos o gases como las leches de biberón (10.0%): *“No le inflama su barriguita y no le causa tantos gases”*. Una madre respondió que lo ha escuchado así sin especificar de quién o dónde.

La mayoría de las madres consideró que a los seis meses los bebés ya pueden tomar otros líquidos y alimentos (Cuadro 18). El tipo de líquidos que las madres consideraron mejores para dar a los niños por primera vez se muestra en el Cuadro 19. La leche industrializada, el agua y los jugos naturales e industrializados fueron los más frecuentemente mencionados. Con excepción del agua, los motivos principales por los que las madres consideraron que los niños ya pueden consumir otros líquidos fueron *“ya están grandes”* o *“ya no les hace mal a su estómago”*, por recomendación médica, porque poseen muchas vitaminas o son más sanos y porque a los niños les gusta el sabor (Cuadro 20).

Cuadro 18

Edad a la que se deben introducir otros líquidos y otros alimentos (n=29)

Edad	Líquido %	Alimento %
<6 meses	34.5	24.1
6 meses	51.7	44.8
>6 meses	13.8	31.0
Total	100.0	100.0

Cuadro 19

Primeros líquidos ofrecidos a los niños (n=30)

Líquido	% ^a
Otras leches	33.3
Jugos naturales	33.3
Agua	26.7
Jugos industrializados	23.3
Papillas de verdura y fruta ^b	10.0
Otros ^c	6.7
Refrescos carbonatados	3.3
Total	136.7

a. La suma de los porcentajes dan más de 100% dado que algunas madres respondieron con más de alimento

b. Algunas madres respondieron consideraron a las papillas como líquidos.

c. Una madre mencionó cereal con leche y otra, chocolate.

Cuadro 20

Motivos por los que los niños ya pueden consumir otros líquidos (n=30)

Motivo	%
Ya están grandes/ya no les hace mal	23.3
Recomendación médica	23.3
Razones de nutrición	16.7
Por el sabor/le gusta a los niños	10.0
Por la marca	6.7
Es lo que prepara la familia	6.7
Recomendación de otros	3.3
No tienen dientes todavía	3.3
Tienen sed	3.3
No lo sabe	3.3
Total	100.0

De acuerdo con la mayoría de las madres los alimentos idóneos para ablactar a los infantes son las verduras y frutas seguidas, en mucha menor proporción, por las sopas de pasta. Frutas y verduras fueron también los alimentos idóneos más frecuentemente mencionados por las madres para los niños menores de un año, siguiéndoles la carne y después las sopas de pasta, los frijoles y lentejas. Para los niños de uno a dos años de edad, las madres consideraron también la carne en un poco más de la proporción de las frutas y verduras y después las sopas de pasta (Cuadro 21).

Los motivos que hacen idóneos los alimentos citados por las madres para ablactar a los niños se muestran en el Cuadro 22. El motivo más mencionado fue que los niños necesitan esos alimentos porque *“los fortalece, tienen muchas vitaminas”*, seguido de motivos atribuidos al desarrollo del menor, por ejemplo *“Ya lo aceptan y ya no les hace mal a su estómago”* o *“para que mastiquen y tenga fuerza sus dientes, para que salgan y revienten sus encías”* y recomendación de la nutrióloga del Centro de Salud y el médico.

Cuadro 21

Alimento para iniciar la ablactación y alimentos para niños menores de un año y entre 1 y 2 años de edad (n=30)

Alimento	Ablactación %	<1 año %	1-2 año %
Verduras y frutas	76.7	76.7	53.3
Sopas de pasta	26.7	26.7	26.7
Carne	16.7	33.3	56.7
Cereales y papillas industrializadas	13.3	6.7	3.3
Pan dulce/galletas/chocolates	10.0	0.0	10.0
Frijol/lenteja	6.7	23.3	23.3
Yogurt/alimento lácteo azucarado	6.7	10.0	3.3
Tortilla	6.7	6.7	23.3
Arroz	6.7	0.0	0.0
Alimento densamente energético	3.3	0.0	0.0
Caldos	0.0	13.3	13.3
Leche	0.0	10.0	13.3
Huevo	0.0	3.3	10.0
De todo	0.0	0.0	23.3
Total	173.3	210.0	260.0

a. La suma de los porcentajes dan más de 100% dado que algunas madres respondieron con más de alimento

Cuadro 22

Motivos por los que los alimentos señalados son idóneos para la ablactación (n=29)

Motivo	%
Valor nutricional	27.6
Ya lo pueden digerir	13.8
Recomendación médica	13.8
Por sus dientes	13.8
Son suaves/se convierten fácilmente en papilla	10.3
Para que pruebe otro sabor/otra comida	6.9
Recomendación de la familia	6.9
No se llenan con líquidos	3.4
Es lo que les gusta a los niños	3.4
Total	100.0

Más de la mitad de las madres señaló el valor nutricional como principal motivo para proporcionar los alimentos presentados en el Cuadro 21 a los niños menores de un año; por ejemplo, una madre señaló que *“contienen hierro, vitaminas y le ayuda a su crecimiento como bebé”*. En mucha menor proporción (13.8%) citaron la recomendación de personal de salud: *“así me lo recomienda la doctora y es lo que hacemos en la casa”* (Cuadro 23).

Cuadro 23

Motivos por cuales los alimentos señalados son idóneos para menores de un año

Motivos	%
Valor nutricional	58.6
Recomendación médica	13.8
Así lo ha visto/así lo dicen	10.3
Es lo que pueden digerir/tragar/comer	10.3
El niño lo pide	3.4
No lo sabe	3.4
Total	100.0

Pasado el primer año de vida, las madres consideran que los niños ya tienen la capacidad de ingerir otro tipo de alimentos o bien todo lo que come la familia. Las madres atribuyeron lo anterior a que *“Ya su estómago queda bien y ya lo pueden digerir”* o *“Como ya tienen dientes ya pueden comer de todo.”*. En menor proporción señalaron el valor nutricional de los alimentos. Al hacer referencia a recomendaciones o a la propia observación señalaron *“Porque ya pueden comer de todo y no necesitan una dieta especial, así me lo dice el doctor.”* *“Lo he visto cómo ha criado mi mamá a mis hermanitos. Los niños son saludables mientras coman bien”* (Cuadro 24).

Cuadro 24

Motivos por los que los niños pueden ingerir otros alimentos entre 1-2 años de edad (n=30)

Motivos	%
Su estómago ya lo acepta	36.7
Ya tienen dientes	20.0
Valor nutricional	16.7
Es lo que prepara la familia	13.3
Recomendaciones varias	13.3
Total	100.0

La mitad de las entrevistadas consideró que los niños podían empezar a comer lo mismo que la familia después el primer año de vida (Cuadro 25) y, en general, la mayoría señaló una edad más tardía que la referida sobre su hijo menor de dos años. La variación de la edad a la que las madres consideraron que los niños ya se pueden integrar a la dieta familiar varió desde seis meses hasta cinco años.

Cuadro 25

Edad a la que los niños pueden empezar a consumir los mismos alimentos que el resto de la familia (n=30)

Edad	%
<1 año	16.7
1 año	33.3
>1 año	50.0
Total	100.0

La mayoría señaló que, pasando cierta edad, el estómago del niño ya acepta cualquier tipo de alimentos y, por el aumento de su actividad, ya sienten hambre rápidamente. Aunque en mucha menor medida, el ingreso al jardín de niños fue identificado como un motivo por el

cual los niños consumen nuevos alimentos pues “antes no aceptan coca [Coca Cola®], café, huevo. Yo recuerdo que hasta que llegan al kinder sirven eso.” (Cuadro 26).

Cuadro 26

Motivos por los que los niños pueden integrarse a la dieta familiar (n=30)

Motivo	%
Ya están grandes/fuertes/su estómago lo acepta	56.7
Los niños lo piden	16.7
Ya van al jardín de niños	16.7
Recomendación médica	6.7
Así se lo dijeron	3.3
Total	100.0

Ideas sobre la insuficiencia de leche

Al preguntarles a las madres sobre las razones por las que algunas mujeres no pueden dar pecho, la respuesta más común fue que no les gustaba hacerlo, “porque no les gusta, porque les cambia el cuerpo”, “porque no les gusta, porque les estira sus pechos.” En menor medida, las madres señalaron la falta de tiempo porque trabajan, que hay niños que no aceptan el pecho y el miedo al contagio debido a la ingesta de medicamentos, asociada o no a una cesárea, y a enfermedad: “Cuando es cesárea no tiene casi leche. Si es natural sí. Por el medicamento que les dan en la cirugía”; “Por la cesárea hace que se les seque, por las medicinas y los antibióticos”; “Puede ser que tengan alguna enfermedad que le puedan contagiar [al infante]”. Una madre señaló que “Ya están grandes los niños. Dicen que ya no es lo mismo después de los seis meses. Ya no les pueden dar pecho a cada rato como a un bebé.”

Las causas de insuficiencia de leche fueron asociadas a que las madres no quieran amamantar o por las otras razones descritas señalando, que en esos casos, la producción de

leche disminuye: *“Porque no quieren darle pecho. Se necesita que le den leche a cada rato”*; *“Porque por dos días no les dan y entonces se seca [la leche] y se echa a perder. Si le das chuchú debes seguirle dando”*.

Dos madres mencionaron que a algunas mujeres *“no les sale la leche porque a veces no tienen punta [pezón] y el bebé no lo agarra.”* Otras atribuyeron la falta de leche a una mala alimentación durante el embarazo o la lactancia, y al referirse a esta última, describieron conductas contrarias a las que se recomiendan tradicionalmente durante la cuarentena, como la ingesta insuficiente de líquidos, sobre todo caldos calientes o elaborados con aves criadas en el solar. Algunas dijeron que los pollos de granja poseían químicos que eran dañinos para la leche. Asimismo, se asoció la falta de leche a la ingesta de algunos alimentos como los salados, el chile, el achiote y la chicharra; a los medicamentos así como al incumplimiento de la cuarentena, pues *“A veces porque salen y les bate el aire, por eso deben de taparse cuando salen”*, *“Dicen que porque no se cuidan. Hay mamás que no dejan que les bata el aire, que no laven trastes, que no tengan frío”*.

Las abuelas coincidieron en que a algunas madres jóvenes no les gusta dar pecho o tienen problemas en los pezones, siendo ambos motivos por los que no tienen leche, *“Es que a veces les da pena. Y como son muchachas. Me imagino que por pena no lo dan.... Si tiene hambre lo tiene que chupar. Aunque esté gritando... A veces es porque está bolillito [pezón invertido] el pecho, mientras no lo quiere chupar, no buscan y se fastidian y no dejan de llorar. No buscas qué le pasa, pues su leche se lo toman y ya estuvo. Es más fácil la leche”*.

Además señalaron que anteriormente era poco común que hubiera problemas para amamantar, *“Pero más antes, todos hacen chuchú. Nadie lo rechazaba ni a nadie le hacían cesárea. ¡Y quince hijos! Ahorita no, pura cesárea. Antes no había dinero para la leche. Cuando empezaron a ver que sí había, entonces si quieres le das y si no, pues solo le das leche [de fórmula].”*

Una abuela mencionó que hay madres que naturalmente no tienen leche *“Creo que de por sí... O hay [a] quienes [les] sale el chuchú pero solo como dos o tres meses y ya después se*

seca. Quién sabe por qué. Dice mi mamá que es sal k'ab im¹⁹, quiere decir que no está bien para amamantar. No está bien para que sean mamás.”

