



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA CHAPINGO

**DIRECCIÓN DE CENTROS REGIONALES
UNIVERSITARIOS**

MAESTRÍA EN CIENCIAS EN DESARROLLO RURAL REGIONAL

**CULTURA ALIMENTARIA EN TORNO A LACTANTES DE COMUNIDADES
DEL CARSO HUASTECO HIDALGUENSE**

TESIS

QUE COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRO EN CIENCIAS EN DESARROLLO RURAL REGIONAL

PRESENTA:

GABRIELA VASQUEZ RUIZ

**DIRECCION GENERAL ACADEMICA
DEPTO. DE SERVICIOS ESCOLARES
DE EXAMENES PROFESIONALES**

BAJO LA SUPERVISIÓN DE: DR. ARTEMIO CRUZ LEÓN



**Dirección de Centros
Regionales Universitarios**

CHAPINGO, ESTADO DE MÉXICO, JULIO DEL 2018

CULTURA ALIMENTARIA EN TORNO A LACTANTES DE COMUNIDADES DEL CARSO HUASTECO HIDALGUENSE

Tesis realizada por **GABRIELA VÁSQUEZ RUIZ** bajo la supervisión del Comité Asesor indicado, aprobada por el mismo y aceptada como requisito para obtener el grado de:

MAESTRO EN CIENCIAS EN DESARROLLO RURAL REGIONAL

DIRECTOR: 
DR. ARTEMIO CRUZ LEÓN

CO-DIRECTOR: 
DRA. ALBA GONZALEZ JÁCOME

ASESOR: 
DR. JOEL CERVANTES HERRERA

ASESOR: 
DRA. REBECA MONROY TORRES

CONTENIDO

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN GENERAL	1
1.1 Justificación	3
1.2 Planteamiento del problema	4
1.3 Objetivo general.....	6
1.3.1 Objetivos específicos	6
1.4 Hipótesis de trabajo	6
CAPÍTULO 2: REVISIÓN DE LITERATURA.....	7
2.1 Seguridad, Soberanía Alimentaria y Desarrollo Rural.....	7
2.2 Características físico-ambientales, sociales, demográficas y económicas de los municipios y localidades de estudio	12
2.2.1 Municipio de Xochicoatlán.....	12
2.2.2 Municipio de Tianguistengo.....	14
2.2.3 Localidad de Xochicoatlán	17
2.2.4 Localidad de Texcaco	18
2.2.5 Localidad de Tianguistengo	18
2.3 Regionalización del Estado de Hidalgo.....	18
2.4 Bases metodológicas.....	20
2.4.1 Términos de Referencia	22
2.4.2 Instrumentos de Investigación.....	25
2.4.3 Materiales.....	25
2.4.4 Métodos:	25
2.4.5 Consideraciones éticas:	26
2.5 Literatura citada	27
CAPÍTULO 3. CULTURA ALIMENTARIA EN TORNADO A LACTANTES DEL MEDIO RURAL: SABERES HEREDADOS Y APRENDIDOS.....	30
3.1 Resumen	30

3.2	Abstract.....	31
3.3	Introducción	31
3.4	Capítulo descriptivo y metodológico	35
3.5	Resultados y discusión	36
3.5.1	Cultura Alimentaria en torno a los lactantes en el medio rural	36
3.5.2	Prácticas y cultura alimentaria en torno a lactantes del medio rural: Lactancia materna y alimentación complementaria.....	39
3.5.3	Observaciones en localidades del Carso Huasteco Hidalguense:	41
3.5.4	Seguridad Alimentaria y Desarrollo Rural	45
3.6	Conclusiones	46
3.7	Literatura citada:	47
CAPÍTULO 4. PERFIL DE MADRES RURALES DEL CARSO HUASTECO HIDALGUENSE EN RELACIÓN AL TIPO Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA.		52
4.1	Resumen	53
4.2	Abstract.....	53
4.3	Introducción:	54
4.4	Materiales y métodos:.....	56
4.5	Resultados.....	57
4.6	Discusión	70
4.7	Agradecimientos	72
4.8	Citas bibliográficas:.....	72
CAPÍTULO 5. SABERES, TRADICIONES Y PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN MATERNO-INFANTIL EN LOCALIDADES DEL CARSO HUASTECO HIDALGUENSE		74
5.1	Resumen	74
5.2	Abstract.....	74
5.3	Introducción	75
5.4	Capítulo descriptivo y metodológico	83

5.5	Resultados y discusión	84
5.6	Conclusiones	102
5.7	Literatura citada	103
DISCUSIÓN GENERAL.....		105
CONCLUSIONES GENERALES		107

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1. Características generales de las participantes del estudio (N=56)...	58
Cuadro 2. Características de alimentación y programas en la población estudiada	58
Cuadro 3. Características del parto y lactancia de las participantes del estudio	59
Cuadro 4. Características de los niños estudiados	60
Cuadro 5. Información cruzada entre tipo y duración de lactancia con el rango de edad de las madres	61
Cuadro 6. Información cruzada entre tipo y duración de lactancia con estado civil de las madres	62
Cuadro 7. Información cruzada entre duración de lactancia y ocupación de la madre.....	63
Cuadro 8. Información cruzada entre tipo y duración de lactancia con escolaridad de las madres	64
Cuadro 9. Información cruzada entre tipo y duración de lactancia con el número de hijos de las madres	64
Cuadro 10. Elecciones y motivos de las madres, de acuerdo al momento de decisión de ofrecer o no lactancia materna	65
Cuadro 11. Comparación de resultados por localidad	67

Cuadro 12. Comparación de características de alimentación y programas entre las localidades estudiadas	68
Cuadro 13. Resultados de tipo y duración de la lactancia por localidad y estado general de salud de los niños hasta el momento de la entrevista.....	69
Cuadro 14. Características generales de las madres entrevistadas	84
Cuadro 15. Alimentación habitual promedio	85
Cuadro 16. Características del nacimiento	86
Cuadro 17. Cuidados y alimentación durante el postparto	90
Cuadro 18. Duración de los cuidados postparto	92
Cuadro 19. Edad de destete	97
Cuadro 20. Principales enfermedades de los niños y sus remedios.....	101

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Marco teórico sobre cultura alimentaria en torno a lactantes del medio rural.....	47
Figura 2. Obtención de conocimientos sobre maternidad	86
Figura 3. Lugar de nacimiento	86
Figura 4. Tipo de lactancia.....	93
Figura 5. Alimentos ofrecidos a los menores de 6 meses.....	98
Figura 6. Alimentos de inicio a partir de los 6 meses.....	98

LISTA DE APÉNDICES

Apéndice 1. Guía de Entrevista Semiestructurada para madres de lactantes	108
Apéndice 2. Guía de Entrevista a expertos. Partera.....	112
Apéndice 3. Guía de Entrevista a expertos. Encargada(o) del centro de salud	112

DEDICATORIA

A José, mi esposo, por su amor, paciencia y ayuda incondicional, especialmente durante estos últimos dos años.

A Gabriel y Lolis, mis amorosos padres, por su valioso apoyo desde el inicio de esta aventura académica, por viajar cada dos semanas para cuidar a nuestro hijo y acompañarnos a cada viaje de estudios. Esta tesis es también suya.

A Ernesto, mi hijo, mi inspiración y mi motivo para trabajar con pasión y sensibilidad por una mejor alimentación para los menores de dos años.

A mis hermanos, a mi familia extensa y a mi familia política, por seguir nuestro trayecto, alentarnos y apoyarnos en cada etapa.

A todas las mamás que se esfuerzan todos los días por ofrecer la mejor alimentación a su familia, especialmente aquellas que ponen sus conocimientos al servicio de otras mamás, que ayudan y aconsejan de manera gratuita. Su labor es invaluable.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Autónoma Chapingo por permitirme realizar los estudios de maestría con todas las facilidades que como alumnos nos otorgan.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por el apoyo económico para la investigación.

A mi comité asesor: Dr. Artemio Cruz León, Dra. Rebeca Monroy Torres, Dra. Alba González Jácome y Dr. Joel Cervantes Herrera, por su tiempo, apoyo y dedicación para llevar a cabo este trabajo de investigación. Al Dr. Benito Ramírez Valverde, por su apoyo en el área estadística. A la Sra. Lety Mejía, por su amistad y empatía. A mis amigas y compañeras: Yutzill y Anabel por su amistad sincera y agradable compañía.

A las mujeres de cada localidad que tuvieron la confianza de compartirme sus saberes y sentires sobre su experiencia en la maternidad. A los gobiernos municipales y centros de salud de Xochicoatlán y Tianguistengo, Hidalgo, por el apoyo en la realización de las entrevistas, así como a la parroquia de Tianguistengo, por su hospitalidad.

DATOS BIOGRÁFICOS



Datos personales

Nombre	Gabriela Vásquez Ruiz
Fecha de nacimiento	25 de junio de 1990
Lugar de nacimiento	León, Guanajuato
CURP	VARG900625
Profesión	Licenciatura en Nutrición
Cédula profesional	10112944

Desarrollo académico

Preparatoria: Preparatoria de la Universidad De La Salle Bajío

Licenciatura: Universidad de Guanajuato Campus León

RESUMEN GENERAL

CULTURA ALIMENTARIA EN TORNO A LACTANTES DE COMUNIDADES DEL CARSO HUASTECO HIDALGUENSE

La alimentación durante los primeros mil días de vida es fundamental para la salud futura. Por ello, se analizó la cultura alimentaria en torno a lactantes del Carso Huasteco Hidalguense; se hizo revisión de literatura, observaciones de campo, 56 entrevistas semiestructuradas a madres de niños menores de dos años y 7 entrevistas a expertos de localidades del Carso Huasteco Hidalguense. No se encontró relación estadísticamente significativa entre el tipo de lactancia y ocupación de la madre, estado civil, edad, tipo de parto y número de hijos, pero sí con el momento en el cual decidieron ofrecer lactancia materna, lo anterior tiene que ver con el contexto y la cultura. En la localidad con mayor marginación se encontraron los porcentajes más altos de lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses (58%), más allá del año (63%) y hasta los dos años o más (47%). Lo que más afecta el tipo de alimentación de los lactantes del Carso Huasteco no tiene que ver con la ocupación, edad, estado civil o escolaridad de la madre, sino con cuestiones sociales, culturales y personales permeadas por medios de comunicación, símbolos de estatus, la opinión de otras madres y del personal de salud, principalmente.

Palabras clave: Saberes locales, prácticas alimentarias, lactancia materna

Tesis de Maestría en Ciencias en Desarrollo Rural Regional, Universidad Autónoma Chapingo.

Autor: Gabriela Vásquez Ruiz

Director de Tesis: Dr. Artemio Cruz León

GENERAL ABSTRACT

FOOD CULTURE OF LACTANTS IN THE HUASTECA KARST REGION COMMUNITIES OF HIDALGO

Feeding is essential for future health during the first one thousand days of life. For this reason, the food culture of infants IN THE Karst region communities of the state of Hidalgo was analyzed. Literature review, field observations, 56 semi-structured interviews with mothers of children under two years of age and 7 interviews with experts from the Huasteca Karst communities were conducted. No statistically significant relationship was found between the type of breastfeeding and the type of employment of the mother, her marital status, age, type of childbirth labor and number of children; however, there was a difference related to the moment when they decided to offer breastfeeding. This has to do with the context and culture. Areas with the highest marginalization rates showed the highest percentages of exclusive breastfeeding to children under 6 months (58%), over one year old (63%) and up to two years old or more (47%). What influences the type of feeding to infants in the Huasteca Karst has nothing to do with the mothers occupation, age, marital status or schooling, but with the social, cultural and personal aspects issued by the media on status symbols and by the opinion of the other mothers and health personnel, mainly.

Key words: Local knowledge, food practices, breastfeeding

Thesis: Master of Science in Rural Regional Development. Chapingo Autonomous University
Author: Gabriela Vásquez Ruiz
Advisor: Dr. Artemio Cruz León

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN GENERAL

De acuerdo al Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2014), los dos primeros años de vida de una persona son los más importantes para una buena salud durante la vida adulta, lo cual incluye el periodo de lactancia materna y de alimentación complementaria, que inicia a partir de los seis meses con la introducción de alimentos sólidos a la dieta del bebé.