Las abuelas describieron las recomendaciones asociadas a la cuarentena. Me explicaron que las puérperas no deberían mecerse en la hamaca, salir antes de que caliente el sol, comer alimentos fríos o abrir el refrigerador. “*Dicen, la gente antigua, que porque ya diste a luz y está abierto todo tu cuerpo*”. “*Cuando te hacen el baño [posparto] te tapas el busto porque si te bate el viento te empieza a dar calentura, te duele tu cabeza. Mi mamá decía ‘al jootz’²⁰, que pesa tu cabeza, te duele tu cabeza, y así ¿cómo atiendes al bebé, como le das chuchú?, no tienes ganas. Que se cuiden en 40 días*”. “*Ya no deben de comer cosas pesadas ni restos de comida, tiene que ser comidas nuevas, no pueden ponerlo en el refri y al día siguiente lo calientan. No, pura comida nueva. Porque no se echa a perder su barriga, si no les da, como dice mi mamá en maya: x'la nak'i²¹ que porque ya lo echaste a perder, porque cuando ya tuviste un bebé está tierna tu barriga. Te sientes débil y cosas nuevas te dan para que comas... hacen cosas calientes para que se pueda cocer tu comida otra vez, una vez que se cueza te tienes que cuidar, cosas así para que se cueza tu barriga. Para que vuelva quedar bien”*.”

Otra de las restricciones mencionadas es evitar las labores domésticas aunque en este punto, la ayuda familiar extensa parece ser el elemento condicionante. Durante una de las entrevistas, una madre primeriza relató que incluso su suegra había viajado desde los Estados Unidos para ayudarla en este crucial período. Por el contrario, una de las abuelas señaló que ella había dejado la decisión de seguir o no la cuarentena a sus hijas: “*Yo cuando tuve [hijos] nunca me guardé, porque lo primero que decía mi mamá era, te guardas ¿y quién te va a trabajar?*”

¹⁹ *Sal*, ligero, liviano; *k'ab*, jugo; *im*, teta, pecho de mujer y de cualquier animal racional o bruto (Barrera Vázquez *et al.*, 1980). Puede traducirse como leche liviana, sin fuerza o leche aguada y que es una forma para no decir la expresión más fuerte *xma' paatal im*, que significa la de senos inservibles (Fidencio Briceño, comunicación personal, octubre 24, 2011).

²⁰ Variante de *al hó'olen*, mi cabeza se siente pesada (por enfermedad) (Bricker *et al.* 1998) .

²¹ Variante de *k'axil nak'*, diarrea. *Nak'*, barriga, vientre o tripas; *nak'il*, abdominal (Barrera Vázquez *et al.* 1980); *x'la* es una expresión coloquial despectiva que se refiere, entre otros calificativos, a despreciable.

También se preguntó a las madres si había alguna razón por la cual no se debiera amamantar (Cuadro 27) y la mayoría consideró que no. Un tercio señaló que la única razón sería que la mamá tuviera alguna enfermedad contagiosa; la mayoría de este grupo refirió como ejemplos el SIDA y el cáncer de mama. Tres madres señalaron, cada una, otras tantas razones. Una indicó que *“hay niños a los que no les conviene y el médico les quita la leche materna”*; otra dijo *“yo creo que no, solo cuando comen chile. El bebé lo puede absorber”* y la tercera señaló que *“siempre nos han dicho que es la mejor [la leche materna] aunque hay niños que nacen con intolerancia a la lactosa”*.

Cuadro 27

Razones para no dar pecho (n=30)

Razón	%
Ninguna	56.8
La mama tiene enfermedad contagiosa	33.3
Otra (ver texto)	9.9
Total	100.0

Fuentes de información

En el Cuadro 28 se muestran las fuentes a partir de las cuales las madres construyen sus ideas y prácticas en torno a la alimentación de los niños. Casi la mitad señaló que la abuela del niño, ya sea materna o paterna, les había enseñado qué darles de comer a sus hijos y cómo cuidarlos. Una proporción menor de entrevistadas (16.7%) explicaron que habían aprendido solas pues, cuando nació su hijo, no contaban con alguien que le enseñase o bien, por la experiencia adquirida con los hijos anteriores. Menos fueron las que mencionaron las pláticas prenatales del Seguro Social, el pediatra particular y los Talleres Comunitarios ofrecidos por el Centro de Salud. Cerca de una cuarta parte mencionó dos fuentes de información, una de ellas explicó que *“Yo iba a mis citas con la nutrióloga del Centro de Salud y además por mi mamá, ella me dice qué le debo dar, qué no, cómo cuidarlo. La nutrióloga es nomás cada mes”*.

Cuadro 28

*Fuente de información sobre
alimentación infantil (n=30)*

Fuente	%
Abuela del niño	46.7
Experiencia propia	16.7
Personal de salud	13.3
Dos respuestas	23.3
Total	100.0

Gobierno y alimentación infantil

Durante mi estancia en la comunidad, me percaté de la manera en la que el gobierno, tanto federal como estatal, interviene en las decisiones de las madres sobre la alimentación de sus niños. A través del Programa Oportunidades se les reparten apoyos económicos a las madres con hijos de 0 a 9 años “para fortalecer su desarrollo, un paquete de servicios médicos y sesiones educativas para la salud”²². A partir de 2010, Oportunidades opera el Programa de Apoyo Alimentario (PAL). Entre otros, el PAL incluye un suplemento nutricional para niños mayores de 6 meses y menores de 2 años, de nombre Nutrisano®, y otro, Nutrivida® para mujeres embarazadas o en periodo de lactancia. Según el sitio oficial de la Secretaría de Salud²³, estos suplementos aportan el 100% de los micronutrientes diarios requeridos y, en promedio, 20% de las necesidades calóricas. A pesar de que no fueron mencionados en las encuestas como alimentos que les brindan a los niños que contaban con Oportunidades, algunas madres me hablaban de ellos en pláticas informales y en las entrevistas a profundidad. Una de ellas señaló: “*De antes no se lo daba, lo regalaba a los que no tienen pero después me dijeron, ¿por qué no se lo das? Es muy bueno para*

²² http://www.oportunidades.gob.mx/Portal/wb/Web/poblacion_objetivo_movil última consulta septiembre 2011

²³ http://www.salud.gob.mx/pagina_principal/manual_cont_sum_sup_alim/manualimportancia.htm última consulta octubre de 2011

ella [su hija]... Hoy sí se lo doy, como si fuera Gerber, en vez de que compre, eso le preparo y se lo doy... Hasta que ven que esté completo su peso y si tienes Oportunidades, si no, no me lo dan.

Una de las abuelas también me habló de los suplementos, incluyendo la restricción en su distribución según la edad del niño: *“El hijo de mi sobrina es un niño chico que no hizo pecho y entonces le daban a ellos, le daban la otra, y ese niño hasta su enfermedad se le quitó. Pero no hay, no te lo dan, porque ella [su nuera] ya pasó de la edad a la que le den así”.*

Cada mes, las madres que cuentan con Seguro Popular y Oportunidades asisten obligatoriamente a los Talleres de Salud Comunitarios, impartidos por promotores de los Servicios de Salud de Yucatán. Si bien la asistencia es obligatoria, las madres tienen una visión positiva hacia ellos, me comentaban que asistir era como una distracción. El formato de los Talleres incluye actividades por medio del juego y la integración de los conocimientos y experiencias de las señoras, lo cual probablemente los hace atractivos a las madres.

Identifiqué cuatro temas de Talleres relacionados con la alimentación infantil. El Taller 9 se centra en la alimentación materna durante el embarazo y la lactancia. El Taller 12 aborda la temática de lactancia materna y describen su importancia y ventajas, incluyendo el calostro. Se mencionan los problemas más importantes que podrían suceder durante este período, las causas de abandono de la lactancia materna, los mitos y las creencias al respecto. También se hace hincapié en que la leche materna siempre está en buenas condiciones para que los niños la tomen. La actividad de este Taller consiste en invitar a las participantes a ensayar cómo acomodar al bebé en el momento de amamantarlo.

En el Taller 14 se enseña a las madres qué alimentos son adecuados para sus niños desde recién nacidos hasta el año de edad y también se realizan actividades de estimulación temprana con los menores de un año. El Taller 15 se enfoca a la alimentación de los niños mayores de un año utilizando recursos disponibles en la localidad y en el hogar. También se

describe cómo hacer el destete del menor y se hace hincapié en la importancia de proporcionarle el suplemento alimenticio Nutrisano®.

En diciembre tuve la oportunidad de asistir al último Taller del año. Asistieron aproximadamente 30 madres, algunas de ellas llevando a sus bebés a la actividad. En este Taller no se abordó ningún tema específico sino, como me lo había mencionado la promotora del Centro de Salud cuando acudí a avisar que asistiría, se trató de un recuento de todo lo aprendido en el año. Muy brevemente, les recordaron a las señoras asistir a sus chequeos regulares en la clínica, a lavar las manos a sus bebés y, tal vez por tratarse de días con temperaturas bajas, hicieron hincapié en abrigoarlos adecuadamente.

También durante esos días realicé la entrevista a la nutrióloga que cada mes visita Kiní como parte del Programa Combate a la Desnutrición Infantil. La joven de 31 años contaba con cuatro años de experiencia en el programa. Éste, abarca 125 localidades de 63 (61.2 %) municipios del estado de Yucatán y está dirigido a la atención de mujeres embarazadas y menores de dos años. Su objetivo es prevenir y atender las alteraciones del crecimiento y desarrollo y evitar daños a nivel cognoscitivo²⁴. Hasta el momento de la entrevista, 34 madres con hijos menores de dos años asistían a los chequeos.

Según la nutrióloga, algunas madres no asistían porque *“A veces no les gusta que les digan que su niño está bajo de peso”*. Ciertamente, una de las madres entrevistadas me platicó que se había sentido ofendida porque la nutrióloga le dijo que su hijo estaba pasado de peso: *“¡No lo vuelvo a llevar! Si no me dan ni me dice nada, nomás lo midió, lo pesó, no dijo si está bien o mal, no dijo nada. Por eso ni vuelvo a ir”*. También puede contribuir el trato dado a las señoras, como lo pude constatar durante la espera para la entrevista. La profesional le dijo a una madre, cuyo hijo estaba bajo de peso, *“Hay que comprarle su vaca”*. Inmediatamente después le dijo que le quitara el pecho porque ya debería comer otros alimentos y repitió, *“Hay que comprarle su vaca para que tome leche”*.

²⁴ Información según la nutrióloga entrevistada.

Al parecer no existe una vinculación entre todos los encargados de la salud comunitaria en los municipios pues, al preguntarle si conocía el contenido de los Talleres Comunitarios, la nutrióloga respondió negativamente. Desde su punto de vista, en las comunidades donde ha trabajado el problema no es la falta sino el exceso de lactancia materna: *“Nuestro problema es al contrario... Por ejemplo, el niño que acaban de traer [a cuya madre le recomendó comprarle su vaca] se llama Juanito²⁵, va a cumplir dos años en enero. No come, no toma leche, solo hace pecho. Ese el problema que hay. Dura bastante y la madre se siente más tranquila si hace pecho pero que no come y no toma leche... Mientras, se perjudican dos personas, el niño porque no come y la mamá porque ya no es leche lo que está sacando, es ya su sangre. Todo su calcio, todo su hierro, por eso ves a las mujeres sin dientes, sin cabello.”*

La nutrióloga siguió ilustrando su idea (etnoteoría) sobre el problema del exceso de lactancia materna. Refirió que le dan demasiada importancia a la lactancia *“y no a otros alimentos. Si el niño hace pecho y no come, no toma leche, para ellas está bien”*. También señaló que el temor de las madres a darles ciertos alimentos como el frijol y la tortilla a sus hijos porque consideran que pueden hacerles daño es otro obstáculo para que los ablacten. Sin embargo, sus recomendaciones sobre la edad a la que se deben introducir otros alimentos y la duración de la lactancia materna no son acordes a las de la OMS (2003):

“Yo digo a los cuatro [meses] aunque esté establecido que a los seis. Porque hemos visto que si el niño empieza a comer a los seis meses es un niño flojito, que no está acostumbrado a comer, que su lengua solo tiene la capacidad para succionar y tragar... Yo a los cuatro meses recomiendo frutas y verduras, lo mismo a los seis. Así se van a iniciar. Si no, no tienen otra alimentación que no sea pecho.”

“Con que consuman el caldo de pescado y solo la carne del pescado esos niños están rebien. Grandotes. No les hace falta pecho.”

Las recomendaciones de la nutrióloga concernientes a los tipos de alimentos y la edad a la que deben proporcionarse no hacen referencia a frutas y verduras y, con pocas excepciones,

²⁵ Nombre modificado.

consideran los alimentos a los que las familias tienen acceso: “A los seis meses ya debe de consumir tortilla, los cereales: pan dulce, galletas, frijol colado, frijol kabax²⁶, caldo de pollo, carne de pollo, carne de res porque ya al año de edad de todo debe de comer. Ya al año de edad hasta el huevo y el pescado.”

Madres y abuelas, o al menos algunas de ellas, cuestionan las recomendaciones de la nutrióloga:

Abuela 1: *¡Ay de antes ya están grandes los chiquitos y seguían mamando! Hasta los cinco años. Una vez al día pero tienen que hacer chuchú. Ahora los doctores dicen que no sirve que porque ya está...* [En ese momento, la madre interrumpió]

Madre 1: *Dicen es su sangre de uno que están chupando, pero yo digo que no es cierto, mi chan [pequeño, chico] hijo, cuatro años tenía y seguía amamantando.*

Abuela 1: *Mi mamá dice que mientras comas bien y todo y tomes mucho líquido el chuchú tiene que haber.*

Abuela 2: *Dicen que el chuchú ya no sirve [al año]... Unos hasta seis meses a más tardar. Que porque ya no tiene vitamina pasando de los seis meses, que solo es agua.*

Madre 2: *Es que los doctores igual, ya te lo quieren quitar, es otra generación como quien dice, por eso dicen que es mejor que se lo quites a los seis meses. Que porque ya no está aprovechando el bebé. Que ya no tiene nada el pecho.*

Abuela2: *Yo digo que no es verdad porque su leche de ella [su nuera] sí está espeso, no es agua.*

²⁶ Frijol hervido simple

DISCUSIÓN

En el presente estudio encontramos que la mayoría de las madres inició la lactancia materna y daba pecho a libre demanda durante día y noche. Los niños recibieron los primeros líquidos adicionales, principalmente leche maternizada y agua, entre los dos días y los seis meses de edad. Los primeros alimentos, en su mayoría papillas de verduras caseras e industriales, frutas y frijol, fueron introducidos entre los tres y los ocho meses de vida. Verduras, frijol, lentejas, carne, frutas y sopas de pasta formaban ya parte de la dieta infantil en proporciones que variaban según la edad del menor. Las madres reportaron que la mayoría de los niños había empezado a comer lo mismo que el resto de la familia antes de cumplir el año de edad. Las que ya habían destetado, lo hicieron entre los tres y 16 meses de edad.

En general, la mayoría de las madres introdujo otros líquidos, además de la leche materna, e inició la ablactación antes de los seis meses recomendados por la OMS (2003). En comparación, sólo una tercera parte había destetado a sus hijos antes de los dos años.

La mayoría de las madres construye sus ideas o etnoteorías sobre alimentación en los primeros dos años de vida a partir de la orientación de las abuelas de sus hijos o de su propia experiencia. El papel de los servidores de las instituciones de salud es menor y es cuestionado en torno a la duración de la lactancia materna. Los propios servidores, en este estudio ejemplificados por la nutrióloga del Centro de Salud, evalúan las recomendaciones de la OMS a partir de sus propias ideas o etnoteorías.

Lactancia

Las prácticas reportadas por las madres estuvieron influenciadas por el conocimiento local y por el conocimiento biomédico. Tanto el embarazo como el nacimiento de los niños estuvieron altamente medicalizados. Con excepción de una madre, el resto tuvo acceso a cuidados prenatales y la totalidad dio a luz en hospitales. La mayoría de los niños nacidos en hospitales públicos recibieron el calostro. Esto puede deberse a la implementación en el

sistema oficial de salud de algunos de los *Diez pasos hacia una feliz lactancia natural* (WHO/UNICEF 1989), como sugieren los siguientes comentarios de varias participantes:

“Según que los doctores dicen es el primer alimento para los niños para que no se enfermen bastante.”

“Nació en el [Hospital] Materno Infantil y ahí me dijeron que le tenía que dar. Que hasta que no chupe no me iba.”

“Me dijeron ahí que hay que darle. Nació enfermo y me la sacaban [la leche] y se lo daba”.

La situación fue diferente en los hospitales privados, en donde se separó a los infantes de sus madres y se les brindó leche maternizada después del nacimiento.

Las madres y abuelas participantes describieron el calostro como una leche “no cocida” por su apariencia y color. Sin embargo, solo una de las madres inició la lactancia a los dos días posparto por este motivo. Esta práctica ha sido reportada en otras comunidades mayas de Yucatán (Rivera 1976, Daltabuilt Godás 1992). Nuestros resultados sugieren que la idea del calostro como leche “no cocida” y, por tanto no apta para recién nacidos, estaba más extendida anteriormente o que existen variaciones regionales y temporales. Nosotros estudiamos una población localizada en la antigua zona henequenera de Yucatán al inicio de la década de 2010, cuya población ha tenido acceso a los servicios oficiales de salud por alrededor de seis décadas. Sin embargo, etnografías más tempranas, de la década de 1930, mencionan que el niño era puesto al pecho materno después del nacimiento (Redfield & Villa Rojas 1990, Villa Rojas 1992).

En Kiní, cuando la madre regresa al hogar después de haber dado a luz en un hospital (en Mérida generalmente), es atendida por la abuela del infante, quien acostumbra darle un baño con hojas de naranjo y aplicar compresas calientes en los pechos para que “les baje” y se “cueza” la leche. Esta tradición está extendida en todo Yucatán, con algunas diferencias locales y temporales. Generalmente, el baño es realizado por las parteras al tercer día posparto (Rivera 1976, Güémez Pineda 1988, Quattrocchi 2006). En poblaciones

quintanarroenses, donde no había parteras, como es el caso en Kiní, las suegras y mujeres mayores eran las encargadas del cuidado postparto (Villa Rojas 1992). Otros estudios reportan el uso de hojas de guayabo (Rivera 1976) o de *chalché* o Santa María (*Pluchea symphytifolia*) en lugar de las de naranjo (Anónimo 2011).

Así como las madres, las abuelas señalaron que es el infante el que “cuece la leche” en los primeros días. Es decir, transforman el calostro en leche. Por ello, y porque consideran que la madre y su hijo son especialmente susceptibles a contraer enfermedades y porque puede cesar la producción de leche materna, recomiendan guardar cuarentena. Hoy en día, la duración de la cuarentena es mucho menor a 40 días en Kiní y depende del apoyo familiar y del tipo de familia (nuclear o extensa), como ha sido reportado para otras comunidades (Güémez Pineda 2000). Sin aquel, las madres deben reintegrarse a las actividades hogareñas de manera inmediata.

La dicotomía frío-calor estuvo presente en las ideas de abuelas y madres, que incluyeron evitar el contacto tanto con elementos fríos, como algunos alimentos y bebidas, que pueden dañar no solo a la madre sino al infante al amamantarlo; y los vientos de la mañana y los vientos de lluvia porque pueden causar el cese en la producción de leche. Por el contrario, es necesario que las madres consuman alimentos calientes como atoles, caldos y comidas elaboradas con gallina de patio. La razón de estas recomendaciones se relaciona con la consideración de que las mujeres embarazadas y las puérperas son de naturaleza caliente y después del parto, su cuerpo está tierno, abierto y expuesto; es decir, vulnerable. Los propios hospitales fueron clasificados por algunas madres y las abuelas, como fríos y, por tanto, contraproducentes para amamantar. Asimismo, recomiendan que las madres no salgan, ya que si la “bate el viento”, puede causarle dolor de cabeza y malestar, impidiendo que cuide a su niño adecuadamente.

Estos resultados son similares a los reportados en otras poblaciones mayas de Yucatán, en cuanto a las cualidades calientes o frías de los alimentos (Rivera 1976, Villa Rojas 1992, Domínguez Aké 1998), y en estudios con madres de la Ciudad de México, Guadalajara, con madres mayas de Guatemala y en emigrantes de origen latinoamericano en los Estados

Unidos, en relación al reposo, la cuarentena y las repercusiones de su incumpliendo en la producción de leche (Sáenz de Tejada & Calderón 1997; Villaseñor 1998; Bunik *et al.* 2006, Sacco *et al.* 2006). Las madres de Kiní, al igual que madres de Guadalajara, asociaron el retraso en la producción de leche con condiciones hospitalarias que las exponían al frío. No se encontraron resultados similares para el caso de la batida de viento en mujeres lactantes pero es muy probable que se refiera a lo que se denomina mal viento o mal aire, causa de enfermedad ampliamente documentada en la literatura etnográfica de los mayas de Yucatán (Redfield & Villa Rojas 1990, Villa Rojas 1992).

En Kiní no se encontró, como en otras comunidades (Güemez Pineda 1988, Jordan 1993, Quattrochi 2006), la práctica de la sobada para acomodar el “*tip'te*”²⁷, lo que probablemente se deba a la desaparición de las parteras en esta comunidad.

Las madres brindaban leche a libre demanda y lo consideraban el método más eficaz para tranquilizar el llanto del niño. Entre los mayas de Yucatán, una meta parental de cuidado infantil es mantener tranquilo al bebé (Jordan 1993, Cervera 1994, Howrigan 1999) pues se le considera especialmente vulnerable a contraer *jak'olal*, la enfermedad del llanto (Cervera y Méndez 2006). Por lo tanto, la lactancia puede considerarse una práctica que contribuye al mantenimiento del equilibrio emocional. También para mantener tranquilos a sus niños, las madres de Kiní no los forzaban a comer y los complacían cuando querían comer otra cosa, al igual que hacían madres del sur de Yucatán (Cervera 1994). Diversos estudios en América Latina han identificado este mismo estilo de alimentación (Engle 2002).

El ambiente físico en el que se desarrollan los niños también favorece la lactancia materna. Las madres de Kiní mantienen en cercanía a sus hijos la mayor parte del tiempo. Durante los primeros días, el recién nacido permanece en el hogar con su madre y familia cercana y, al pasar las semanas, el ambiente físico se extiende a las calles del pueblo cuando las

²⁷ *Tip'te* se refiere a latido umbilical en maya. Es un órgano ubicado en el centro del ombligo que tiene una función fundamental para la articulación adecuada de los otros órganos del abdomen. Su presencia se nota debido a los latidos que emite, similares a los del “tic tac” del reloj, de donde le viene el nombre (Villa Rojas 1980, Quattrochi 2006)

madres visitan el Centro de Salud, las tiendas cercanas, la cabecera municipal y Mérida. El hogar es el espacio principal de los niños hasta los tres años, edad a la que ya pueden asistir al jardín de niños. En general, los infantes duermen al lado de su madre en la hamaca, por lo que la lactancia nocturna no es un problema. Este tipo de interacción entre madre e infante ha sido ampliamente documentado en varios estudios en Asia, México, Centroamérica, Medio Oriente (ver revisión de Greenfield & Suzuki 1998).

Cuando los menores se enferman, las madres continúan dándoles alimentos, en particular aquellos que son sus preferidos (leche materna, atoles, papillas y Danonino®) o que aceptan inmediatamente. Contrario a lo reportado para otros lugares en México, donde disminuyeron o suspendieron la lactancia durante la enfermedad del niño (Villaseñor 1998, Guerrero et al. 1999), las madres de Kiní siguieron dando leche materna, al considerarla un alimento que los niños nunca rechazan. Este comportamiento fue muy similar a lo recomendado por la OMS (2010) durante este evento crítico: aumentar la ingesta de líquidos, leche materna, y alentarlos a comer alimentos suaves, variados, apetecedores y que sean sus favoritos.