Muchos estudios han comprobado ya los múltiples beneficios de la lactancia materna a la salud del bebé y de la madre, así como para la economía familiar y la productividad. A pesar de ello, las estadísticas demuestran que dicha práctica cada vez se usa menos tanto en el medio rural como en el urbano (UNICEF, 2014; OMS, 2016; ENSANUT, 2012a).

Entre las causas de la disminución en la práctica de lactancia está la inserción de las mujeres en el mercado laboral, pues solo el 10% de las madres que trabajan, alimentan al seno materno sus hijos (Crowley, 2015); también influye la edad de las mujeres, pues las madres más jóvenes son las que menos amamantan, sobre todo si no cuentan con el apoyo de su pareja y de su familia; así mismo, podría influir el número de hijos, el estado civil y la escolaridad (Pino, López, Medel & Ortega, 2013).

El presente estudio tiene lugar en dos municipios que se encuentran en la subprovincia del Carso Huasteco, que pertenece a la Sierra Madre Oriental, en la parte noreste del Estado de Hidalgo, donde se estudiarán específicamente las prácticas alimentarias de los lactantes de la cabecera del municipio de Tianguistengo y en dos localidades del municipio de Xochicoatlán (Xochicoatlán y Texcaco). Dichas comunidades se encuentran en distintos grados de marginación de acuerdo al Consejo Nacional de Población (CONAPO) 2010: marginación baja, media, y alta, respectivamente.

El objetivo es analizar la cultura alimentaria en torno a los lactantes de comunidades con distintos grados de marginación, indagar tanto en cuestiones

nutricionales, alimentarias, culturales, y socioeconómicas para comparar y analizar las diferencias entre los diferentes contextos sociales y culturales representados por el grado de marginación, tomando en cuenta puntos de comparación como la edad de la madre, su escolaridad, estado civil, número de hijos, ocupación y el apoyo recibido por su pareja y familia.

Dicho objetivo resulta pertinente por la gran repercusión que tiene la alimentación en los primeros dos años de vida para la prevención de la mortalidad infantil y posteriormente en la salud adulta. Además, si bien se han hecho estudios previos en otros lugares del país o del mundo, no se han llevado a cabo en el Carso Huasteco hidalguense y han tenido un enfoque desde las ciencias de la salud o ciencias económicas, sin tomar en cuenta los saberes tradicionales y la mayoría no ha indagado en las representaciones sociales en la alimentación.

En el segundo capítulo que a continuación se presenta, se hace una descripción de la relación entre las diferentes visiones del desarrollo rural con la alimentación y la lactancia materna y alimentación infantil, se describe la regionalización, las características fisiográficas, biológicas, históricas, económicas y culturales. Así mismo, se describen las bases metodológicas, herramientas a utilizar y aspectos del muestreo mediante estudios previos y se describen algunos conceptos básicos.

El tercer, cuarto y quinto capítulo corresponde a los artículos científicos realizados a partir de esta investigación, el primero de ellos ofrece un marco teórico sobre la cultura alimentaria en torno a los lactantes del medio rural; el segundo hace un análisis del perfil de las madres rurales del Carso Huasteco Hidalguense y su elección del tipo y duración de la lactancia en los menores de dos años. El tercer artículo es una descripción de los saberes, tradiciones y prácticas que tienen las madres del Carso Huasteco Hidalguense en las etapas de embarazo, postparto, lactancia y alimentación complementaria.

1.1 Justificación

Aun cuando se han comprobado los múltiples beneficios de la lactancia materna a la salud de los bebés y las madres, a la productividad y a la economía familiar y nacional, los datos estadísticos sobre la lactancia materna demuestran que ha ido disminuyendo a través del tiempo y lo seguirá haciendo si no se hace un cambio tanto en la conciencia social sobre su importancia, así como las políticas públicas necesarias para que las madres trabajadoras puedan amamantar, que los profesionales de salud estén mejor capacitados en el tema y que dejen de publicitarse los alimentos dirigidos a los menores de dos años.

Estas cuestiones permean en las localidades de estudio ya que están expuestas a los medios de comunicación, a las recomendaciones médicas y cada vez más mujeres trabajan fuera de casa. No obstante, la alimentación complementaria parecer ir adquiriendo mejores prácticas de alimentación.

Si se toma en cuenta que la alimentación de los menores de dos años tiene repercusiones en su propia salud y educación en la vida adulta, así como en la productividad y la economía familiar, se puede entender también que tiene influencia en el desarrollo rural de las localidades, por lo que resulta interesante observar, describir y analizar cómo son las prácticas de alimentación en los lactantes en las comunidades con distintos grados de marginación, a saber: marginación baja, media y alta.

Adicionalmente, resulta interesante porque típicamente las investigaciones sobre lactancia y alimentación complementaria se realizan en hospitales, con población urbana y con enfoque clínico, en menor medida se han hecho en el medio rural, con enfoque social y no se ha establecido previamente alguna relación con el desarrollo rural en sí misma. En estas localidades, no existen investigaciones previas en cuanto a salud y nutrición.

Los resultados de esta investigación pueden ser utilizados como un diagnóstico para reconocer las prácticas alimentarias tradicionales en lactantes, en menor

medida, pudiera también representar una evidencia para la necesidad que existe de impulsar un cambio en las políticas públicas, así como en el paradigma social de la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria como algo difícil, doloroso, pasado de moda o imposible por la cuestión laboral de las mujeres y la falta de apoyo de las parejas o familias. Cabe aclarar que el presente trabajo no tiene el alcance para influir en las políticas públicas, pero podría ser tomado en cuenta como evidencia en la necesidad de mejorar dichas políticas.

1.2 Planteamiento del problema

La lactancia materna exclusiva en México y el mundo se encuentra disminuyendo año con año a pesar de los múltiples beneficios que se le han comprobado. Esto sucede por diversas razones, que incluyen tanto la desinformación como la necesidad de muchas mujeres de salir a trabajar cuando sus bebés aun son menores de 6 meses. De igual manera, la alimentación complementaria que debería iniciar a los 6 meses, muchas veces inicia antes o después por razones culturales o desinformación.

Las mujeres enfrentan un gran reto al convertirse en madres y muchas veces lo hacen sin el apoyo de la pareja o la familia (tanto social como económico), lo cual también puede influir en la alimentación de los niños (Pérez-Gil, Rueda & Díez, 1993). Pero también la calidad en la alimentación de las madres lactantes influye en la nutrición de los bebés (Monroy, López & Naves, 2013). Así mismo, se ha observado en estudios anteriores que las madres adolescentes son frecuentemente quienes no ofrecen pecho a sus bebés (Pino, 2013). Esto último es más frecuente en las cabeceras municipales, es decir, dos de las tres localidades a estudiar, ya que en la otra localidad de Texcaco, con alta marginación, es común que las mujeres se casen muy jóvenes y de cualquier manera recurren a la leche materna.

Dado que la lactancia materna representa importantes beneficios tanto en los niños como en las madres y la economía familiar, además disminuye el ausentismo laboral y se ha comprobado que previene enfermedades en la vida adulta; esto puede influir en el desarrollo de un grupo social. Por otro lado, son también las condiciones de vida del grupo social (si se encuentra o no en desarrollo o marginación) lo que puede influir en las prácticas de alimentación de los lactantes.

En las localidades a estudiar, se sabe que la prevalencia de lactancia materna aun es elevada, pero en muchos de los casos no se lleva a cabo adecuadamente; al igual que la alimentación complementaria, pues aun cuando hay información disponible al respecto, siguen existiendo muchas costumbres que difieren con las recomendaciones médicas y nutricias (si es que hay atención médica y nutricia).

Estas costumbres pueden estar dadas también por la condición de disponibilidad o no a los alimentos, la disponibilidad de agua, el acceso a los servicios de salud, etc. Por estas razones, se plantearon las siguientes preguntas:

- ¿Cómo es la cultura alimentaria en los lactantes y sus madres en las localidades de Tianguistengo, Xochicoatlán y Texcaco?
- ¿Qué significado social y cultural se les da a dichas prácticas tradicionales?
- ¿Cómo influyen los factores sociales, económicos y culturales en las prácticas de alimentación?
- ¿Cómo es la cultura alimentaria en distintos grados de marginación (baja, media y alta)?

Por lo tanto, la pregunta general de investigación es la siguiente:

¿Cómo es la cultura alimentaria en lactantes y sus madres en comunidades con distintos contextos socioeconómicos y culturales en Xochicoatlán y Tianguistengo, Hidalgo y por qué se da de esa manera?

1.3 Objetivo general

Analizar la cultura alimentaria en lactantes de tres comunidades con diferentes grados de marginación en Xochicoatlán y Tianguistengo, Hidalgo para identificar, comprender y rescatar sus saberes tradicionales relacionados a las prácticas alimentarias en los lactantes y sus madres.

1.3.1 Objetivos específicos

- Describir la cultura alimentaria en torno a los lactantes en tres comunidades con diferentes contextos sociales, económicos y culturales en Xochicoatlán y Tianguistengo, Hidalgo.
- Analizar la cultura alimentaria en torno a los lactantes en tres comunidades con diferentes contextos sociales, económicos y culturales en Xochicoatlán y Tianguistengo, Hidalgo.
- Observar las diferencias entre con diferentes contextos en Xochicoatlán y Tianguistengo, Hidalgo.

1.4 Hipótesis de trabajo

La cultura alimentaria en lactantes, se expresan de manera diferencial de acuerdo al contexto social, cultural y al grado de marginación de las comunidades en Xochicoatlán y Tianguistengo, Hidalgo.

CAPÍTULO 2: REVISIÓN DE LITERATURA

2.1 Seguridad, Soberanía Alimentaria y Desarrollo Rural

La alimentación es un conjunto de procesos biológicos, psicológicos y sociológicos relacionados con la ingestión de alimentos mediante el cual el organismo obtiene del medio los nutrimentos que necesita, así como las satisfacciones intelectuales, emocionales, estéticas y socioculturales que son indispensables para la vida humana plena (NOM-043 Criterios para brindar orientación, 2006).

El concepto de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN) surgió hace más de 50 años para intentar terminar con el hambre y la pobreza y se refiere a “tener en todo momento acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias en cuanto a los alimentos a fin de llevar una vida activa y sana.” (Cumbre Mundial sobre Alimentación, 1996, citada por FAO en 2006) tiene importante relación con la nutrición y la alimentación de las personas.

La SAN se basa en cuatro pilares que son: Disponibilidad de alimentos, acceso a los alimentos, su utilización y estabilidad. La disponibilidad se refiere a la necesidad de todas las personas por tener alimentos suficientes, inocuos y nutritivos para su subsistencia, para lo cual, la producción de alimentos es algo muy importante que se puede mejorar, desde la semilla y la producción, hasta su forma de preparación y consumo.

El pilar de estabilidad hace referencia a la estabilidad en la oferta de alimentos, pues deben estar al alcance en todo momento, ya sean frescos o almacenados. Existen situaciones que ponen en riesgo la estabilidad como lo son sequías, inundaciones, conflictos, así como pérdida de ingresos o enfermedades para poder producirlos con suficiencia.

El pilar de utilización y consumo de los alimentos, de acuerdo a la FAO se refiere a la “utilización biológica de los alimentos a través de una alimentación adecuada, agua potable, sanidad y atención médica, para lograr un estado de bienestar nutricional en el que se satisfagan todas las necesidades fisiológicas.” (Informe de políticas FAO 2006).

Pero se entiende también en cómo la población consume y elige los alimentos según su economía pero también desde sus costumbres y conocimientos, es decir, la preparación culinaria de los alimentos, lo cual está muy relacionado con las formas de organización social, el acceso, la temporada y si se trata de alguna festividad como la temporada de cuaresma, el día de muertos, navidad, o algún cumpleaños o fiesta patronal.

Para Delgado & Delgado (2014), el acceso a los alimentos puede ser enfocado de dos maneras: acceso económico, se refiere a que las familias puedan adquirir alimentos para una dieta adecuada y además satisfacer otras necesidades básicas; así como el acceso físico, que implica que los alimentos estén disponibles para todos en el lugar, grupo de edad, género o estado fisiológico en el que se encuentre una persona.

Para las personas indígenas y campesinas el acceso puede estar dado mediante la autoproducción para el autoconsumo, que es parte de la economía de subsistencia y la compra de productos gracias a ingresos monetarios, pero también mediante el trueque y otros mecanismos sociales de cooperación y reciprocidad (Delgado, 2014).

El concepto de SAN surgió para tratar de solucionar los problemas de hambre y pobreza en el mundo, pero hubo críticas al concepto por ser una visión parcial, ya que no tomaba en cuenta la autonomía en el uso de los conocimientos y tecnologías por los indígenas, campesinos y agricultores, como aspectos fundamentales.

Cuellar *et al* (2013) citados por Delgado (2014) mencionaban algo que aun sigue vigente: “hoy en día, más de mil millones de personas en el planeta no tienen suficiente comida para comer. Alrededor del 80% de estas personas son los productores de alimentos que viven en el campo. Esta situación intolerable no se debe a la falta de alimentos o de tecnología. Es debido a las políticas de los gobiernos que deliberadamente reemplazan la agricultura indígena campesina por un modelo industrial impulsado por las necesidades de las empresas multinacionales de la alimentación”.

La soberanía alimentaria es un concepto impulsado en la Cumbre Mundial sobre la Alimentación de la FAO en Roma (1996) es “el derecho de cada pueblo a definir sus propias políticas agropecuarias en materia de alimentación, proteger y a reglamentar la producción agropecuaria nacional y el mercado doméstico a fin de alcanzar las metas del desarrollo sustentable, a decidir en qué medidas quieren ser autodependientes y a impedir que sus mercados sean inundados por productos excedentarios de otros países que los vuelcan al mercado internacional mediante la práctica del dumping”(citado por Delgado, 2014).

Para este caso, el término dumping se refiere a la discriminación de precios como una práctica desleal donde una empresa establece un precio inferior para los bienes exportados que para los costos de producción que tiene la empresa desde el país a donde se importan estos bienes sacando de competencia a la empresa local. Es decir, si en México se importa maíz, se venderá más barato que el maíz mexicano, por lo que la gente va a preferir comprar el maíz importado y por ello quien sale perdiendo es la empresa local, que no puede bajar más sus precios ya que los costos de producción son más altos.

La Vía Campesina, un movimiento internacional de campesinos, pequeños y medianos productores iniciaron con este concepto de soberanía alimentaria como el derecho de los pueblos a definir sus políticas agropecuarias y producir alimentos a escala local, con alimentos de buena calidad y culturalmente

apropiados, con precios competitivos, regulando la producción del mercado interno para evitar los excedentes y aboliendo cualquier ayuda a la exportación.

La seguridad y soberanía alimentaria se encuentra basada en el acceso y uso de la tierra para la producción de alimentos, lo cual debe hacerse con responsabilidad social y ambiental para que éste sea sostenible. Aun en los países ricos donde hay un abastecimiento abundante de alimentos, éstos se producen mediante sistemas y técnicas productivas que generan graves crisis sanitarias y, por lo tanto, no son sostenibles.

En palabras de Fernando Huanacuni (2013), defensor de los pueblos originarios de Latinoamérica, “un alimento digno es alimento natural y sano, producto de frutos no producidos para el mercado, sino para la vida” (En Delgado, Rist, Jacobi & Delgado, 2016). Lo cual alude a la forma de producción campesina, donde se produce principalmente de temporal para el consumo y la supervivencia familiar (valor de uso) y no solo para la venta ni para la acumulación (valor de cambio).

La propuesta de la Vía Campesina resulta interesante ya que la producción de alimentos de calidad y con respeto hacia todos los seres vivos, podría ser la forma de producción no solo para la alimentación familiar sino para la alimentación del país, lo que a su vez podría ser posible si se dejara de ver a los campesinos y pequeños productores como “pobres” que hay que asistir con programas paliativos y se les tomara en cuenta como lo que son, productores de alimentos sanos que pueden alimentar al país.

Sin embargo, no se puede tener una soberanía alimentaria con el sistema de producción convencional porque provoca el desalojo de los pequeños productores de su único patrimonio, las semillas se vuelven mercancías en manos de las empresas relacionadas con agroquímicos y transgénicos que ponen en riesgo la biodiversidad y con repercusiones a la salud aun impredecibles (Delgado, 2014).

De esta manera, si se logra una alimentación sana, inocua y adecuada tanto biológica como social y culturalmente, desde los inicios de la vida en su momento más importante para la salud futura (los primeros mil días de vida) se podría aspirar a tener una seguridad alimentaria en las familias rurales y viéndolo a una escala mayor, contribuir al logro de la soberanía alimentaria; es una necesidad básica y un derecho humano indispensables para el buen vivir.

Para ello, es necesario asegurar la alimentación de las madres durante el embarazo y lactancia, además de condiciones saludables y amigables culturalmente con las madres durante el parto y postparto como el uso de infusiones, caldos, alimentos “calientes”, herbolaria y otras prácticas que parten de conocimientos tradicionales (Pérez-Gil et al., 2007, p.59); para los lactantes, ofrecer una nutrición adecuada desde el vientre materno, lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y alimentos sanos, inocuos, de temporada y producidos localmente para su consumo durante la alimentación complementaria; así mismo, éstos deben ser suficientes y estables a lo largo del tiempo.

Así mismo, si los alimentos tradicionales producidos localmente se consumen en cantidad suficiente, pueden resultar en una alimentación sana (Bertrán, 2006, p.174): completa, inocua, suficiente, equilibrada, variada, accesible y adecuada nutricional, cultural, espiritual, económica, ambiental y socialmente, por lo que contribuyen a la seguridad alimentaria familiar y local y en mayor escala a la soberanía alimentaria de la región y el país.

2.2 Características físico-ambientales, sociales, demográficas y económicas de los municipios y localidades de estudio

2.2.1 Municipio de Xochicoatlán

El nombre del municipio deriva de las raíces Nahoas “Xochitl” flor y “cuauhtl” árbol: “Lugar de árboles que florecen”. El municipio de Xochicoatlán fue fundado por tribus Nahoas desde el año 608 A.C., (aunque también existen datos arqueológicos de pueblos en la sierra alta desde el año 1500 A.C.) posteriormente fue evangelizado por los frailes agustinos a partir de 1538 (Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal INAFED, 2015a).

Se encuentra ubicado al noreste del estado, su clima templado y húmedo; colinda con los municipios de: Calnali y Lolotla al norte, Tianguistengo y Metztitlán al sur, al oeste con Molango y Lolotla y al este con Tianguistengo. La mayor parte de su territorio es orografía escarpada, mesetas, acantilados, cerros y ríos. El principal ecosistema es el bosque mesófilo de montaña y bosque de pino-encino, en menor medida (INAFED, 2015a).

Aproximadamente el 72% de la población del municipio es de origen indígena, sin embargo, ha sufrido ya un proceso de transculturación por lo que se ha perdido gran parte de la cultura, la vestimenta original y tradiciones primordialmente agrícolas (INEGI, 2010).

No obstante, en la cabecera municipal las principales fiestas son las de San Nicolás de Tolentino, patrono del municipio que se celebra el 10 de septiembre; la semana santa o semana mayor donde también se lleva a cabo un torneo internacional de básquetbol donde la cabecera municipal recibe a muchos visitantes, así como el 22 de octubre es la fiesta por la erección de municipio. (INAFED, 2015a).

Xochicoatlán cuenta con 33 localidades, siendo las más importantes la cabecera municipal (Xochicoatlán) y Texcaco que es un ejido con 1,254 y 1,192 habitantes, respectivamente (INEGI, 2010).

En Texcaco, la fiesta patronal se celebra el 7 de diciembre en honor a San Ambrosio y al igual que en las demás localidades, también son importantes las festividades de todos santos y navidad, para lo cual es importante aclarar que el 93% de la población es católica (INEGI, 2010; INAFED, 2015a). Además, esta localidad cuenta con algunas bandas de viento y danzas originarias que acostumbran a tocar o danzar en las fiestas patronales de su localidad y de otras localidades cercanas (INAFED, 2015a).

A escala municipal, el 77% de la población se encuentra en situación de pobreza y 37.7 de ellos, en pobreza extrema; el 97.7% sufre de alguna carencia social y 77% sufre de al menos tres carencias sociales (ya sea educación, salud, vivienda, seguridad social o alimentación). La más frecuente de las carencias es la falta de seguridad social con 85.3%, seguida de servicios de salud con 76.4%, le sigue servicios básicos de vivienda 72.3, continúa rezago educativo, acceso a la alimentación y calidad y espacios de vivienda con 35.2, 34.5 y 33.3 respectivamente.

De la misma forma, un poco menos de la mitad de la población (45.2%) tiene un ingreso inferior a la línea de bienestar mínimo (menor a la canasta básica alimentaria) y un 77.8% tiene un ingreso inferior a la línea de bienestar, es decir, menor a la canasta básica alimentaria y no alimentaria. Si estas cifras se comparan con las nacionales, se observa que se encuentran por encima de la media nacional.

Para el Consejo Nacional de Población (CONAPO) este municipio cuenta con localidades en alta marginación y muy alta marginación; mientras que en la cabecera municipal hay baja marginación.

2.2.2 Municipio de Tianguistengo

De acuerdo a la información disponible por el INAFED (2015b), el municipio de Tianguistengo, que en náhuatl significa “A orilla del mercado”, fue erigido en 1826 pero no se reconoce como municipio libre hasta 1920, anteriormente, estuvo subordinado a los municipios de Molango de Escamilla y Zacualtipán de Ángeles. Evangelizado por los agustinos, fue escenario de batallas durante la guerra de independencia, y también durante la revolución.

Tianguistengo se encuentra ubicado en el noreste del estado, colinda con los siguientes municipios: al norte con Calnali, al sur con Zacualtipán, al oeste con Xochicoatlán y al este con el estado de Veracruz. El terreno es abrupto, con cerros y cañadas, 95% de su superficie son lomas e inclinados, así mismo cuenta con tres ríos principales: Hueyotlapa, Chapula y Tlacolula y arroyos que mantienen una vegetación verde (INAFED, 2015b; INEGI, 1992).

El clima es semicálido-húmedo en las comunidades más bajas y templado-húmedo en las partes altas, con nublados gran parte del año. Cuenta con gran variedad de flora y fauna, el principal uso del suelo es de agostadero, forestal y agrícola. En la cabecera municipal, todos son pequeños propietarios y en el resto del municipio, la tenencia de la tierra es tanto pequeña propiedad, como ejidal y superficie comunal. Entre sus principales actividades se encuentra la agricultura y ganadería, pero también artesanía, música, albañilería y comercio. La lengua nativa es náhuatl, aunque actualmente solo el 30.8% de la población lo hablan en todo el municipio (INAFED, 2015b).

En cada una de estas fiestas aun conservan muchas tradiciones relacionadas con la alimentación, la bendición de semillas para la buena cosecha, el arco de Xantolo y el intercambio de alimentos después de levantar los altares, entre muchos otros actos significativos. No puede faltar la música, pues este municipio cuenta con gran cantidad de músicos y bandas de viento. (INAFED, 2015b).

Las fiestas más importantes durante el año son: día de la candelaria, el carnaval, fiesta del patrono “Santa Ana”, todos santos mejor conocido como “Xantolo”, también es popular la fiesta de Santa Cecilia en noviembre, 12 de diciembre y navidad (INAFED, 2015b).

La gastronomía serrana se encuentra entremezclada con la gastronomía huasteca, por su cercanía y clima parecido; uno de los platillos más representativos es el zacahuil, un tamal de un metro de largo envuelto en hojas de plátano o papatla, relleno de carne de pollo, puerco o pavo; otros platillos tradicionales son el mole de res, enchiladas, pan y bebidas como el vino de frutas, aguardiente y café de la región (INAFED, 2015b).

Tianguistengo cuenta con 68 localidades, siendo la cabecera municipal la más importante con 1,624 habitantes. (INEGI, 2010). De acuerdo a las cifras del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), el porcentaje de población en situación de pobreza en Tianguistengo, Hidalgo es de 81.9% (34.6% de ellos con pobreza extrema), el 96.7% sufre de alguna carencia social y 59% sufre de al menos tres carencias sociales (ya sea educación, salud, vivienda, seguridad social o alimentación).