Existe la idea entre las participantes de que las enfermedades maternas y los medicamentos para combatirlas pueden transmitirse a través de la leche materna, razón por la cual las madres suspendieron la lactancia cuando se enfermaron. Esta misma idea ha sido reportada en el área periurbana de la Ciudad de México (Guerrero *et al.* 1999). En realidad, son pocas las enfermedades maternas que pueden afectar al bebé. Únicamente el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el de leucemia humana de células T tipo I (HTLV-I) se transmiten a través de la leche materna casos en los que la alimentación a pecho está contraindicada si se dispone de sustitutos (Díaz Gómez 2005). En cuanto a la medicación, son pocos los fármacos que pueden pasar a través de la leche como las drogas anticancerígenas (antimetabolitos) y las sustancias radioactivas. En la mayoría de los casos, cuando se ingieren medicamentos de uso común, la proporción del químico²⁸ que pasa a

²⁸ Analgésicos, antibióticos, antiácidos, antihelmínticos, antihistamínicos, drogas para la diabetes e hipertensión, etc.

través de la leche es mínima y no sobrepasa al riesgo de suspender la lactancia (OMS 2010).

A diferencia de lo reportado en poblaciones latinoamericanas (Guerrero *et al.* 1999, Picado *et al.* 2007, Sáenz de Tejada & Calderón 1997, Mendoza 2006, Sacco *et al.* 2006), ninguna participante refirió al susto y el coraje. La idea de que la leche se seca o se acaba no estaba extendida en Kiní como en otras partes del país. Una parte de las madres contestó que jamás habían escuchado que esto sucediera y las que reconocieron el problema, lo asociaron a la mala alimentación, ya sea por no tomar caldos, líquidos calientes, comida de patio o por ingerir condimentos. También tanto madres y abuelas asociaron este fenómeno con que las madres no querían dar pecho y, al no existir demanda, la leche se secaba.

El problema de la poca aceptación de la lactancia en público no fue observado en Kiní. Durante la estancia en campo, en múltiples ocasiones presencié que las madres amamantaran en las cercanías al centro de salud y también durante las entrevistas. Sin embargo, fue mencionado como un problema creciente pues, según las entrevistadas, a algunas jóvenes no les gusta dar pecho por pena, por el miedo a que se les caigan los pechos o por sentirse a disgusto con la succión durante el amamantamiento. Es posible que este cambio observado por las mujeres se asocie a la influencia de patrones occidentales, especialmente considerando la emigración a Estados Unidos y la dinámica interacción que la población mantiene con los emigrantes.

La edad del destete fue variable y la mayoría de las participantes continuaba dando pecho a sus hijos al año de edad. Las mujeres que destetaron antes de los dos años argumentaron que el niño ya no quería más pecho. Las abuelas coincidieron en que la edad del destete ha disminuido y, actualmente, depende de la decisión de la madre y del deseo del niño. Sin embargo, mencionaron que la suspensión total de la lactancia debería ocurrir cuando la mujer queda embarazada nuevamente, pues su leche causaría mal de estómago con diarrea blanca a los lactantes. Esta creencia ha sido reportada también por las madres mayas en Guatemala (Sáenz de Tejada & Calderón 1997) y del sur de Yucatán (Cervera 1998). La creencia de incompatibilidad de la lactancia con un nuevo embarazo se encuentra de

manera similar en todo el mundo y serviría para proteger tanto a la madre como al niño en sociedades en donde no hay alimentos suficientes (Raphael & Davis 1985).

Las madres que nunca dieron pecho a sus hijos dijeron que el motivo había sido que el propio bebé no había agarrado el pecho o lo había rechazado. Generalmente, esto se refiere a un mal agarre provocado por una posición inadecuada al momento de amamantar (OMS 2010) y solo un mínimo porcentaje se debió a problemas fisiológicos del infante, como el caso de la hija de una de las participantes que tiene parálisis facial. Cuando notaron que su bebé se inquietaba y lloraba al no satisfacer su hambre, este grupo de madres brindó rápidamente leche maternizada. De acuerdo con las abuelas entrevistadas, la madre debe insistir y probar diferentes posturas para ayudar al infante a succionar de manera adecuada el pezón. Esta idea coincide con las recomendaciones actuales de las diferentes organizaciones y grupos de apoyo alrededor del mundo (OMS 2010; Wiessinger *et al.* 2010).

Algunas entrevistadas refirieron que hay madres que no pueden dar pecho por tener el pezón “hecho bolillo”, chico o sin punta. Estas descripciones pueden hacer referencia al pezón invertido, el cual ciertamente puede dificultar que el niño logre un agarre correcto. Una de las dificultades más descritas por las madres alrededor del mundo es la sensación de no tener suficiente leche. Esta sensación se deriva de no poder extraer la leche o sentir los pechos suaves, así como de algunas reacciones del bebé como llorar mucho o querer mamar frecuentemente (OMS 2010). Esta percepción fue la razón más mencionada para introducir otros líquidos y alimentos, siendo el llanto del menor la causa principal de esta conjetura.

Ablactación

La mayoría de las madres participantes introdujeron líquidos diferentes a la leche materna durante el primer mes de vida, lo que apoya la idea de la rareza de la lactancia exclusiva en el mundo (Raphael & Davis 1985; Torre & Salas 2006). Los primeros líquidos introducidos fueron el agua y la leche industrializada, práctica igualmente común en otras partes del país (González-Cossío *et al.* 2006; Lipsky 1994). En el caso del agua, las participantes señalaron que los infantes, al igual que los adultos, la necesitan para evitar la

deshidratación, una afirmación similar a la de las madres mayas guatemaltecas (Sáenz de Tejada & Calderón 1997). En la Península de Yucatán, donde las temperaturas alcanzan los 42°C, esta idea pareciera ser adecuada. Sin embargo, la leche materna es suficiente para satisfacer la sed del lactante durante los primeros seis meses de vida al estar compuesta por un 88% de agua (OMS 2010).

En teoría, los otros líquidos adicionales (agua, leche industrializada y los jugos de fruta) desplazarían a la leche materna y derivaría no sólo en un mayor riesgo de infecciones sino también en menor succión, menor ingesta y baja producción de leche. No obstante, la ablactación temprana no se tradujo en el destete entre las madres de Kiní, como se evidencia en el hecho de que quienes iniciaron la lactancia, la continuaron hasta al menos después del primer año de vida del niño.

Las madres refirieron ofrecer primero papillas caseras de verduras (zanahoria, calabaza, chayote) o papillas industrializadas (Gerber®). Estas últimas, al igual que las leches industrializadas, son fácilmente adquiridas en tiendas locales, además de que el IMSS suministra leche maternizada (NAN®). No refirieron al atole de maíz como alimento frecuente como lo reportado en otras comunidades mayas (Redfield & Villa Rojas 1990, Villa Rojas 1992).

Contrario a lo señalado por la nutrióloga de la clínica local, las abuelas entrevistadas tuvieron una opinión negativa de los dos alimentos industrializados proporcionados a los niños: Danonino® y Gerber®. Los consideraban “fríos” y adicionados con químicos, idea que parece no ser compartida por las madres, pues recurren frecuentemente al primero cuando su hijo rechaza otro alimento o cuando se enferma y al segundo de manera regular. La preferencia de las madres por el Danonino®, parece obedecer a su consistencia y sabor apetecible para el menor, y a la influencia de los comerciales televisivos que lo promueven como nutritivo y rico en calcio. No obstante, este alimento es recomendado para mayores de tres años de acuerdo con los fabricantes²⁹.

²⁹ Datos proporcionados en la página: <http://www.danonino.com.mx>

Algunas ideas sobre el desarrollo fisiológico del niño intervienen en el tipo de alimentos dados. Por ejemplo, la práctica de no proporcionar carne a los niños menores de un año se relaciona con la noción de que su estómago no puede digerirla a esa edad. Esta práctica también ha sido reportada en el oriente de Yucatán (Daltabuilt Godás 1992). La recomendación mundial señala que la carne puede ser brindada a partir de los siete meses (OMS 2003). Lo mismo puede decirse del huevo, que puede ser introducido desde los ocho meses y el frijol en grano, una rica fuente de hierro que algunas de las madres entrevistadas postergaron en la dieta del niño dándole únicamente el caldo de éste.

Similar a la recomendación de la OMS (2010), la mayoría de las madres de Kiní mencionaron elementos que muestran la integración de los niños a la dieta familiar apenas cumplían un año de edad. Esto podría explicar la disminución en las menciones a las verduras y leguminosas entre los niños de un año y más, pues estos alimentos forman parte de la dieta diaria de la comunidad. Sin embargo, cabe la posibilidad de que ciertamente los niños coman pocas verduras como lo observado en los niños de 10 años de esta misma comunidad. Entre éstos últimos, solamente el 31% dijeron consumir verduras diariamente (Ruiz Becerra, comunicación personal, octubre 2011).

Algunas madres mencionaron que los médicos consideraban la leche materna como no benéfica para los infantes después de los seis meses. Probablemente, se trata de una confusión causada por la forma en la que se aborda la alimentación complementaria en las pláticas prenatales y talleres comunitarios a la que deben asistir las madres. En ellas se mencionan los múltiples beneficios que la lactancia exclusiva brinda durante los primeros seis meses y la necesidad de introducir otros alimentos para que el niño siga creciendo sano. Sin embargo, no se hace énfasis en el mantenimiento de la lactancia por dos años o hasta que el niño lo desee, como actualmente recomienda la OMS (2003). Además de estas recomendaciones, quienes imparten estas enseñanzas transmiten a las madres un conjunto de ideas como “la leche materna transmite amor, es un regalo”, ideas que han sido criticadas por su falta de sustento (Jansen *et al.* 2008, Schulze & Carlisle 2008) y que no tienen eco ni en las madres ni en las abuelas pues nunca los mencionaron.

La mayoría de las madres empezaron a introducir alimentos entre los tres y los cuatro meses por recomendación del personal local de salud. Esto pareciera denotar una falta de actualización médica en esta materia pues antes de 2003, la OMS recomendaba empezar la introducción de líquidos y alimentos entre los cuatro y seis meses pero actualmente recomienda hacerlo a los seis.

El personal de salud hace uso de sus propias etnoteorías o ideas sobre alimentación infantil. De acuerdo con la nutrióloga entrevistada, la introducción de alimentos sólidos a los seis meses provoca que los niños se vuelvan “flojitos”. Esta idea se contrapone con la recomendación de la OMS (2010) asumiendo que la lactancia exclusiva tiene efectos negativos sobre el desarrollo del niño.

Aparte del personal de salud, la familia es la principal fuente de información y, en especial, las abuelas del menor. La mayoría de las madres vivían o pasaban todo el día con ellas cuando el cónyuge se iba a trabajar o había emigrado a los Estados Unidos. A través del contacto diario les transmitían sus conocimientos e ideas adquiridos de su experiencia. Muchas de las antiguas prácticas e ideas, relatadas en las etnografías del siglo pasado (Redfield & Villa Rojas 1990, Villa Rojas 1990, Rivera 1976, Jordan 1993, Domínguez Aké 1998), son actualmente continuadas por las abuelas. Por ejemplo, la cuarentena, el baño caliente después del parto y el consumo de alimentos para producir leche.

Todos los consejos se enfocaban al beneficio del nuevo integrante de la familia y de la madre, brindándole confianza y apoyo para criar a su hijo. Las enseñanzas de las abuelas resultaron muy acordes a las recomendaciones mundiales; por ejemplo, la lactancia a libre demanda y hasta la edad que el niño quiera y la insistencia de colocar al bebé cerca del pezón para que inicie el reflejo de eyección de leche.