La más frecuente de las carencias es la falta de servicios básicos de vivienda con 81.6%, seguida de seguridad social con 65.6%, le sigue rezago educativo y servicios de salud con 39.8 y 39.4 respectivamente; el acceso a la alimentación es la siguiente con 35.9% y finalmente la calidad y los espacios de vivienda con 21.2% de personas con dicha carencia.

Aunado a ello, un poco más de la mitad de la población (53.8%) tiene un ingreso inferior a la línea de bienestar mínimo (menor a la canasta básica alimentaria) y un 82.8% tiene un ingreso inferior a la línea de bienestar, es decir, menor a la canasta básica alimentaria y no alimentaria.

De acuerdo a la información de la Agencia de Desarrollo Rural del Proyecto Estratégico de Seguridad Alimentaria (PESA), para ambos municipios, las

actividades económicas principales son: producción de maíz, frijol, café, piloncillo mediante la transformación de la caña, crianza de aves de traspatio para la producción de carne y huevo, crianza de puercos, así como de ganado vacuno. La mayoría de estas actividades son para autoconsumo (a excepción de la ganadería, que es en su mayoría para la venta). Cuando hay excedentes, se destinan a la venta o intercambio entre vecinos.

En promedio, se ha encontrado que los ingresos familiares son de alrededor de 1,900 pesos mensuales, de los cuales: 40% se obtienen de apoyos gubernamentales (Principalmente de Prospera y en menor medida de Procampo, 70 y más y Progan), 39% de jornales, 8% de la venta de productos agrícolas y/o pecuarios y 7% de la ganadería. Estos ingresos son destinados a: 60% alimentación, 25% educación, 9% para cubrir gastos de luz, agua, cuotas patronales y tiempo aire para el celular; 6% para vestido, vivienda y salud.

La mayoría de las localidades tienen presencia de instituciones de carácter social y gubernamentales o del Ayuntamiento como son Secretaría de Salud, SAGARPA, SEP, programas sociales como SEDESOL, CONAFE, PROSPERA, DICONSA y PESA. Muchos de estos programas no dan seguimiento a los recursos otorgados a los proyectos, ni capacitación o apoyo a la implementación, lo cual genera poca apropiación y verdadero aprovechamiento para la reproducción de las familias campesinas.

En cuanto a los aspectos alimentarios y en base a las encuestas realizadas en el 2015 por la Agencia del PESA en esta zona, la alimentación básica o “patrón alimentario”, es decir, los alimentos más frecuentemente consumidos por la población son: jitomate, chile y cebolla; huevo, frijol, sopa de pasta, maíz, aceite y azúcar.

Se ha encontrado que la cantidad de azúcar y aceite está en exceso y que mucho del azúcar consumido proviene de alimentos como refrescos y jugos. Se ha

observado que, en promedio, 3 de cada 10 personas tienen sobrepeso u obesidad y 2 de cada 10 presenta desnutrición.

Lo anterior representa un doble problema porque, aun cuando no se ha erradicado la desnutrición, ya existe también el problema de obesidad y en algunos casos, hay personas que no solo tienen obesidad, sino que al mismo tiempo presentan desnutrición, lo cual quiere decir que consume muchos alimentos ricos en energía -lo cual provoca el sobrepeso-, pero pobres en nutrientes esenciales – lo que provoca la desnutrición- (ENSANUT, 2012b).

En la mayoría de los casos, la suficiencia alimentaria no se encuentra al 100%, más de la mitad de las familias (60%) presenta insuficiencia alimentaria crítica, 27% suficiencia deficiente y solo el 13% es aceptable. El consumo de frutas y verduras no es suficiente en la mayor parte de año y no es muy variado debido a la falta de acceso; el tipo de proteína consumida más frecuentemente es el huevo ya que muchas personas tienen gallineros de traspatio.

2.2.3 Localidad de Xochicoatlán

En el 2010 contaba con una población total de 1254 habitantes, (601 hombres y 653 mujeres). El 32% de la población económicamente activa son mujeres, la escolaridad promedio de las mujeres es de 8 años. El 0,8% de la población habla náhuatl (10 personas), el 93% de su población es católica y tiene un índice de media marginación (CONAPO, 2010; INEGI, 2010).

Hay muchos maestros(as) en esta localidad, la mayoría trabajan en escuelas de localidades cercanas. Cuenta con un centro de salud y también hay un consultorio médico privado. Actualmente tiene 23 niños y niñas menores de dos años (en julio de 2017, según la información del centro de salud). El Hospital Rural IMSS de Zacualtipán, que es el más cercano y donde acude la mayoría de las mujeres al dar a luz, se encuentra a una hora aproximadamente.

2.2.4 Localidad de Texcaco

Es una localidad del municipio de Xochicoatlán, ubicada a una hora de distancia de la cabecera municipal. En el 2010 contaba con una población total de 1192 habitantes (597 hombres y 595 mujeres). El 6% de la población económicamente activa son mujeres, la escolaridad femenina promedio es de 5 años. El 1.4% de la población habla náhuatl (15 personas), el 93% de su población es católica y tiene un índice de alta marginación (CONAPO, 2010; INEGI, 2010).

La localidad cuenta con un centro de salud, actualmente a cargo de un enfermero y hasta julio de 2017 había 35 niños y niñas menores de dos años. Se encuentra aproximadamente a dos horas del Hospital Rural IMSS de Zacualtipán.

2.2.5 Localidad de Tianguistengo

Se encuentra ubicada al noreste del estado de Hidalgo. En el 2010 contaba con una población total de 1624 habitantes, de los cuales 742 eran hombres y 882 mujeres, así mismo, había 88 niños y niñas menores de dos años. El 38.8% de la población económicamente activa son mujeres, la escolaridad femenina promedio es de 9 años. El 4.6% de la población habla náhuatl, el 94% de su población es católica y tiene un índice de baja marginación (CONAPO, 2010; INEGI, 2010).

En la cabecera municipal hay una escuela norma superior, por lo que también hay muchos maestros. Cuenta con un centro de salud y se ubica a 30 minutos, aproximadamente, del Hospital Rural del IMSS Zacualtipán. En julio de 2017 había 46 niños y niñas menores de dos años.

2.3 Regionalización del Estado de Hidalgo

Existen diferentes regionalizaciones, una de ellas –probablemente la más conocida- es de acuerdo al INAFED (2015c), el Gobierno del estado de Hidalgo (2016) y Enrique Rivas (1997) en la cual se divide al estado en diez regiones geoculturales:

El Valle del Mezquital, conocido como el granero de Hidalgo; la Cuenca de México, compartida con la Ciudad de México y el Estado de México; la Altiplanicie Pulquera, la Comarca Minera, el Valle de Tulancingo, la Sierra de Tenango, una región de montañas bajas; la Sierra Gorda, que es un ramal de la Sierra Madre Oriental; la región Huasteca, con una altitud no mayor a los 800 msnm; la Sierra Baja, con llanuras y barrancas y finalmente, la Región Sierra Alta, que a decir de Rivas, “de Alta solo tiene la apariencia cuando la vemos desde abajo, pero resulta de mediana altura si se compara con otras montañas de Hidalgo”.

Los municipios en los que se llevará a cabo la investigación (Tlanguistengo y Xochicoatlán) se encuentran, de acuerdo a esta regionalización, en la Región Sierra Alta que se encuentra a su vez, en la Sierra Madre Oriental. El clima es templado-subhúmedo y en palabras de Rivas (1997) “neblinoso, porque tres cuartas partes de año y a casi cualquier hora del día la Sierra alta se oculta tras un montón de nubes”.

Citando a Carmen Lorenzo Monterrubio (2001), arqueóloga egresada de la ENAH, “la Sierra Alta Hidalguense fue un poderoso señorío durante la época prehispánica que atrajo la codicia de los primeros españoles llegados a la región durante el Virreynato. La región se caracteriza por su interesante pasado, por la abundancia de su patrimonio cultural y sus manifestaciones artesanales y populares”.

Otra regionalización es la fisiográfica, que para los municipios de Xochicoatlán y Tlanguistengo, situados al noreste del estado, corresponde la subprovincia del Carso Huasteco que, a su vez, pertenece a la provincia geológica y fisiográfica de la Sierra Madre Oriental, la cual se originó a finales de la era Mesozoica y principios de la Cenozoica, abarca la mitad del estado y es la región más accidentada topográficamente. Limita al norte con las subprovincias Sierras y Llanuras Occidentales y Gran Sierra Plegada (INEGI, 1992).

El Carso Huasteco abarca desde Ciudad Valles, San Luis Potosí hasta Tezihuatlán, Puebla. Sus cumbres más elevadas se localizan al norte de Zimapan, Hidalgo y exceden los 2 mil metros de altura. Es una de las regiones cársticas más grandes del país, donde dominan rocas calizas, que al ser disueltas por el agua originan rasgos de carso -pozos, dolinas y grutas- (Monterroso, 2009).

En el Carso Huasteco Hidalguense, dominan las sierras, sus áreas más bajas se localizan en el norte y noreste. En Hidalgo, la Sierra Madre es surcada por los profundos cañones de los ríos Moctezuma y Amajac. En esta compleja región de sierras se dan las condiciones propias para el crecimiento del Bosque Mesófilo de Montaña, ya que las elevaciones sirven como barrera a los vientos dominantes provenientes del Golfo de México, obligándolos a subir y condensarse, propiciando la característica niebla que identifica a los Bosques Mesófilos.

2.4 Bases metodológicas

Existen varias investigaciones, sobre todo de tipo social y en países de Latinoamérica, que han tomado en cuenta las representaciones sociales y su influencia en la lactancia. Para fines de la presente investigación, se hace referencia dos artículos de la Dra. Sara Elena Pérez-Gil Romo y colaboradores que realizaron en 1993 y en 2007 referente a la LM y cuidado de los hijos.

En 1993 se publicó “Lactancia y cuidado de los hijos en dos grupos de mujeres”, uno de 35 mujeres en Malinalco, Estado de México y otro de 35 mujeres en la Sierra Juárez de Oaxaca; ambos grupos con dos o más hijos, uno de ellos menor de tres años. Se aplicó un cuestionario con preguntas precodificadas que concluyó las siguientes variables: a) composición familiar, b) escolaridad materna, c) situación laboral materna d) conducta de lactancia con su último hijo e) cuidado de los hijos y f) percepción acerca del amamantamiento.

Se encontró que casi todas las madres deciden la alimentación de los hijos durante los primeros días; el primer mes, el 55% de las madres de Malinalco proporcionan leche materna, en Oaxaca el 90% de las mujeres lo hace. La mayoría de las mujeres trabaja fuera de casa. No se encontró relación entre tipo de lactancia practicado con el último hijo y el trabajo materno. Alrededor del 90% de las madres estaban “contentas” con el hecho de ser mujeres y el amamantamiento es visto como un “deber”.

Concluyen en que en ambas zonas hay un descenso en el amamantamiento después de los tres meses, las mujeres y familiares femeninos más cercanos, son las principales responsables de la toma de decisiones sobre la alimentación de los niños; las mujeres-madres sienten una gran responsabilidad por el hecho de ser mujeres y madres, y la lactancia se convierte en una “obligación”. Cuatro mujeres que no amamantaron dijeron “sentir culpa”. Finalmente, se plantea la necesidad de realizar investigaciones antropológicas mediante historias de vida.

El más reciente, fue realizado en Huatecalco, Morelos, cuyas herramientas de investigación fueron la observación, entrevistas a profundidad y datos derivados de cuestionarios de alimentación. Pérez-Gil, Vega & Romero (2007) entrevistaron a 37 mujeres –de 1303 mujeres de la localidad- con un cuestionario de 16 preguntas abiertas sobre las prácticas de alimentación de las mujeres, costumbres y creencias, así como un apartado sobre aspectos socioeconómicos y demográficos.

De las 37 mujeres, seleccionó a 6 madres para ser entrevistadas a profundidad, esta entrevista estuvo conformada por los mismos temas del cuestionario, además de un registro de ingesta de alimentos de 24 horas, las entrevistas se realizaron con grabadora alrededor de cinco veces. Fueron visitadas en su domicilio, previo consentimiento verbal; se explicó detalladamente en qué consistían las entrevistas y las visitas subsecuentes, las cuales se realizaron en los días y horas establecidas por las entrevistadas.

Además de las entrevistas, se compartió con las mujeres eventos sociales como celebraciones de cumpleaños, bodas y presentaciones a la Iglesia, actividades que fueron centrales para la comprensión de varias de las prácticas alimentarias. El análisis fue de tipo cualitativo (interpretativo), es decir, se buscó comprender, más que explicar las prácticas alimentarias.

Pino (2013) realizó un estudio, que se toma como base para el presente, sobre los factores que influyen en la duración de la lactancia materna y lo hicieron tomando en cuenta los factores de la escolaridad, el estado civil, la edad, el número de hijos y la ocupación.

2.4.1 Términos de Referencia

Saberes locales

Pueden derivar de un conocimiento que, basado en lo ancestral, ha sido innovado al contexto social, ambiental y productivo actual; también es aquel que ha sido adaptado o innovado de otros contextos culturales o biofísicos (Delgado, 2016).

Marginación

La marginación es un “fenómeno multidimensional y estructural originado, en última instancia, por el modelo de producción económica expresado en la desigual distribución del progreso, en la estructura productiva y en la exclusión de diversos grupos sociales, tanto del proceso como de los grupos del desarrollo” (Consejo Nacional de Población, CONAPO, 2010).

El índice absoluto de marginación fue creado con el objetivo de tener un instrumento que pudiera ser comparable en el tiempo, se basa en indicadores socioeconómicos que tienen como fuente de información el censo general de población del 2010. Las variables censales que se toman en cuenta son:

- Educación: Alfabetismo, nivel educativo.
- Vivienda: Tipo de vivienda, drenaje, escusado, energía eléctrica, agua, dormitorio, material en pisos.
- Localidad: Tamaño de la localidad.
- Empleo: Población ocupada, ingresos por trabajo. (CONEVAL 2010)

Representaciones sociales de la alimentación

Corresponden a un acto del pensamiento en el cual el sujeto se relaciona con los alimentos, mediante mecanismos diversos por los cuales el alimento es concebido simbólicamente, interpretado de acuerdo a los valores, necesidades, religión, roles sociales y otros aspectos socioculturales (Moscovici, 1985).

Lactancia materna exclusiva

Significa que el lactante recibe solamente leche de su madre, directamente de su pecho o extraída. No recibe ningún otro alimento o bebida, ni agua, ni jugos, ni infusiones. Puede recibir medicamentos y/o vitaminas.

Lactancia predominante

Significa que el bebé es amamantado, pero también recibe pequeñas cantidades de agua o bebidas a base de agua como infusiones.

Lactancia parcial

Significa que el bebé es amamantado algunas veces y otras ingiere otros alimentos, ya sea leche, cereales u otros.

Alimentación artificial

Significa que el bebé se alimenta con alimentos artificiales (sucedáneos de leche materna o fórmula) y no recibe nada de leche materna.

Alimentación complementaria adecuada y oportuna

Significa que el bebé ingiere otros alimentos apropiados, además de la leche materna, después de los 6 meses de edad.

Prácticas alimentarias

En la parte cuantitativa, las prácticas alimentarias se refieren a las elecciones de las mujeres hacen en cuanto al tipo de lactancia, el lugar, la cantidad, el horario, momento de destete, alimentos complementarios, orden en que se ofrecen, tiempo entre uno y otro, horarios, cantidades, lugar, técnica de preparación y momento de integración a la alimentación familiar.

Para fines de la etapa cualitativa y en concordancia con el trabajo de Pérez-Gil (2007), las prácticas alimentarias son la manera en que las mujeres perciben, sienten y piensan sobre las prácticas culinarias, rituales de intercambio, participación colectiva en la preparación y consumo de alimentos, así como la forma de organización simbólica que definen lo comestible y aquello que no lo es, que prescriben las posibilidades de combinación y ritmos de consumo.

Lactantes

La palabra lactante proviene del latín *lactans* que se define como el que mama o el que está en periodo de lactancia (Diccionario de la Real Academia Española, 2016). De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana 008 sobre el Control de la Nutrición, Crecimiento y Desarrollo del Niño y del Adolescente: los niños menores de un año son considerados lactantes menores y los lactantes mayores son aquellos de un año a un año 11 meses. Para fines de esta investigación, se considerarán lactantes a todos los menores de 24 meses.

2.4.2 Instrumentos de Investigación

Entrevista semiestructurada

Es una técnica de obtención de información con la cual se entrevistaron 56 madres de menores de dos años en tres localidades con grado de marginación bajo, medio y alto. Las entrevistas se grabaron para mantener en lo posible el contacto visual con las mujeres y no perder detalle de la entrevista. Los temas generales fueron:

- a) Prácticas de producción u obtención de alimentos
- b) Prácticas de lactancia
- c) Prácticas de alimentación complementaria
- d) Tradiciones y costumbres durante el embarazo, parto, postparto, lactancia y alimentación complementaria.

Cuestionario de alimentación

Se utiliza para hacer una evaluación dietética, es decir, conocer los hábitos de alimentación del paciente, estimar la cantidad y calidad de los alimentos. Para este estudio se realizará una evaluación de tipo cualitativa, que indique si la dieta es completa, variada, inocua y adecuada. Se utilizará una encuesta de dieta habitual (Pérez & Marvan, 2005).

2.4.3 Materiales

Se requirió un vehículo para acceder a la comunidad. Computadora, artículos de papelería y una grabadora de mano. Se buscó apoyo del ayuntamiento de Xochicoatlán, Hidalgo.

2.4.4 Métodos:

- a. Tipo de estudio: El estudio es descriptivo, analítico, transversal, retrospectivo, comparativo y mixto (cuanti y cualitativo)

- b. Población de estudio: Mujeres de tres localidades de Xochicoatlán y Tianguistengo, Hidalgo con niños menores de dos años.
- c. Tamaño de la muestra: 56 madres de los niños menores de 2 años (las cuales representan el 30% de la población total) en tres localidades de Xochicoatlán y Tianguistengo, Hidalgo.
- d. Tipo de muestreo: Muestreo accidental no probabilístico.
- e. Criterios de inclusión y exclusión: Se incluirán a todas las madres de niños menores de dos años que acepten participar en el estudio. Se excluirá a madres de niños mayores a dos años.
- f. Diseño del estudio: Se realizó previo consentimiento informado, entrevistas a mujeres de tres localidades y entrevistas a informantes clave (personal de salud y mujeres) en Xochicoatlán y Tianguistengo, Hidalgo.
- g. Procedimiento metodológico:
 - 1. Se realizó investigación documental en artículos científicos de bases de datos reconocidas con revistas indexadas, se revisó informaciones de instituciones internacionales como UNICEF y OMS para establecer un marco teórico acorde a la investigación
 - 2. Se estableció contacto con la autoridad municipal, representantes de salud y autoridades de la comunidad.
 - 3. Se realizaron dos entrevistas piloto en una comunidad distinta, a fin de probar el instrumento de entrevista.
 - 4. Se realizaron entrevistas semiestructuradas individuales en las tres localidades, para documentar los conocimientos y prácticas de las madres respecto a lactancia y alimentación complementaria.
 - 5. Se analizó la información obtenida y se redactaron los resultados en forma de artículo científico.

2.4.5 Consideraciones éticas:

Las mujeres fueron entrevistadas en su domicilio con el fin de que se sintieran cómodas. Al principio de cada entrevista, se les explicó en qué consistía el

estudio y que serviría como investigación de tesis. Se les pidió su consentimiento de manera verbal para hacer las entrevistas y para que éstas fueran grabadas.

2.5 Literatura citada

- Bertrán, M. (2006) "La alimentación indígena de México como rasgo de identidad". En Alonzo Padilla, A. L. y Peña, F. (comp.), *Cambio Social, Antropología y Salud*. (p. 165-175) México D.F.: CONACULTA-INAH, PROMEP.
- Consejo Nacional de Población CONAPO. (2010) Índice absoluto de marginación 2000-2010. Capítulo 1. Concepto y dimensiones de la marginación. Págs. 11-15.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social CONEVAL (2010). Medición de la Pobreza por Municipio. Tianguistengo, Hidalgo. Disponible en: <http://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Medici%C3%B3n/Informacion-por-Municipio.aspx> (Consultado en agosto 2016).
- Crowley I. (2015). La leche materna es el alimento perfecto: salva vidas. UNICEF. Disponible en: https://www.unicef.org/mexico/spanish/UNICEF_SuplementoAbril2015.pdf (Consultado en diciembre 2016).
- Delgado F, Delgado M. (2014) Vivir y comer bien en los andes bolivianos. Bolivia, Universidad Mayor de San Simón, Facultad de Ciencias Agrícolas Pecuarias y Forestales. Agroecología Universidad Cochabamba.
- Delgado F, Rist S, Jacobi J, Delgado M. (2016) Desde nuestras ciencias al diálogo intercientífico para la sustentabilidad alimentaria y el desarrollo sostenible. En Delgado F, Rist S. Ciencias, diálogo de saberes y transdisciplinariedad. Aportes teórico metodológicos para la sustentabilidad alimentaria y del desarrollo. (333-377). Bolivia, Universidad Mayor de San Simón, Facultad de Ciencias Agrícolas Pecuarias y Forestales. Agroecología Universidad Cochabamba.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT (2012a). Evidencia para la política pública en salud. Deterioro de la lactancia materna: dejar las fórmulas y apegarse a lo básico. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/DeterioroPracLactancia.pdf> (Consultado en agosto 2016).
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT (2012b). Estado de Nutrición, Anemia, Seguridad Alimentaria en la Población Mexicana. Instituto Nacional de Salud Pública.

- FAO (2006). Seguridad Alimentaria. Informe de políticas. Consultado en septiembre 2016. Disponible en: ftp://ftp.fao.org/es/ESA/policybriefs/pb_02_es.pdf (Consultado en octubre 2016)
- Gobierno del Estado Hidalgo. Regiones Naturales. Disponible en: http://www.hidalgo.gob.mx/page/regiones_naturales (Consultado en diciembre 2016).
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2010). Principales Resultados por Localidad (ITER). Disponible en: http://www.inegi.org.mx/sistemas/consulta_resultados/iter2010.aspx (Consultado en noviembre 2016).
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI (1992) Síntesis Geográfica de Hidalgo. México. Pág. 13-15,36.
- Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal. INAFED (2015a). Enciclopedia de los Municipios y Delegaciones de México. Estado de Hidalgo. Xochicoatlán. Disponible en: <http://www.inafed.gob.mx/work/enciclopedia/EMM13hidalgo/municipios/13079a.html> (Consultado en noviembre 2016).
- Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal. INAFED (2015b). Enciclopedia de los Municipios y Delegaciones de México. Estado de Hidalgo. Tianguistengo. Disponible en: <http://www.inafed.gob.mx/work/enciclopedia/EMM13hidalgo/municipios/13068a.html> (Consultado en noviembre 2016).
- Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal. INAFED (2015c). Enciclopedia de los Municipios y Delegaciones de México. Regionalización del Estado de Hidalgo. Disponible en: <http://www.inafed.gob.mx/work/enciclopedia/EMM13hidalgo/regionalizacion.html> (Consultada en noviembre 2016).
- Lorenzo C. (2001) Sierra Alta Hidalguense: monografía. Consejo Estatal para la Cultura y las Artes de Hidalgo.
- Monroy R, López M, Naves J. (2013) Prácticas de alimentación, nutrición y situación económica en hogares con niños prematuros en Guanajuato (México). Anales de Pediatría. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4158800> (Consultado el 2 de mayo del 2017)
- Monterroso A. (2009) El bosque mesófilo de montaña en el Estado de Hidalgo: Perspectiva ecológica frente al cambio climático. México. Universidad Autónoma Chapingo. Colegio de Posgraduados. Gobierno del Estado de Hidalgo.
- Moscovici S. (1985) Psicología Social. Barcelona. Paidós.