Hermanas, primas, tías fueron mencionadas como fuentes de información aunque con menor frecuencia. Los cónyuges intervienen poco en la alimentación del niño y en ninguna ocasión se mencionó al padre como una fuente de información. No obstante, se mencionó

su apoyo en el cuidado del menor cuando regresaban después de las largas jornadas laborales.

Un aspecto que no se estudió, por limitaciones de tiempo, fue la influencia del factor económico sobre la alimentación infantil. La carne de pollo y, en menor proporción, la carne de res fueron fuentes de proteína animal mencionadas por las madres y su precio por kilogramo representa un reto en la mayoría de las familias rurales. No podemos descartar la posibilidad de que las ideas maternas pueden estar condicionadas al aspecto socioeconómico como en el caso de las madres yorubas quienes, en tiempos de escasez, parecían extender la idea de que los alimentos de prestigio (carne y pescado) dañarían el carácter moral del niño (Zeitlin 1996). De igual manera, debido a la misma limitación de tiempo, el número de madres y abuelas entrevistadas fue reducido y, por tanto, no fue posible profundizar en sus ideas, aunque se encontraron similitudes con lo reportado por otros en Yucatán. Es necesario realizar otros estudios que permitan evaluar el papel de factores económicos e incorporar un mayor número de entrevistas que profundicen sobre las ideas expresadas por las madres y abuelas de comunidades rurales.

CONCLUSIONES

En Kiní la lactancia materna estaba generalizada. La mayoría de las madres entrevistadas inició la lactancia y la mantuvo más de un año. Sin embargo, en comparación con las recomendaciones de la OMS (2003), la lactancia exclusiva fue baja pues las madres introdujeron tempranamente líquidos y alimentos.

Las madres construyeron sus etnoteorías sobre alimentación infantil a partir de las enseñanzas de las abuelas, el personal local de salud y, en menor medida, la propaganda televisiva y opiniones de otros miembros de su familia.

Algunos consejos de las abuelas fueron acordes a las recomendaciones mundiales, por ejemplo, la continuidad de la lactancia materna después de la introducción de nuevos alimentos a la dieta infantil y hasta que el niño quiera.

Las ideas con respecto a la alimentación infantil contenían los conceptos de frío-caliente como una dicotomía organizadora del proceso de salud y enfermedad. Muchas de estas ideas se enfocan a cuidar a la nueva madre y al niño, promoviendo un contacto cercano entre ellos y el establecimiento de la lactancia durante los primeros días.

Las madres mencionaron ideas biomédicas sobre la alimentación infantil, recibidas durante las pláticas de los servicios de salud públicos y consultas a médicos particulares. Las pláticas del IMSS y de los Servicios de Salud de Yucatán fueron acordes a las recomendaciones mundiales en cuanto a la duración de la lactancia exclusiva y el tipo de alimentos complementarios aunque se identificó poco énfasis en la continuidad de la lactancia más allá de los seis meses de vida.

El personal local de salud especializado en nutrición infantil recomendó comenzar la suplementación a los cuatro meses y discontinuar la lactancia por considerarla prescindible. Esto va contra los lineamientos internacionales en esta materia.

Resalta el aspecto positivo de los hospitales públicos en el inicio de la lactancia en las primeras horas de vida. Por el contrario, se encontró una práctica deficiente en los hospitales privados mencionados, que valdría la pena investigar.

Abuelas y personal local de salud usan de sus propias etnoteorías al aconsejar a la nueva madre. Ambos se enfocan siempre en el beneficio del nuevo integrante de la comunidad y, de manera menos explícita, al de la madre.

Para mejorar las prácticas de alimentación infantil consideramos que hay que entender primero la cultura de la comunidad e integrarla a las enseñanzas de la medicina occidental. Los miembros de la comunidad no pueden ser vistos únicamente como receptores del conocimiento biomédico sino también como constructores activos de nuevas ideas y prácticas.

Para brindar una enseñanza dinámica, hay que conocer las barreras que las madres perciben para amamantar y alimentar a sus niños. En esta investigación se identificaron, además de los problemas de agarre del pezón, un conflicto en el significado de la alimentación complementaria; por ello, consideramos necesario que en las pláticas prenatales, talleres comunitarios y revisiones médicas se enfatice que la leche materna, junto con los nuevos alimentos, sigue siendo parte de la alimentación del niño después de los seis meses.

Es importante que las madres sean informadas que ante una enfermedad común, como resfriado, malestar estomacal, calentura, pueden seguir amamantando y que es necesario asistir al médico para saber si el medicamento es seguro para su hijo.

La percepción de insuficiencia de leche fue la causa más mencionada para introducir líquidos y alimentos, y en ella intervinieron factores como el comportamiento del niño (llanto, inquietud), la disponibilidad rápida de otros líquidos y alimentos y algunas creencias como la mala alimentación y salir al viento. Si bien esto no derivó, en la mayoría de los casos, en el destete temprano, merece investigaciones más profundas y ser un punto central en las enseñanzas del sistema médico.

Además de identificar los posibles problemas de alimentación infantil, también se deben alentar los comportamientos positivos como los identificados en este estudio: lactancia a libre demanda, lactancia en público, continuidad de la lactancia durante la enfermedad del niño y la madre, dar papillas caseras de verduras y frutas como primeros alimentos e integrar al niño a la dieta familiar a partir del año de vida.

Estos resultados sugieren la necesidad de extender los programas sobre nutrición infantil a más personas, además de las madres, dada la influencia que tienen otros individuos en los patrones de alimentación infantil. En comunidades como Kiní, los conocimientos y la experiencia de las abuelas enriquecerían las prácticas de salud institucionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alfaro Abraham, A. (2009). Embarazo y posparto en las mujeres mayas. *Gazeta de la Universidad Autónoma de Quintana Roo*, 47, 52-55.
- Anónimo. (2011). Niños: Baños de la recién parida. Última visita Junio 2011, desde <http://www.uady.mx/sitios/editoria/biblioteca-virtual/miscelanea/ninos/index.html>
- Ávila Curiel, A., Galindo-Gómez, C., & Chávez-Villasana, A. (2005). *Encuesta nacional de alimentación y nutrición en el medio rural, resultados del estado de Yucatán*. . México: Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.
- Barrera Vázquez, A., Bastarrachea, J.R., Brito Sansores, W., Vermont Salas, R. y Dzul Poot, D. 1991. *Diccionario Maya*. Porrúa, México, DF.
- Begin, F., Frongillo, E. A., Jr., & Delisle, H. (1999). Caregiver behaviors and resources influence child height-for-age in rural Chad. *The Journal of Nutrition*, 129(3), 680-686.
- Bentley, G. R., Paine, R., & Boldsen, J. (2001). Fertility changes with the prehistoric transition to agriculture. En P. Ellison (Ed.), *Reproductive Ecology and Human Evolution* (pp. 203-232). New York: Aldine de Gruyter.
- Bentley, M., Dee, D., & Jensen, J. (2003). Breastfeeding among low income, African-American women: power, beliefs and decision making. *Jornal of Nutrition*, 133(1), 305-309.
- Black, R., Allen, L., Bhutta, Z. A., Caulfield, L., Onis, M. d., Ezzati, M., et al. (2008). Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *The Lancet*, 371(9608), 243-260.

- Britton, C. (2009). Breastfeeding: A natural phenomenon or a cultural construct. En C. Squire (Ed.), *The social Context of Birth*. Abingdon, United Kingdom: Radcliffe Publishing.
- Bricker, V., Po'ot, E. and Dzul de Po'ot, O. 1998. *A dictionary of the Maya language as spoken in Hocabá, Yucatán*. University of Utah Press, Salt Lake City.
- Bunik, M., Clark, L., Zimmer, L. M., Jimenez, L. M., O'Connor, M. E., Crane, L. A., et al. (2006). Early infant feeding decisions in low-income Latinas. *Breastfeeding Medicine*, 1(2), 225-235.
- Butte, N., Lopez-Alarcón, M., & Garza, C. (2002). *Nutrient adequacy of exclusive breastfeeding for the term infant during the first six months of life*. Geneva: World Health Organization
- Campos Navarro, R. Interculturalidad, cosmovisión y prácticas médicas mayas de la Península de Yucatán. Una aproximación antropológica. Último acceso junio 2010, 2010, from <http://www.mayas.uady.mx/articulos/interculturalidad.html>
- Cervera, M. D. (1994). *Caretaker-infant interaction and nutrition among Yucatec Mayan children: an intervention study*. Boston University, Boston. No se indica que es tesis de doctorado.
- Cervera, M.D. (2007). Etnoteorías parentales, alma y enfermedades infantiles entre los mayas de Yucatán. En M. Civera-Cerecedo & M. R. Herrera-Bautista (Eds.), *Estudios de Antropología Biológica*, XIII, 731-750 Estudios de Antropología Biológica es una revista pues tiene ISSN; consultar con las colegas de la biblioteca
- Cervera, M.D. 2008. La construcción cultural de los niños mayas de Yucatán. En Lizama, J. (Coord.), *Escuela y proceso cultural. Ensayos sobre la educación formal dirigida a los mayas* (pp. 57-89). México, D.F.: CIESAS.

- Cervera, M. D., & Méndez, R. M. (2006). Temperament and ecological context among Yucatec Mayan children. *International Journal of Behavioral Development*, 30(4), 326–337.
- Creswell, J. (2007). *Qualitative inquiry and research design: choosing among five approaches* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA Sage publications
- Creswell, J. (2008). *Educational research: planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research* (3rd ed.). Uppper Saddle River, N.J.: Pearson/Merrill Prentice Hall.
- Creswell, J. (2010). *Designing and conducting mixed methods research* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage publications.
- Cunningham, A. S. (1995). Breastfeeding: adaptive behavior for child health and longevity. En P. Stuart-Macadam & K. Dettwyler (Eds.), *Breastfeeding. Biocultural Perspectives* (pp. 243-264). New York: Aldine de Gruyter.
- Daltabuit Godás, M. (1992). *Mujeres mayas, trabajo, nutrición y fecundidad*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Antropológicas.
- Dettwyler, K. (1987). Breastfeeding and weaning in Mali: cultural context and hard data. *Social Science and Medicine*, 24(8), 63-644.
- Dettwyler, K. (1989). Styles of infant feeding: parental/caretaker control of food consumption in young children. *American Anthropologist*, 91(3), 696-703.
- Dettwyler, K. (1995). A time to wean: the hominid blueprint for the natural age of weaning in modern human populations. En P. S. Macadam & K. A. Dettwyler (Eds.),

- Breastfeeding. Biocultural Perspectives.* (pp. 39-73). New York: Aldine de Gruyter.
- Dettwyler, K., & Fishman, C. (1992). Infant feeding practices and growth. *Annual Review of Anthropology* (21), 171-204.
- Díaz Gómez, N. M. (2005). ¿En qué situaciones está contraindicada la lactancia materna?. *Acta Pediátrica Española*, 63, 321-327.
- Domínguez Aké, S. (1998). *Ciclo de vida en Muxupip: Siljil yetel xuxtal*. México: Instituto Nacional Indigenista.
- Dutta, T., Sywulka, S., Frogillo, E., & Lutter, C. (2006). Characteristics attributed to complementary foods by caregivers in four countries of Latin America and the Caribbean. *Food and Nutrition Bulletin*, 27(4), 316-326.
- Eckhardt, C., Rivera, J., Adair, L., & Martorell, R. (2001). Full breast-feeding for at least four months has differential effects on growth before and after six months of age among children in a Mexican community. *The Journal of Nutrition*, 131, 2304-2309.
- Ellison, P. (1995). Breastfeeding, fertility, and maternal condition. En P. Stuart-Macadam & K. Dettwyler (Eds.), *Breastfeeding. Biocultural Perspectives* (pp. 305-345). New York: Aldine de Gruyter.
- Ellison, P. T. (2001). *On fertile ground: A natural history of human reproduction*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press
- Engle, P. (2002). Infant feeding styles: barriers and opportunities for good nutrition in India. *Nutrition Reviews*, 60(5), 109-114.
- Engle, P., Zeitlin, M., Medrano, Y., & Garcia, L. (1996). Growth consequences of low-

income Nicaraguan mothers' theories about feeding 1-year-olds. En S. Harkness & C. Super (Eds.), *Parents' cultural belief systems: their origins, expressions and consequences*. New York, NY Guilford Press. Falta paginación.