- Organización Mundial de la Salud (2016). Lactancia materna exclusiva. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/ (Consultado en septiembre 2016).
- Pérez-Gil S. Vega L., Romero G. (2007). Prácticas alimentarias de mujeres rurales: ¿Una nueva percepción del cuerpo? Salud Pública de México. 49 (1): 52-62. Disponible en: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=001783> (Consultado en octubre 2016).
- Pérez-Gil S., Rueda F., Díez S., (1993). Lactancia y cuidado de los hijos: Estudios de casos en dos zonas rurales de México. Revista Salud Pública de México. 35 (6) 692-699.
- Pérez A, Marvan L. (2005). Manual de dietas normales y terapéuticas. La Prensa Médica Mexicana. México, D.F. Pp. 70 y 71.
- Pino J., López M., Medel A., Ortega A. (2013). Factores que inciden en la lactancia materna exclusiva en una comunidad rural de Chile. *Revista Chilena de Nutrición*. 40 (1). Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchnut/v40n1/art08.pdf> (Consultado en septiembre 2016)
- Real Academia Española (2016). Lactante. Consultado en diciembre 2016. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=MIXKqZ8>
- Rivas E. (1997) Hidalgo, monografía estatal. 3ra edición. Secretaría de Educación Pública. Pp. 36-39.
- Secretaría de Salud (2006). Norma Oficial Mexicana. NOM-043-SSA2-2005, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. Disponible en: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/2_norma_oficial_mexicana_nom_043_SSA2_2005.pdf (Consultado en mayo 2017).
- UNICEF (2014). Lactancia materna y alimentación complementaria. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_breastfeeding.html (Consultado en mayo 2016).

CAPÍTULO 3. CULTURA ALIMENTARIA EN TORNO A LACTANTES DEL MEDIO RURAL: SABERES HEREDADOS Y APRENDIDOS

FOOD CULTURE AROUND LACTANTS OF THE RURAL ENVIRONMENT:
KNOWN INHERITED AND LEARNED

Gabriela Vásquez Ruiz¹, Artemio Cruz León^{1*}, Alba González Jácome¹, Joel
Cervantes Herrera², Rebeca Monroy Torres³

¹Dirección de Centros Regionales Universitarios. Universidad Autónoma
Chapingo. Carretera México-Texcoco Km 38.5, Texcoco, Estado de México. C.P.
56230 (etnoagronomia1@gmail.com)

²Centro Regional Universitario Centro Norte. Universidad Autónoma Chapingo.
Km 5.5 Carretera Zacatecas-Guadalajara, El Orito, Zacatecas, C.P. 98060

⁵Laboratorio de Nutrición Ambiental y Seguridad Alimentaria, Universidad de
Guanajuato. Blvd. Puente Milenio #1001, Fracción del Predio San Carlos C.P.
37670; León, Guanajuato, México.

3.1 Resumen

Objetivo: Establecer el marco teórico para el estudio de la cultura alimentaria en menores de dos años en el medio rural para el logro de un desarrollo físico y emocional plenos, salud a corto y largo plazo y seguridad alimentaria. Metodología: Investigación documental en revistas científicas y referencias a observación de campo. Resultados: En el medio rural, la cultura alimentaria se basa en saberes locales; practicados durante la producción, preparación y consumo de alimentos. Las decisiones las toman las mujeres principalmente (madres, abuelas e integrantes de la familia), utilizan saberes de herbolaria, pero también la información de medios de comunicación y personal de salud (que adaptan a su situación y experiencia). Conclusiones: La cultura alimentaria en el medio rural es ejercida por las mujeres, acorde o no a las recomendaciones para los menores de dos años, obedeciendo a las costumbres, así como a nuevos aprendizajes. En la toma de las decisiones alimentarias influyen también el personal de salud, los medios de comunicación y la accesibilidad a los alimentos; por lo que deben valorarse las prácticas culturales, respetar situaciones personales y no solamente las normas establecidas en atención en salud.

Palabras clave: Prácticas alimentarias, saberes locales, seguridad alimentaria.

3.2 Abstract

Objective: to establish the theoretical framework for the study of food culture in children under two years of age in rural areas for the achievement of full physical and emotional development, short and long-term health and food security. Methodology: Documentary research in scientific journals and references to a field observation. Results: In rural areas, the food culture is based on local knowledge; practiced during the production, preparation and consumption of food. The decisions are made mainly by women, they use herbal resources, but also information from the media and health personnel (which adapt to their situation and experience). Conclusions: The food culture in rural areas is exercised by women, according or not to the recommendations for children under two years, obeying the customs, as well as new learnings. Health personnel, the media and access to food are also influenced by food decisions; so they should value cultural practices, respect personal situations and not only the standards established in health care.

Keywords: food practices, local knowledge, food security

3.3 Introducción

La alimentación ha sido para la humanidad una necesidad básica alrededor de la cual se han organizado los grupos humanos desde hace miles de años (Childe, 1996, p.160). La forma en que los grupos sociales satisfacen su alimentación está dada por aspectos físicos: entorno natural, clima y tamaño de la población; y aspectos culturales y políticos: necesidades simbólicas y culturales, relaciones de poder, división del trabajo o tecnología disponible. (Delgado y Delgado, 2014, p.34). Desde una visión multidimensional y transdisciplinar de la alimentación, incluye también aspectos sociales, gastronómicos, espirituales, culturales, productivos y economía de mercado (Delgado y Delgado, 2014, p.37).

De acuerdo al Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2014), la alimentación durante los primeros mil días de vida, es fundamental para la salud a largo plazo, pues este periodo resulta crítico, ya que se asocia a un mayor riesgo de enfermedades no transmisibles, reducción de la capacidad cognitiva y la productividad económica (Black *et al*, 2013, p.427). Por ello la importancia de mantener una alimentación adecuada durante esta primera etapa que incluye el

embarazo, el periodo lactancia y la alimentación complementaria, esta última caracterizada por el consumo de alimentos distintos a la leche.

La lactancia materna cuenta con gran cantidad de beneficios sobre la supervivencia, salud, nutrición y desarrollo del niño, así como beneficios para la madre y la economía familiar y social (Black, 2013, p.427; Black, 2008, p.243). UNICEF (2014) estima que la lactancia materna salva más vidas que cualquier otra acción preventiva, pues tiene el potencial de evitar el 12% de las muertes entre los niños menores de 5 años. Los niños que reciben lactancia materna exclusiva tienen menos posibilidades de contraer diarrea y neumonía y 14 veces más probabilidad de sobrevivir que los niños que no reciben leche materna (Black, 2013, p.427; Black, 2008, p.243).

Por otro lado, la alimentación complementaria es la introducción de alimentos diferentes a la leche materna (o sucedáneos de ella) a la dieta del lactante, con el propósito de sustituir gradualmente la leche y complementar la alimentación con nutrientes y energía necesarios para el desarrollo del niño. Esto debe llevarse a cabo a la edad adecuada (seis meses, salvo en algunas ocasiones) ya que es cuando el bebé se encuentra fisiológicamente preparado para recibir el alimento. Por el contrario, si la alimentación complementaria inicia de forma tardía, se corre el riesgo de desnutrición ya que la leche materna ya no es suficiente para cubrir los requerimientos del niño (a) (UNICEF, 2014).

Existen diversos modos de llevar a cabo la alimentación desde el embarazo, los días posteriores al parto, la lactancia (especialmente si es lactancia materna) y alimentación complementaria y hay diversas situaciones que pueden dificultarla. (Pérez-Gil, Rueda y Díez, 1993, p. 697). En México, al igual que en el resto del mundo, la LM ha disminuido de 36.9% en 2006 a 18.5% en 2012 (ENSANUT, 2012, p.1). Aunque, según los últimos datos de la Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres en México (ENIM, 2015, p.9) el 30.8% de niños/as de 0 a 6 meses lactan exclusivamente (lo cual no quiere decir que todos lo hagan durante los 6 meses completos), 46% tuvieron lactancia continua hasta el año de edad y

24% hasta los dos años y la mediana en la duración de la lactancia materna es de 10.9 meses.

Sin embargo, sigue siendo insuficiente para lograr una alimentación adecuada para la población, pues una gran parte sigue recurriendo a las fórmulas comerciales con todas las desventajas que implica: el alto costo, el ya conocido mayor riesgo de enfermedades crónicas degenerativas en la vida adulta como obesidad, diabetes, hipercolesterolemia, hipertensión arterial y asma, así como leucemias infantiles y riesgo de muerte. Además de otros riesgos relacionados con el acceso al agua potable para la dilución de la fórmula, limpieza e higiene de los biberones (Victora, 2016, p.475).

Lo anterior impacta en la seguridad alimentaria y nutricional (SAN), que se logra cuando “todas las personas tienen en todo momento acceso físico, social y económico a alimentos en cantidad y calidad suficientes en términos de variedad, diversidad, contenido de nutrientes e inocuidad para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias en cuanto a los alimentos, a fin de llevar una vida activa y sana, y tienen un entorno sanitario y una salud, educación y cuidados adecuados”. La SAN abarca aspectos relacionados con la disponibilidad, acceso, el acceso, la utilización y la estabilidad, además también comprende las necesidades energéticas, proteínicas y nutrimentales de las personas “para sostener la vida, las actividades, los embarazos, el crecimiento y las capacidades a largo plazo” (Comité de Seguridad Alimentaria Mundial FAO, 2012, p.8).

Para poder comprender la complejidad de este problema, habría que contemplarlo no solo desde el aspecto biológico sino también cultural, entendida como una “herencia social”, aquello que se genera por vivir en una sociedad, en un lugar y momento determinados y que se pasa de generación en generación; “y qué más heredado que los productos con que nos alimentamos, sabores y gustos, las formas de cocinarlos y el complejo socioeconómico en el cual descansa la producción de los alimentos, el sistema de distribución, intercambio o comercialización de productos agrícolas o pecuarios y la red de relaciones

sociales que se va creando a partir de esta necesidad de tener sobre la mesa un platillo que a la vez nos nutra y nos satisfaga” (Camou, 2008, p.19).

Sin embargo, la cultura no solamente es aquello que se hereda, sino también lo que se aprende en el grupo, momento y lugar en el cual se interactúa (Contreras y Gracia, 2005, p.96). Sidney Mintz (2003, p.39) señala que la elección de los alimentos se hace de acuerdo a la ocasión, condición económica, edad, sexo, estado fisiológico, imagen corporal, prestigio, entre otros. Lo cual implica motivaciones externas (como la economía, disponibilidad de alimentos, organización familiar, exposición a medios de comunicación) e internas (como significado de los alimentos, sentimientos, gustos, entre otros).

Por lo anterior, resulta importante iniciar por conocer y comprender la cultura alimentaria tradicional mexicana relativa a los lactantes. El Consejo Internacional para la Ciencia (CIC), recomienda considerar “los sistemas tradicionales y locales de conocimiento, como expresiones dinámicas de la percepción y la comprensión del mundo, ya que pueden aportar, y lo han hecho en el curso de la historia, una valiosa contribución a la ciencia y la tecnología, siendo necesario preservar, proteger, investigar y promover ese patrimonio cultural y ese saber” (ICSU-UNESCO, Consideración 26, 1999).

Otro aspecto importante a tomar en cuenta son las prácticas de crianza y las representaciones sociales que tienen las madres y la sociedad en la que viven respecto a su papel como madres, en especial como “buenas madres” que cuidan, alimentan y se entregan completamente a sus hijos; ya que es en las madres en quienes recae la responsabilidad del cuidado de los hijos, especialmente en el periodo de lactancia en los primeros meses cuando depende completamente de la madre para su alimentación (Castilla, 2005, p. 189-190).

La maternidad, al igual que la lactancia, han sido fuertemente influenciadas por el discurso del personal de salud que genera un proceso de medicalización sustentando científicamente una sobrecarga de responsabilidad de la madre en

el cuidado de los recién nacidos, lo cual debería ser reconocido como algo muy valioso y, por el contrario, se les minimiza en esa gran carga de trabajo sin reconocimiento alguno (Van Esterik, 1989).