Engle, P. L., & Zeitlin, M. (1996). Active feeding behavior compensates for low interest in food among young Nicaraguan children. *The Journal of Nutrition*, 126(7), 1808-1816.

Ergenekon-Ozelci, P., Elmaci, N., Ertem, M., & Saka, G. (2006). Breastfeeding beliefs and practices among migrant mothers in slums of Diyarbakir, Turkey, 2001. *European Journal of Public Health*, 16, 143-148.

Fildes, V. (1995). The culture and biology of breastfeeding: an historical review of Western Europe. En P. Stuart-Macadam & K. Dettwyler (Eds.), *Breastfeeding. Biocultural Perspectives* (pp. 101-126). New York: Aldine de Gruyter.

Fjeld, E., Siziya, S., Katepa-Bwalya, M., Kankasa, C., Moland, K., Tylleskar, T. (2008). 'No sister, the breast alone is not enough for my baby' a qualitative assessment of potentials and barriers in the promotion of exclusive breastfeeding in Southern Zambia. *International Breastfeeding Journal*, 3(1), 26.

Flores Díaz, A., Bustos Valdés, M., González Solís, R., & Mendoza Sánchez, H. (2006). Factores relacionados con la duración de la lactancia materna en un grupo de niños mexicanos. *Archivos en Medicina Familiar* 8(1), 33-39.

Flores Huerta, S., Martínez-Andrade, G., Toussaint, G., Adell-Gras, A., & Copto-García, A. (2006). Alimentación complementaria en los niños mayores de seis meses de edad. Bases técnicas. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México* 63(2), 129-144.

Fouts, H., Hewlett, B., & Lamb, M. (2005). Parent-offspring weaning conflicts among the

- Bofi farmers and foragers of Central Africa. *Current Anthropology*, 46(1), 29-50.
- Gaskins, S. (2008). Children's daily lives among the Yucatec Maya. En R. LeVine & R. S. New (Eds.), *Anthropology and child development. A cross-cultural reader*. (pp. 280-288). UK, USA, Australia: Blackwell Publishing.
- Geckil, E., Sahin, T., & Ege, E. (2009). Traditional postpartum practices of women and infants and the factors influencing such practices in South Eastern Turkey. *Midwifery*, 25, 62 - 71.
- Gildan, G., Zeitlin, M., Beiser, A., Super, C., Gershoff, S., & Datta, S. (1993). Maternal education and child feeding practices in rural Bangladesh. *Social Science and Medicine*, 38(7), 925-935.
- Gill, S., Reifsnider, E., Mann, A., Villareal, P., & Tinkle, M. (1994). Assessing infant breastfeeding beliefs among low income Mexican-Americans. *The Journal of Perinatal Education*, 13(3), 39-50.
- Gittelsohn, J., & Vastine, A. E. (2003). Sociocultural and household factors impacting on the selection, allocation and consumption of animal source foods: current knowledge and application. *The Journal of Nutrition*, 133(11), 4036S-4041.
- González-Cossío, T., Moreno-Macías, H., Rivera, J., Villalpando, S., Shamah-Levi, T., Monterrubio, E., et al. (2003). Breast-feeding practices in Mexico. Results from the second National Nutrition Survey 1999. *Salud Pública de México* 45(4), 477-489.
- González-Cossío, T., Rivera-Domarcco, J., Moreno-Macías, H., Monterrubio, E., & Sepúlveda, J. (2006). Poor compliance with appropriate feeding practices in children under 2 years in Mexico. *The Journal of Nutrition*, 136(11), 2928-2933.
- González Pérez, G., Vega López, M. G., Cabrera Pivaral, C., Valle Barbosa, A., & Torre,

- A. M. d. I. (1998). Creencias y prácticas en lactancia materna: un estudio en madres adolescentes de la zona metropolitana de Guadalajara. En Francisco Mercado Martínez & L. Robles Silva (Eds.), *Investigación cualitativa en salud : perspectivas desde el Occidente de México* (pp. 177-802). Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Greenfield, P., & Suzuki, L. (1998). Culture and human development: implications for parenting, education, pediatrics and mental health. En W. Damon, I. E. Sigel & K. A. Renninger (Eds.), *Handbook of Child Psychology* (5th ed., Vol. 4: Child Psychology in Practice, pp. 1059-1109). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons Inc.
- Güemez Pineda, M. (2000). La concepción del cuerpo humano, la maternidad y el dolor entre mujeres mayas yucatecas. *Revista Mesoamérica*, 21(39), 205-333.
- Güemez Pineda, M. (1988). Las parteras empíricas: agentes tradicionales en la atención materno-infantil (El caso de Pustunich, Yucatán). *Boletín de la Escuela de Ciencias Antropológicas de la Universidad de Yucatán*, 16(91), 3-13.
- Guerrero, M. L., Morrow, R. C., Calva, J. J., Ortega-Gallegos, J., S C Weller, S. C., Ruiz-Palacios, G. M., Morrow, A.L. (1999). Rapid ethnographic assessment of breastfeeding practices in Periurban Mexico City. *Bulletin of the World Health Organization* 77(4), 323-330.
- Guldan, G. S., Zeitlin, M. F., Beiser, A. S., Super, C. M., Gershoff, S. N., & Datta, S. (1993). Maternal education and child feeding practices in rural Bangladesh. *Social Science & Medicine*, 36(7), 925-935.
- Harder, T., Bergmann, R., Kallischnigg, G., & Plagemann, A. (2005). Duration of Breastfeeding and Risk of Overweight: A Meta-Analysis. *American Journal of Epidemiology*, 162(5), 397-403.

- Harkness, S., & Super, C. (1994). The developmental niche: A theoretical framework for analyzing the household production of health. *Social Science and Medicine*, 38(2), 217-226.
- Harrison, G., Zaghloul, S., Galal, O., & Gabr, A. (1993). Breastfeeding and weaning in a poor urban neighborhood in Cairo, Egypt: Maternal beliefs and perceptions. *Social Science and Medicine*, 36(8), 1063-1069.
- Hewat, R. J. (2005). Research theory and lactation. En J. Riordan (Ed.), *Breastfeeding and human lactation*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers. Faltan páginas.
- Holman, D. J., & Grimes, M. A. (2003). Patterns for the initiation of breastfeeding in humans. *American Journal of Human Biology*, 15(6), 765-780.
- Horta, B. L., Bahl, R., Martines, J. C., & Victora, C. G. (2007). *Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analyses*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Howrigan, G. A. (1988). Fertility, infant feeding, and change in Yucatán. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 1988(40), 37-50.
- Hurtado, A., Hill, K., Hurtado, I., & Kaplan, H. (1992). Trade-offs between female food acquisition and child care among Hiwi and Ache foragers. *Human Nature*, 3(3), 185-216.
- Ip, S., Chung, M., Rama, G., Chew, P., Magula, N., DeVine, D., et al. (2007). *Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. Evidence report/technology assessment No. 153*: Tufts-New England Medical Center Evidence-based Practice Center.

- INEGI. (2005). II Censo General de Población y Vivienda . Última consulta Junio 2010, desde <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/ccpv/cpv2005/default.aspx>
- INEGI (2010). Censo de Población y Vivienda 2010. Última consulta febrero 2011, desde <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/ccpv/cpv2010/Default.aspx>
- Izquierdo, M. L. (2001). *La educación maya en los tiempos prehispánicos*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Jansen, J., Weerth, C. d., & Riksen-Walraven, M. (2008). Breastfeeding and the mother-infant relationship-A review. *Developmental Review*, 28, 503–521.
- Jennes, R. (1986). Lactational performance of various mammalian species. *Journal of Dairy Sciences*, 69, 869--885.
- Jordan, B. (1993). *Birth in Four Cultures*. Long Groove Illinois: Waveland Press
- Kamudoni, P., Maleta, K., Shi, Z., &Holmboe-Ottesen, G. (2007). Infant feeding practices in the first 6 months and associated factors in a rural and semiurban community in Mangochi District, Malawi. *Journal of Human Lactation*, 23(4), 325-332.
- Katzenberg, A., Herring, A., & Saunders, S. (1996). Weaning and infant mortality: evaluating the skeletal evidence. *Yearbook of Physical Anthropology*(39), 117-199.
- Kumar, D., Goel, N., Mittal, P., &Misra, P. (2006). Influence of infant-feeding practices on nutritional status of under-five children. *Indian Journal of Pediatrics*, 73(5), 417-421.
- Landa, D. (1983). *Relación de las cosas de Yucatán*. Mérida, México: Ediciones Dante.
- Laroya, N., & Sharma, D. (2006). The religious and cultural bases for breastfeeding

practices among the Hindus. *Breastfeeding Medicine*, 1(2), 94-98.

Latham, M. C. (2002). *Nutrición humana en el mundo en desarrollo* (Vol. 29). Roma: Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación.

León-Cava, N. (2002). *Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: reseña de la evidencia*. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud.

Lindsay, A. C., Tavares Machado, M., Sussner, K. M., Hardwick, C. K., & Peterson, K. E. (2008). Infant-feeding practices and beliefs about complementary feeding among low-income Brazilian mothers: A qualitative study. *Food and Nutrition Bulletin*, 29, 15-24.

Lipsky, S., Stephenson, P., Koepsell, T., Gloyd, S., Lopez, J., & Bain, C. (1994). Breastfeeding and weaning practices in rural Mexico. *Nutrition and Health*, 9(4), 255-266.

Long-Dunlap, K., Rivera-Dommarco, J., Rivera-Pasquel, M., Hernández-Ávila, M., & Lezama, M. Á. (1995). Feeding patterns of Mexican infants recorded in the 1988 National Nutrition Survey. *Salud Pública de México*, 37, 120-129.

Lunn, P. (1994). Lactation and other metabolic loads affecting human reproduction. En K. L. Campbell & J. W. Wood (Eds.), *Human Reproductive Ecology: Interactions of environment, fertility, and behavior* (*Annals of the New York Academy of Sciences*) (Vol. 709, pp. 77-85). New York: New York Academy of Sciences.

Lutter, C. K., & Rivera, J. A. (2003). Nutritional status of infants and young children and characteristics of their diets. *The Journal of Nutrition*, 133(9), 2941-2949.

Maher, V. (1992). Breast-feeding in cross-cultural perspective: paradoxes and proposals. En V. Maher (Ed.), *The Anthropology of breast-feeding: natural law or social*

construct. USA: Berg Publishers.

Margen, S., Vijaya, M., Neuhauser, L., & Ríos, E. (1991). *Infant feeding in Mexico. A study of health facility and mothers' practices in three regions*. Washington, D.C.: Nestlé infant Formula Audit Commission.

Mayan, M. J. (2001). *Una introducción a los métodos cualitativos: módulo de entrenamiento para estudiantes y profesores*. Alberta: Qual Institute Press.

McDade, T. (2001). Parent-offspring conflict and the cultural ecology of breast-feeding. *Human Nature, 12*(1), 9-25.

McKenna, J., & Bernshaw, N. (1995). Breastfeeding and infant-parent co-sleeping as adaptive strategies: are they protective against SIDS? En P. Stuart-Macadam & K. Dettwyler (Eds.), *Breastfeeding. Biocultural perspectives* (pp. 265-303). New York: Aldine de Gruyter.

Mendoza, Z. (2006). Saberes de mujeres y varones triquis respecto de la crianza de sus hijos: cambios y continuidades generacionales. *Salud Colectiva, 2*(1), 47-59.