Las mujeres necesitan apoyo de su pareja, de otras mujeres, del sistema de salud, de leyes que protejan laboralmente su derecho a dar leche materna, que no las desinformen los medios de comunicación y la industria de alimentos infantiles, que no las hagan pensar que su propia leche es de menor calidad o que no son capaces de producir suficiente leche porque eso es atentar a sus derechos. No deberían ser forzadas a decidir entre su trabajo de madre y otros trabajos (Van Esterik, 1989)

3.4 Capítulo descriptivo y metodológico

El presente artículo tiene como objetivo establecer un marco teórico para el estudio y comprensión de la cultura alimentaria de lactantes del medio rural para el logro de la seguridad alimentaria, desarrollando conceptos que serán empleados para el analizar la cultura alimentaria en lactantes del Carso Huasteco Hidalguense. Como fin último, se busca revalorar y reforzar las prácticas más adecuadas y proponer nuevas acciones que contribuyan a la seguridad alimentaria y nutricional de las familias rurales, empezando por los lactantes.

El contenido se centra en la perspectiva de los saberes y conocimientos tradicionales de los pueblos rurales en materia alimentaria, que se han ido modificando y permeando de las ideas occidentales difundidas por los medios de comunicación y personal de salud, sin dejar de lado sus creencias tradicionales y saberes ancestrales. Con la amalgama resultante de esta combinación, siguen llevando a cabo la alimentación de los lactantes, lo cual incluye desde la producción del alimento, su elección, preparación culinaria y formas de consumo que responden a sus necesidades, cosmovisión, gustos y posibilidades económicas.

Se integran observaciones de campo en la subprovincia del Carso Huasteco Hidalguense y una revisión de literatura, de los aspectos teóricos, sobre saberes tradicionales, cultura alimentaria, alimentación en el medio rural y prácticas alimentarias en los menores de dos años y sus madres. Así mismo, se emplea revistas indexadas electrónicas concentradas en de bases de datos PubMed, Scielo y Redalyc publicadas del 2014 al 2017. Se integró información estadística y sociodemográfica del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), UNICEF y la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT). Las palabras clave fueron *breastfeeding*, *infant feeding practices*, *rural infants*, además de seleccionar artículos de revistas que cumplieran con la calidad metodológica como la revisión por pares, indizada. El análisis se enfocó en los siguientes temas:

- A) Cultura alimentaria en torno a lactes en el medio rural: Conocimientos ancestrales y saberes tradicionales; crianza y representaciones sociales de la maternidad y la alimentación
- B) Prácticas de alimentación en torno a lactantes del medio rural: Lactancia materna y alimentación complementaria
- C) Seguridad Alimentaria y Desarrollo Rural

3.5 Resultados y discusión

3.5.1 Cultura Alimentaria en torno a los lactantes en el medio rural

En los primeros dos años, la alimentación constituye una práctica importante ya que se conjugan posibilidades de aprendizaje, de intercambio social, construcción de autonomía, participación y creación de vínculos, cuando se practica lactancia materna o se come en familia en un ambiente agradable, se anima al niño o niña a comer con las manos, explorar texturas, colores, temperaturas y posteriormente animarle a tomar los cubiertos y así ir apropiando destrezas y habilidades clave en el desarrollo integral de los niños (Osses, 2014, p.72).

Conviene enfatizar en que el acto de comer no es solo para la satisfacción de una necesidad vital; qué comer, cuándo comer y con quién hacerlo son parte del sistema de significados dados muy particularmente por la cultura; representa un modo o un estilo que define no solo al alimento sino a la persona que lo consume. Así mismo, las formas de comer tienen múltiples significados sociales y psicológicos más allá de lo nutrimental, pues las elecciones de la comida no son arbitrarias, detrás de ellas está la satisfacción de las necesidades del cuerpo o de los deseos y gustos personales y de acuerdo al tipo de sociedad (Pérez Gil, 2009, p. 393-394).

De manera que, parte de los conocimientos alimentarios con los que cuentan las personas en el medio rural vienen de sus conocimientos ancestrales, de los saberes locales depositados en las personas mayores o con más experiencia y que les representan un significado y una identidad.

El conocimiento ancestral son aspectos generales y originarios tales como la cosmovisión, la caracterización del entorno natural y social; los saberes locales pueden derivar de un conocimiento que, basado en lo ancestral, ha sido innovado al contexto social, ambiental y productivo actual, también es aquel que ha sido adaptado o innovado de otros contextos culturales o biofísicos (Delgado, Rist, Jacobi y Delgado 2016, p.342).

De Sousa (2009, p.18) hace, por medio de las epistemologías del sur, un reclamo a valorizar los diferentes tipos de conocimientos, sean o no científicos, “a partir de las prácticas de las clases y grupos sociales que han sufrido sistemáticamente destrucción, opresión y discriminación”. Parte de un sur no geográfico sino metafórico, refiriéndose a los grupos oprimidos y marginados, aquellos a quienes no se les reconocen como válidos sus conocimientos y técnicas ancestrales (De Sousa, 2009, p.16).

A escala mundial, se han depositado las recomendaciones, posturas y pautas a instituciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la UNICEF; a

escala nacional, son las instituciones de salud mediante el personal de salud del sector público y privado, pero también las instituciones educativas y profesionales formados desde la perspectiva del conocimiento occidental.

En la escala local, sobre todo en las comunidades rurales, el conocimiento sobre la cultura alimentaria de los menores de dos años está dada principalmente por los conocimientos y saberes locales y las decisiones las toman las madres, abuelas y otras mujeres de la familia (Pérez-Gil et al.,1993, p.693) y sus decisiones alimentarias tienen un fundamento ancestral, aunque puede no ser siempre el más adecuado, tampoco es necesariamente “malo”.

Un ejemplo de ello es lo que ocurrió en la década de los ochenta cuando instituciones como el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y la Compañía Nacional de Subsistencias Populares (CONASUPO) introdujeron productos como la harina o atole de amaranto y la soya texturizada que algunas mujeres han incorporado a la dieta familiar en sustitución de alimentos tradicionales por considerar que la dieta tradicional era inadecuada para el desarrollo biológico y se advertía la presencia de desnutrición, hasta que finalmente se comprobó que la dieta tradicional es totalmente nutritiva, siempre y cuando sea consumida en cantidad suficiente (Bertrán, 2006, p.174).

También puede explicarse que, para los grupos indígenas y campesinos, los cambios alimentarios pueden deberse a que “las formas de comer son un elemento de identidad que a veces sirve para reafirmar la pertenencia a un grupo y a veces, al contrario, como una forma de dejar de ser indígena y buscar integrarse a la sociedad mayor. Así, integrarse a la sociedad es dejar de comer lo que tradicionalmente comían y empezar a consumir productos industrializados y ‘modernos’” (Bertrán, 2006 p. 165).

Lo anterior lo confirman Contreras y Gracia (2005) en Delgado (2016, p. 354) al afirmar: “Los comportamientos alimentarios marcan tanto las semejanzas como

las diferencias étnicas y sociales, clasifican y jerarquizan a las personas y a los grupos, expresan formas de concebir el mundo”.

3.5.2 Prácticas y cultura alimentaria en torno a lactantes del medio rural:

Lactancia materna y alimentación complementaria

La lactancia materna “es un proceso vital en el cual la madre proporciona un tejido vivo e increíblemente complejo que opera en un amplio espectro de interacciones, en respuesta a las demandas nutricionales, inmunológicas y emocionales específicas del recién nacido”. De acuerdo a la UNICEF (2014), en un sentido óptimo, inicia en la primera hora del nacimiento del bebé, se mantiene como lactancia materna exclusiva (LME) durante seis meses, -sin ningún otro alimento sólido, ni líquido- y posteriormente se continúa como lactancia materna continua hasta la edad de dos años o más, si así lo deciden la madre y su hijo.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT (2012, p.1) afirma que la LM en México ha disminuido, de 36.9% en 2006 a 18.5% en 2012. Las razones que dieron las madres que nunca dieron leche materna a sus hijos son: “no tuve leche”, “no me gustó”, el bebé era prematuro, pensaba que amamantar era demasiado inconveniente, el papá del bebé no quiso, quería conservar su figura, pensaba que la fórmula era mejor, pensaba que la leche materna es delgada, no se llena o la leche no sirve, por dieta o perder peso, porque en el hospital les dieron fórmula y ya no quiso leche materna o porque usaba anticonceptivos son un ejemplo de ello. Esta última causa obedece a falta de información o información inadecuada ya que sí se puede dar lactancia materna cuando se usan métodos anticonceptivos.

Rivera (2017) señala que algunas de las situaciones asociadas a la disminución de la lactancia materna exclusiva (LME) son la exposición a publicidad de fórmulas lácteas durante el embarazo y la alimentación de los recién nacidos con fórmulas lácteas; la falta de consejería sobre lactancia, pues señala que una de cada cinco mujeres en instituciones privadas no reciben dicha consejería; así

como los nacimientos por cesárea que también se asocian a la falta de inicio temprano de la lactancia.

UNICEF (2014), coincide en la presión social y comercial para desestibar la práctica de la lactancia materna (LM): acciones como dotar o recomendar leche de fórmula, ofrecer orientaciones médicas incorrectas y el trabajo fuera de casa, complica el logro en la adherencia exclusiva de la LM, Isabel Crowley (2015, p.2) señala que, en México, solo el 10% de las mujeres que trabajan fuera de casa proporcionan leche materna; por lo que debe establecerse una política pública con medidas legislativas que favorezcan la lactancia.

Otras razones fueron que el bebé o la madre estaban enfermos o tomando medicamentos, por un problema físico en el pezón o el labio del bebé, intolerancia del bebé a la leche materna, por tener que salir a trabajar y en menor proporción, alguien más lo amamantó (ENSANUT, 2012, p.1).

Si la madre trabaja fuera de casa, ese puede ser un impedimento para la LM ya que las licencias de maternidad duran entre uno y tres meses, otras mujeres que tienen empleos informales o sin prestaciones deciden esperar a que sus hijos estén más grandes (6 meses o un año) para volver al trabajo. En el caso de las mujeres que no trabajan fuera de casa, mucho depende del apoyo de la familia, pues son las madres, junto con el consejo de otras mujeres de la familia quienes principalmente toman las decisiones de la alimentación de los bebés (INEGI, 2010, p.1; Pérez-Gil, Vega y Romero, 2007, p. 693).

A partir de los 6 meses de edad, UNICEF (2014) recomienda que los lactantes consuman una dieta diversa y frecuente de alimentos complementarios ricos en nutrientes e higiénicamente preparados, además de la leche materna. En esta etapa, papel de los cuidadores en tareas de alimentación deben interactuar con el niño, responder a las señales de hambre y de saciedad, seleccionar los alimentos adecuados y prepararlos en condiciones de seguridad.

No obstante, a pesar de la suficiente evidencia y guías internacionales de alimentación complementaria (a partir de los seis meses) y de la alimentación de las mujeres durante los primeros seis meses posteriores al parto, las instituciones de salud nacionales no cuentan con una guía funcional que permita la toma de decisiones por parte de las madres sobre el orden de los alimentos que se pueden proporcionar de acuerdo a la edad, así como la forma de seleccionar los alimentos (Vásquez, Romero, Larrosa y Machado, 2012, pág. 27).

3.5.3 Observaciones en localidades del Carso Huasteco Hidalguense:

En el medio rural, al igual que en el urbano, son las mujeres las encargadas de la alimentación familiar, es una responsabilidad que cultural y tradicionalmente “les toca” al igual que la crianza de los hijos (Pérez-Gil et al, 1993, p. 697). En el Carso Huasteco Hidalguense no es la excepción, las madres son las encargadas de la alimentación de la familia, especialmente con los menores de dos años, pues biológicamente se asume que están para eso, esa es su función, por ello cuando tienen problemas los primeros días para que se establezca la producción de leche, pueden llegar a sentirse decepcionadas de ellas mismas. En la toma de decisiones participan las mujeres de la familia, aunque algunas mencionan tomar las decisiones en conjunto con su pareja.

Lo observado en la dieta habitual de las madres es que no es variada y las verduras normalmente solo aparecen en la salsa o el caldo, pero no regularmente en cantidades suficientes, en comparación con la alimentación de los hijos, que suele ser más variada y completa, lo cual es preocupante en las mujeres que dan LM porque de la calidad de su alimentación depende la calidad nutrimental de la leche que ofrece a su hijo.