Mennella, J., Turnbull, B., Ziegler, P. J. & Martinez, H. (2005). Infant feeding practices and early flavor experiences in Mexican infants: an intra-cultural study. *Journal of the American Dietetic Association, 105*(6), 908-915.

Monterrosa, E. C., Frongillo, E. A., Vasquez-Garibay, E. M., Romero-Velarde, E., Casey, L. M., & Willows, N. D. (2008). Predominant breast-feeding from birth to six months is associated with fewer gastrointestinal infections and increased risk for iron deficiency among Infants. *The Journal of Nutrition, 138*(8), 1499-1504.

Morelli, G. A., Rogoff, B., Oppenheim, D., & Goldsmith, D. (1992). Cultural variation in infants' sleeping arrangements: questions of independence. *Developmental*

Psychology, 28(4), 604-613.

Mull, D. (1992). Mother's milk and pseudoscientific breastmilk testing in Pakistan. *Social Science and Medicine*, 34(11), 1277-1290.

Nielsen, M., Hoogvorst, A., Konradsen, F., Mudasser, M., & Hoek, W. v. d. (2001). *Childhood Diarrhea and Hygiene: Mothers' Perceptions and Practices in the Punjab, Pakistan. Working Paper 25*. Colombo, Sri Lanka: International Water Management Institute.

OMS (1981). *Modalidades de la lactancia natural en la actualidad. Informe sobre el estudio en colaboración de la OMS acerca de la lactancia natural*. España: Organización Mundial de la Salud.

OMS (2003). *Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.

OMS (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*. Geneve: Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud.

OPS (2011). *30 años del Código en América Latina: Un recorrido sobre diversas experiencias de aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna en la Región entre 1981 y 2011*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.

Osman, H., El Zein, L. & Wick, L. (2009). Cultural beliefs that may discourage breastfeeding among Lebanese women: a qualitative analysis. *International Breastfeeding Journal*, 4(1), 12.

Panter-Brick, C. (1989). Motherhood and subsistence work: the Tamang of Rural Nepal.

Human Ecology, 17(2), 205-228.

Panter-Brick, C. (1998). Biological anthropology and child health: context, process and outcome. En C. Panter-Brick (Ed.), *Biosocial perspectives on children* (pp. 66-101). Cambridge UK: Cambridge University Press.

Pelto, G. (1987). Cultural issues in maternal and child health. *Social Science and Medicine*, 25(6), 553-559.

Pelto, P., & Pelto, G. (1997). Studying knowledge, culture, and behavior in applied medical anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 11(2), 147-163.

Pérez-Escamilla, R. (2007). Evidence based breast-feeding promotion: the Baby-friendly Hospital Initiative. *The Journal of Nutrition*, 137(2), 484-487.

Pérez-Escamilla, R., & Dewey, K. (1992). The epidemiology of breast-feeding in Mexico: rural versus urban areas. *Bulletin of the Pan American Health Organization*, 26 (1), 30-36.

Pérez-Escamilla, R., Lutter, C., Segall, M., Rivera, A., Trevino Siller, S., & Sanghvi, T. (1995). Exclusive breast-feeding duration is associated with attitudinal, socioeconomic and biocultural determinants in three Latin American countries. *Journal of Nutrition*, 125(12), 2972-2984.

Pérez-Gil-Romo, S., Rueda-Arróniz, F., & Díez-Urdanivia, S. (1993). Lactancia y cuidado de los hijos: estudio de casos en dos zonas rurales de México. *Salud Pública de México*, 35(6), 692-699.

Picado, J., Olson, C., & Rasmussen, K. (1997). Metodología combinada para entender la duración del amamantamiento en barrios pobres de Managua, Nicaragua. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2(6), 398-407.

- Piperata, B. A. (2009). Variation in maternal strategies during lactation: the role of the biosocial context. *American Journal Of Human Biology*, 21, 817-827.
- Popkin, B., Lasky, T., Spicer, D., Litvin, J., & Yamamoto, M. (1986). *Infant feeding triad: infant, mother and household*. New York: Taylor & Francis, Inc.
- Prentice, A. (1996). Constituents of human milk. *Food and Nutrition Bulletin*, 17(4).
- Quandt, S. (1995). Sociocultural aspects of the lactation process. En P. Stuart-Macadam & K. Dettwyler (Eds.), *Breastfeeding. Biocultural perspectives* (pp. 127-143). New York: Aldine de Gruyter.
- Quattrocchi, P. (2006). ¿Qué es la sobada? elementos para conocer y entender una práctica terapéutica en Yucatán. *Peninsula*, 1(2), 143-170.
- Raphael, D., & Davis, F. (1985). *Only mothers know: patterns of infant feeding in traditional cultures* (Vol. 54). Westport, Connecticut, London UK: Greenwood Press.
- Redfield, R., & Villa-Rojas, A. (1990). *Chan Kom. A Maya village*. Prospect Hights, Illinois: Waveland Press, Inc. 1o edición 1934.
- Reyes, G. (2007). *Perspectivas bioculturales de los niños mayas: Un análisis de los restos óseos de Xcambó, Yucatán*. Tesis de licenciatura. Universidad Autónoma de Yucatán, Mérida, Yucatán.
- Riordan, J. (2005). *Breastfeeding and human lactation* (3rd ed.). Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers.
- Rivera, M. O. (1976). *Una comunidad maya en Yucatán* (Vol. 261). México D.F.:

Secretaría de Educación Pública-Setentas.

- Ruel, M. T., & Menon, P. (2002). Child feeding practices are associated with child nutritional status in Latin America: innovative uses of the demographic and health surveys. *The Journal of Nutrition*, 132(6), 1180-1187.
- Sacco, L. M., Caulfield, L. E., Gittelsohn, J., & Martínez, H. (2006). The conceptualization of perceived insufficient milk among Mexican mothers. *Journal of Human Lactation*, 22(3), 277-286.
- Sáenz de Tejada, E., & Calderón, R. (1997). *Conductas de atención en salud infantil entre mujeres mayas de Guatemala. BASICS A USAID-finances project administrated by The Partnership for a Chile Health Care, Inc. Guatemala.*
- Saha, K. K., Frongillo, E. A., Alam, D. S., Arifeen, S. E., Persson, L. Ö., & Rasmussen, K. M. (2008). Household food security is associated with infant feeding practices in rural Bangladesh. *The Journal of Nutrition*, 138(7), 1383-1390.
- Sanjur, D., Cravioto, J., Veen, A. V. & Rosales, L. (1971). La alimentación de los lactantes y el destete en un medio rural preindustrial. Estudio desde el punto de vista sociocultural. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 71(4), 281-339
- Santana-Rivas, L. (2001). La mujer en la sociedad maya. La ayuda idónea. In G. Rosado (Ed.), *Mujer maya: siglos tejiendo una identidad*. (pp. 33-69). Mérida, México: CONACULTA-FONCA.
- Sawadogo, P. S., Martin-Prevel, Y., Savy, M., Kameli, Y., Traissac, P., Traore, A. S., et al. (2006). An infant and child-feeding index is associated with the nutritional status of 6 to 23 month-old children in rural Burkina Faso. *The Journal of Nutrition*, 136(3), 656-663.

- Schulze, P., & Carlisle, S. (2008). What research does and doesn't say about breastfeeding: a critical review. *Early Child Development and Care*, 180(6), 703-718.
- Segura-Millán, S., Dewey, K. G., & Perez-Escamilla, R. (1994). Factors associated with perceived insufficient milk in a low-income urban population in Mexico. *The Journal of Nutrition*, 124(2), 202-212.
- Sellen, D. W. (2001a). Of what use is an evolutionary anthropology of weaning? *Human Nature*, 12(1), 1-7.
- Sellen, D. W. (2001b). Comparison of infant feeding patterns reported for nonindustrial populations with current recommendations. *The Journal of Nutrition*, 131(10), 2707-2715.
- Sellen, D. & Smay, D. (2001). Relationship between subsistence and age at weaning in “preindustrial” societies. *Human Nature*, 12(1), 47-87.
- Sellen, D. W. (2009). Evolution of human lactation and complementary feeding: implications for understanding contemporary cross-cultural variation. En G. Goldberg, A. Prentice, A. Prentice, S. Filteau & K. Simondon (Eds.), *Breast-feeding: Early influences on later health* (Vol. 639, pp. 253-282): Springer Netherlands.
- Solís, M., & Fortuny, P. (2010). Otomíes hidalguenses y mayas yucatecos. Nuevas caras de la migración indígena y viejas formas de organización. *Migraciones Internacionales*, 5(4), 101-138.
- Stein, P., & Rowe, M. (2000). *Physical Anthropology*. Boston: McGrawHill.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques*. London: Sage.

- Stuart-Macadam, P. (1995a). Biocultural perspectives on breastfeeding. En P. Stuart-Macadam & K. Dettwyler (Eds.), *Breastfeeding. Biocultural perspectives* (pp. 1-37). New York: Aldine de Gruyter.
- Stuart-Macadam, P. (1995b). Breastfeeding in Prehistory. En P. Stuart-Macadam & K. A. Dettwyler (Eds.), *Breastfeeding. Biocultural Perspectives* (pp. 75-95). New York: Aldine de Gruyter.
- Super, C. M., & Harkness, S. (1986). The Developmental Niche: A Conceptualization at the interface of child and culture. *International Journal of Behavioral Development*, 9, 545-569.
- Swartz, E., Ray, R., Stuebe, A., Allison, M., Ness, R., Freigber, M., et al. (2009). Duration of lactation and risk factors for maternal cardiovascular disease. *Obstetrics and Gynecology*, 113, 974-982.
- Torre, P., & Salas, M. (2006). Contribución a la comprensión de la alimentación infantil. En M. Bertran & P. Arroyo (Eds.), *Antropología y Nutrición* (pp. 257-275). México D. F.: Fundación Mexicana para la Salud, A. C. y Universidad Autónoma Metropolitana.
- Trevathan, W. (2004). Breastfeeding. En C. Ember & M. Ember (Eds.), *Encyclopedia of medical anthropology. Health and illness in the world's cultures* (Vol. I). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- UNICEF (2011). Infant and young child feeding. Última visita Octubre 2011, desde http://www.unicef.org/nutrition/index_breastfeeding.html
- UNICEF. (2002). Current status of baby-friendly hospital initiative. Última visita Junio 2011, desde http://www.unicef.org/nutrition/files/nutrition_statusbfhi.pdf

- Van Esterik, P. (1996). The cultural context of breastfeeding and breastfeeding policy. *Food and Nutrition Bulletin*, 17(4).
- Van Esterik, P. (2002). Contemporary trends in infant feeding research. *Annual Review of Anthropology*, 31(1), 257-278.
- Vandale-Toney, S., Rivera-Pasquel, M., Kageyana-Escobar, M. d. I. L., Tirado-Gómez, L., & López-Cervantes, M. (1997). Lactancia materna, destete y ablactación: una encuesta en comunidades rurales de México. *Salud Pública de México*, 39, 412-419.
- Vásquez-Garibay, E., & Romero-Velarde, E. (2008). Esquemas de alimentación saludable en niños durante sus diferentes etapas de la vida. Parte I. Primeros dos años de vida. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 65, 605-615.
- Villa Rojas, A. (1980). La imagen del cuerpo humano según los mayas. *Anales de Antropología*, 17(2): 32-52.
- Villa Rojas, A. (1992). *Los elegidos de Dios. Etnografía de los mayas de Quintana Roo*. México: Dirección General de Publicaciones del Consejo Nacional para la Cultura y las Artes. Instituto Nacional Indigenista. 1º edición 1978.
- Villalpando, S., Flores-Huerta, S., Alarcón, M. L., & Cisneros-Silva, I. (1996). Social and biological determinants of lactation. *Food and Nutrition Bulletin*, 17, 163. Última consulta octubre de 2011 desde:
<http://archive.unu.edu/unupress/food/8F174e/8F174E08.htm>
- Villalpando, S., & Lopez-Alarcon, M. (2000). Growth faltering is prevented by breastfeeding in underprivileged infants from Mexico City. *The Journal of Nutrition*, 130(3), 546-552.
- Villaseñor Farias, M. (1998). Saber popular urbano y autoatención en la lactancia materna.

En F. J. Mercado-Martínes & L. Robles-Silva (Eds.), *Investigación cualitativa en salud. Perspectivas desde el occidente de México* (pp. 33-72). Guadalajara: Universidad de Guadalajara.

Vitzthum, V. J. (1998). The ecology and evolutionary endocrinology of reproduction in the human female. *American Journal of Physical Anthropology*, 140(49), 95-136.

Wells, J. (2006). The role of cultural factors in human breastfeeding: adaptive behaviour or biopower? *Human Ecology Special Issue*, 14, 39-47.

Wiessinger, D., West, D., & Pitman, T. (2010). *The womanly art of breastfeeding* (8th ed.). New York: Ballantine Books.

World Health Organization. (1981). *International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes*. Geneva: World Health Organization.

WHO/UNICEF (1990). *Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding*. Florence: World Health Organization/United Nations Children's Fund.

WHO/UNICEF. (1989). *Protecting, promoting and supporting breast-feeding: the special role of maternity services*. Geneva: World Health Organization.

Wright, A., Bauer, M., Clark, C., Morgan, F., & Begishe, K. (1993). Cultural interpretations and intracultural variability in Navajo beliefs about breastfeeding. *American Ethnologist*, 20(4), 781-796.

Wright, L., & Schwarcz, H. P. (1998). Stable carbon and oxygen isotopes in human tooth enamel: identifying breastfeeding and weaning in prehistory. *American Journal of Physical Anthropology*, 106(1), 1-18.

Zeitlin, M. (1996). My child is my crown: Yoruba parental ethnotheories and practices in early childhood. En S. Harkness & C. Super (Eds.), *Parents' cultural belief systems: their origins, expressions, and consequences* (pp. 407-427). New York: Guilford Press.

Zolla, C. (Ed.) (1994) Diccionario enciclopédico de la Medicina Tradicional Mexicana (1 ed., Vol. 1). México Instituto Nacional Indigenista.

ANEXOS

ANEXO 1

Departamento de Ecología Humana
Centro de Investigación y Estudios Avanzados del IPN. Unidad Mérida.
CREENCIAS Y PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN INFANTIL

IDENTIFICADORES

Folio: _____

Fecha: _____
(Día / Mes / Año)

Nombre de la madre: _____
(Nombre y Apellidos)

Nombre del niño: _____
(Nombre y Apellidos)

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
(Día / Mes / Año) (En meses)

Orden de nacimiento: _____ Sexo: _____
(M = 1; F = 2)

HISTORIA REPRODUCTIVA

1. Edad del primer embarazo: _____
2. Número de embarazos: _____
3. Número de abortos: _____
4. ¿Actualmente usa anticonceptivos? No=1; Si=2
5. ¿Qué tipo?
No usa (0)
Barrera (1)
Hormonal (2)
DIU (3)
Natural (4)
De emergencia (5)
Ligadura/vasectomía (6)
Otro (7) _____
6. ¿Cuánto tiempo tiene de usarlos? _____ (meses)
7. ¿Quién se los dio?
IMSS (1)
ISSTE (2)
Centro de salud (3)
Familiar (4)
Otro (5) _____
8. ¿Además de este anticonceptivo ha usado otro? No=1; Si=2

9. ¿Cuál? ()
- No usa/No aplica (0)
 - Barrera (1)
 - Hormonal (2)
 - DIU (3)
 - Natural (4)
 - De emergencia (5)
 - Ligadura/vasectomía (6)
 - Otros (7): _____

LACTANCIA MATERNA

10. ¿El niño hace chuchú actualmente? () No=1; Si=2
11. Si ya no le da chuchú, ¿qué edad tenía cuando dejó de darle? _____ (en meses)
12. Si nunca le dio, ¿por qué?
- _____
- _____
- _____
13. ¿Cada cuando le da? ()
- Cada que lo pide (libre demanda) (1)
 - Cada 3-4 horas (2)
 - Cada 5-6 horas (3)
 - Tres veces al día (4)
14. ¿Cómo sabe que el niño quiere hacer chuchú?
- _____
- _____
15. ¿Qué hace cuando el niño llora o quiere llorar?
- _____
- _____
16. ¿Qué fue lo primero que le dio al niño al nacer? ()
- Leche materna (calostro) (1)
 - Leche industrial (fórmula, regular, condensada) (2)
 - Agua azucarada (3)
 - Otro (4) _____
17. ¿Por qué le dio _____?
- _____
- _____
- _____
18. Si no le dio leche materna al nacer, ¿por qué no lo hizo?.
- _____
- _____
- _____
19. ¿Le empezó a dar chuchú después? () No=1; Si=2
20. ¿A los cuantos días le empezó a dar chuchú? _____

ABLACTACIÓN

21. Además de leche, ¿qué fue lo primero que le dio a tomar al niño?

22. ¿A qué edad? _____ (en meses)

23. ¿Por qué?

24. ¿Cuál fue el primer alimento que le dio? _____

25. ¿A qué edad? _____ (en meses)

26. ¿Por qué?

27. ¿Qué hace o hacía usted si primero el niño no quiere lo que se le está dando?

28. Actualmente, ¿qué come el niño? _____

29. ¿Por qué?

(Para niños mayores de 8 meses)

30. ¿Ya le da de comer lo mismo que al resto de la familia?

() No=1; Si=2

31. ¿Qué edad tenía cuando le empezó a dar lo mismo de comer que al resto de la familia? _____

(en meses)

ALIMENTACIÓN Y ENFERMEDAD

32. ¿Qué hace usted cuando se enferma el niño (le da diarrea, algo del estómago, infección)?

33. ¿Qué le da de comer?

34. ¿Por qué?

35. ¿Hay algún alimento que no deba comer el niño cuando está enfermo?

36. Cuando usted se enferma (o enfermaba), ¿le da chuchú? () No=1; Si=2
37. ¿Por qué?

IDEAS SOBRE LA ALIMENTACIÓN DEL NIÑO

38. ¿Qué alimentos son mejores para los recién nacidos?

39. ¿Por qué?

40. ¿Cuándo pueden empezar a tomar otra cosa aparte de la leche materna?

41. ¿Qué cosa?

42. ¿Por qué?

43. ¿Cuándo pueden empezar a comer otra cosa aparte de la leche materna?

44. ¿Qué cosa?

45. ¿Por qué?

46. ¿Qué alimentos son mejores para los niños que tienen menos de un año?

47. ¿Por qué?

48. ¿Qué alimentos son mejores para los niños de 1 a 2 años?

49. ¿Por qué?

50. ¿Qué alimentos son mejores para los niños de 2 a 3 años?

51. ¿Por qué?

52. ¿A que edad pueden los niños empezar a comer lo mismo que el resto de la familia?

53. ¿Por qué?

Percepción insuficiencia leche

54. ¿Por qué hay señoras que no pueden darle chuchú a sus bebés?

55. ¿Por qué hay señoras que se quedan sin leche?

56. ¿Hay alguna razón por la cual las mamás no deban dar chuchú al bebé?

Influencias

57. ¿Cómo aprendió a alimentar a su hijo? (*Mamá, abuela, otro familiar, otra persona, servicios de salud*).

58. ¿Qué y cómo le enseñó?

SERVICIOS DE SALUD

59. Cuando usted estuvo embarazada de _____, ¿quién la revisaba? ()

- Nadie (0)
- Medico servicios de salud público (1)
- Medico privado (2)
- Enfermera (3)
- Partera (4)
- Otro (5) _____

60. ¿Quién (o en dónde se) le atendió cuando nació _____? ()

- IMSS (1)
- ISSTE (2)
- Centro de salud (3)
- Partera (4)
- Otro (5) _____

61. ¿Con qué servicio de salud cuenta? ()

- Ninguno (0)
- IMSS (1)

Oportunidades (2)
ISSSTE (3)
Otro (4) _____

62. ¿Quiénes más de su familia cuenta con _____?

63. ¿Consulta con médico privado también? () No=1; Si=2

64. ¿Consulta con alguien más? () No=1; Si=2

65. ¿Con quién?

ANEXO 2

Guía de entrevista con las abuelas

¿Qué deben hacer las mujeres embarazadas para tener leche y que la leche sea buena?

Después de dar a luz ¿qué debe hacer la mamá para darle chuchú al bebé?

¿Por qué hay personas que no pueden amamantar? (*no tienen leche, no les baja, trabajan, se les gasta*).

¿Pueden hacer algo al respecto?

¿Con quien pueden acudir?

Hay mamás que se enferman, ¿esto puede afectar su leche?

¿Hay alimentos que hagan daño a la leche?

¿Hasta cuándo le debería de dar pecho una mamá a su hijo?

¿Es diferente lo que les daban de comer a los niños antes y ahora?

¿En qué ha cambiado?

¿Qué les daban antes?

¿Por qué cree que ha cambiado?

Guía de entrevista con las mujeres que no amamantaron:

Cuénteme sobre los cuidados que usted y _____ recibieron (recibió) después del parto...

¿Cuántos días duraron?

¿Había algo que debía o no hacer durante esos días? ¿por qué?

¿Tenía ganas de darle? ¿Porqué?

¿Ya le había pasado antes con sus otros hijos?

¿Cree que le pueda volver a pasar con sus otros hijos? ¿Por qué?

¿Cree usted que no haberle dado pecho a _____ lo afectó en algo? ¿porqué?

¿Fue con alguien o alguien cuando se dio cuenta que no podía dar chuchú?

¿Qué le dijo/hizo/recomendó esta persona?

Guía de entrevista con las mujeres que amamantaron

Cuénteme sobre los cuidados que usted y _____ recibieron después del parto...

¿Cuántos días duraron?

¿Había algo que debía (o no) hacer durante esos días? ¿Porqué?

¿Cómo ha sido darle pecho a _____?

¿Le costó más trabajo que su otro hijo?

¿Fue diferente darle pecho a _____ que a su otro hijo? ¿En qué? ¿A qué cree que se deba?.

¿Hasta cuando planea darle leche a su hijo?

Y aparte de la leche ¿Le dio las mismas cosas de comer a _____ (Hijo ref) que a _____ (Otro hijo)? ¿por qué?.

ANEXO 3

Guía de entrevista con la nutrióloga de los Servicios de Salud de Yucatán

¿Hace cuánto tiempo que trabaja como nutrióloga en Kiní?

¿En que consiste el programa de orientación?

¿A quién está enfocado?

¿Todos los bebés menores de 2 años en Kiní son monitoreados?

¿Todas las mamás asisten a los chequeos?

¿Si? ¿No?, ¿Por qué?

SOBRE LOS TALLERES COMUNITARIOS

¿Todas las mamás asisten a los talleres comunitarios?

Si no, ¿por qué cree usted que no asistan?

¿Cómo considera usted la participación de las mamás en los talleres?

¿Cómo se les enseña a las mamás a alimentar a su bebé?

¿Qué se les enseña sobre lactancia materna tanto en los talleres como en las consultas con usted?

¿Cómo es la intervención en caso de presentarse algún problema con la lactancia? *(por ejemplo no puede dar pecho porque trabaja, porque “no tiene leche”, no baja la leche, dolor etc).*

¿Cuál cree que es la principal causa de desnutrición (si la hay), en Kiní?

¿Cree usted que existen hábitos o prácticas alimentarias que contribuyen a la mala nutrición en Kiní?

¿Podemos cambiar algunos? ¿Cuáles? ¿Por qué?

¿Cómo es la intervención a un niño que está desnutrido?