Durante el embarazo, se asume que la alimentación debe ser más abundante de lo normal, pues implica “comer por dos”. Durante el posparto, para que “baje” la leche, se tiene como ejemplo el consumo de atole de masa de maíz o atole de arroz, suero de arroz cocido, atole de masa con canela, infusión de canela, caldo

de pollo o gallina criolla; masajes en la espalda y compresas calientes con epazote en el pecho. En otros lugares, con disponibilidad de magueyes, el consumo de pulque por las madres lactantes propicia la producción de leche abundante.

La alimentación tradicional en los recién nacidos es la lactancia materna, por lo menos durante un año y algunas, en la localidad con mayor marginación, hasta los tres años. Pero no siempre de manera exclusiva en los menores de seis meses, pues los consejos de las mujeres mayores es que se ofrezca alimentos a los 3 o 4 meses, algunas incluso desde los dos cuando.

Algunas mujeres afirmaron que en el centro de salud les hicieron recomendaciones tales como “la leche materna ya no sirve después de los seis meses, el bebé se va a desnutrir” o en el caso de la alimentación complementaria “denle gerber, danonino” y por parte de algunas señoras: “Dale probaditas, se le antoja la comida”, “Tu leche es la que le está provocando el reflujo, mejor quítasela”. Algunas de estas pueden partir de recomendaciones que recibieron tiempo atrás y las siguen repitiendo sin saber que ya no son vigentes.

Hay una mayor influencia de los medios electrónicos ya que el Internet y las redes sociales permiten acceder a información de los temas que les interesan; al igual que los medios de comunicación como los canales abiertos de televisión y la radio. En ambos casos, dicha información puede o no ser exacta y adecuada a su situación.

Respecto a la elección de los alimentos, una de las razones por las cuales las madres dejan de ofrecer leche materna y comienzan a usar fórmulas lácteas, en una búsqueda de escalar en la jerarquía social, al considerar las fórmulas lácteas como mejores que la LM o como un símbolo de progreso. Pero esta no es la única razón posible, también hay mujeres que mencionan la practicidad de las fórmulas para quienes trabajan o tienen que salir de casa y dejar a sus hijos al cuidado de alguien más, o porque se les hace muy pesado despertar en las

noches y prefieren combinar con fórmula láctea para que duerma toda la noche. Otra razón que nadie mencionó, pero puede ser tomada en cuenta por algunas madres, es el hecho de que la LM puede funcionar como un anticonceptivo natural –aunque no es muy seguro-.

Sin embargo, existe la otra parte, la de las madres que dan leche materna porque no tienen otra opción, no les alcanza para comprar leche de fórmula (aunque sí para pañales desechables), o bien, porque “así tiene que ser”, “así ha sido siempre”, como mujeres “les toca” “es su función”, porque es lo mejor para el bebé y solo él importa, pudiendo descuidar su cuerpo y su vida personal.

En la localidad con alta marginación, se observa una presión social por parte de otras madres para que las mujeres amamanten, algunos comentarios reclaman que “ahora las mujeres ya no quieren dar pecho, ya no quieren que las jalen, no quieren sacrificarse” ponen de evidencia que sí hay cierto rechazo social por las madres que por alguna razón eligieron la fórmula y provoca que ellas mismas se sienten inconformes con la alimentación que ofrecen cuando en su momento es posible que no tuvieron el conocimiento y el apoyo necesarios o simplemente se trató de un impedimento de tipo biológico.

Desde el punto de vista de la salud, se sabe de los enormes beneficios de la leche materna y actualmente existe en México una Estrategia Nacional de Leche Materna (ENLM, 2016) cuyo objetivo es aumentar el porcentaje de niños alimentados con LM, desde su nacimiento hasta los dos años o más, capacitando al personal de salud y aumentando el número de Hospitales Amigos del niño y la niña, en los que se promueve la LM y se capacita a las madres; lo cual es muy bueno, pero en opinión de algunas mujeres del Carso Huasteco, también hay personal de enfermería que, en su afán por promover la LM, obligan a las madres cuando tendría que ser una decisión informada de la pareja y habría que respetarla.

Debe quedar claro que la lactancia, materna o no, es una decisión de la madre y su pareja, por lo que el resto de la sociedad tendría que respetarlo y tratar igual a quien decide dar fórmula que a quien decide dar LM hasta los tres años. Lo importante sería que los padres, especialmente las madres, estuvieran bien informadas sobre los beneficios e implicaciones de cada tipo de lactancia, que no estuvieran orilladas a elegir debido a la presión de los medios, social o laboral, parte de lo cual tienen responsabilidad los gobiernos por no cumplir con el Código Internacional de Sucedáneos de Leche Materna adoptado desde 1981 por la OMS que prohíbe la promoción de fórmulas lácteas y biberones (Van Esterik, 1989; OMS, 1981).

De acuerdo a una investigación realizada por Anderson *et al* (2005, p. 836), concluyeron que funcionan mejor las asesorías intensivas (diarias) por pares antes y después de la estancia hospitalaria, que solo la asesoría del personal de salud en el hospital. En las localidades rurales, las mujeres de la familia o la comunidad que han tenido experiencia en lactancia suelen hacer este papel de asesoría por pares desde antes del parto y posterior a éste, de manera que probablemente funcionaría mejor promover este tipo de asesorías complementarias a las del personal de salud.

En cuanto a la alimentación complementaria, derivado de la deficiente información de parte del personal de salud, al igual que en la lactancia, la población recibe de los medios de comunicación recomendaciones que en su mayoría son financiadas por empresas de alimentos que promueven productos ya preparados y de fácil acceso para las madres de los niños y niñas. Por lo cual, aplican las recomendaciones de las mujeres de familia que tienen experiencia y toman en cuenta aspectos de disponibilidad y acceso de alimentos, formas de preparación y si es adecuado o no para la edad del niño (que pueden o no coincidir con las recomendaciones del sector salud).

3.5.4 Seguridad Alimentaria y Desarrollo Rural

El concepto de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN) surgió hace más de 50 años para intentar terminar con el hambre y la pobreza y se refiere a “tener en todo momento acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias en cuanto a los alimentos a fin de llevar una vida activa y sana.” (Cumbre Mundial sobre Alimentación, 1996, citada por FAO en 2006).

En la cultura alimentaria en torno a los lactantes, la alimentación debe responder no solo al aspecto nutricio de la leche o los alimentos, sino también al acceso físico y económico, su disponibilidad y aspectos culturales, así como la independencia y soberanía del uso de conocimientos de los campesinos que hacen a los alimentos aceptables y nutritivos para su consumo y para la vida, no para el mercado y el enriquecimiento de la industria (Delgado y Rist, 2016, p.57 y 348).

Por otra parte, los sucedáneos de leche materna y alimentos procesados para menores de dos años, son alimentos no tradicionales, con sodio o azúcar añadidos que acostumbran al paladar del lactante a los alimentos azucarados y distorsiona la formación de hábitos alimentarios saludables (Ponce y Tronco, 2015), representan mayor riesgo de obesidad, diabetes, diarrea e infecciones respiratorias (Victora, 2016, p.475) lo cual genera gastos a la familia y al sector salud. De acuerdo a estimaciones del Instituto Nacional de Salud Pública, si se siguieran las recomendaciones sobre LM de la OMS en México, se ahorrarían hasta \$2,416.5 millones de dólares (Colchero, Contreras, López y González de Cosío, 2015, p.579)

Aunado a ello, los alimentos producidos localmente no requieren ser transportados por lo que no generan una huella de carbono, se producen de manera natural o con un menor uso de productos químicos, lo que contribuye a la inocuidad de los mismos y del ambiente. Algunos de estos productos se

venden dentro o fuera de la localidad y otros se intercambian con familiares y vecinos; su producción y consumo tienen un significado cultural y espiritual para quienes los producen y consumen (Delgado y Delgado, 2016, p.353).

La lactancia materna, los cuidados de la mujer en el posparto mediante infusiones, caldos y alimentos “calientes”, las papillas de los bebés a base de alimentos de temporada y producidos localmente, así como el uso de la herbolaria y otras prácticas que parten de conocimientos tradicionales para resolver algunos problemas durante esta etapa (Pérez-Gil et al., 2007, p.59)

Si los alimentos tradicionales producidos localmente se consumen en cantidad suficiente, pueden resultar en una alimentación sana (Bertrán, 2006, p.174): completa, inocua, suficiente, equilibrada, variada, accesible y adecuada nutricional, cultural, espiritual, económica, ambiental y socialmente, por lo que contribuyen a la seguridad alimentaria familiar y local. El logro de la SAN en los lactantes y sus familias contribuye al Desarrollo Rural debido a que la alimentación óptima durante los primeros 1000 días de vida es una parte fundamental del desarrollo biológico, emocional y social de los niños para su bienestar a largo plazo; es una necesidad básica y un derecho humano indispensables para el buen vivir.

3.6 Conclusiones

La cultura alimentaria de las mujeres y lactantes en el medio rural es una combinación de los saberes y conocimientos ancestrales ejercidos por las mujeres, heredados por la familia (abuelas, bisabuelas, parteras y otras mujeres de la comunidad) y tienen ligeramente más peso que los aprendidos de los medios de comunicación, las instituciones, personal de salud, internet y redes sociales, que pueden o no ser adecuados.

Se necesita buscar formas plurales de conocimiento, una cultura alimentaria basada en saberes locales, complementados con conocimientos de medicina moderna que respeten los saberes, cultura, espiritualidad, acceso y

disponibilidad de alimentos, economía y formas de producción y preparación tradicional de alimentos que puede contribuir a la seguridad alimentaria y nutricional de las familias y que, a su vez, impactará en el desarrollo rural de las comunidades.

Al investigar la cultura alimentaria en torno a los lactantes de un grupo social o cultura, será importante partir de los conceptos de: alimentación (desde una visión integral), saberes locales tradicionales y conocimientos científicos modernos ya que influyen en las decisiones alimentarias, prácticas de crianza y representaciones sociales, así como seguridad y soberanía alimentaria a fin de contribuir al buen vivir (Figura 1). Así, conociendo y comprendiendo la cultura alimentaria se podrían ofrecer mejores condiciones de alimentación para ellas y sus hijos.



Figura 1. Marco teórico sobre cultura alimentaria en torno a lactantes del medio rural

3.7 Literatura citada:

Anderson, A. K., Damio, G., Young, S., Chapman, D. J., y Pérez-Escamilla, R. A randomized trial assessing the efficacy of peer counseling on exclusive

- breastfeeding in a predominantly Latina low-income community. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 159(9), p.836. Septiembre 2005.
- Bertrán, M. "La alimentación indígena de México como rasgo de identidad". En Alonzo Padilla, A. L. y Peña, F. (comp.), *Cambio Social, Antropología y Salud*. (p. 165-175) México D.F.: CONACULTA-INAH, PROMEP, 2006.
- Black, R. E., Victora, C. G., Walker, S. P., Bhutta, Z. A., Christian, P., De Onis, M., Ezzati, M., Grantham-McGregor, S., Martorell, R. y Uauy R. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 382(9890), pp.427-451. Junio 2013.
- Black, R. E., Allen, L. H., Bhutta, Z. A., Caulfield, L. E., De Onis, M., Ezzati, M., Mathers, C. y Rivera J. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *The Lancet*, 371(9608), pp.243-260. Enero 2008.
- Camou, E. Nutrir la persona, nutrir la identidad. Reflexiones filosóficas sobre antropología y cultura alimentaria (pp. 19-36). En Sandoval, S. y Meléndez, J. (Ed.). *Cultura y Seguridad Alimentaria*. México: Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A C. y Plaza y Valdés, 2008.
- Castilla, María Victoria. La ausencia del amamantamiento en la construcción de la Buena maternidad. 2005. Recuperado el 20 de abril de 2018, de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5202324.pdf>
- Childe, G. La revolución Neolítica. En *Los orígenes de la civilización*. (p. 85-130) México. D. F.: Fondo de Cultura Económica, 1996.
- Colchero, M. A., Contreras-Loya, D., Lopez-Gatell, H. y González de Cosío, T. The cost of inadequate breastfeeding of infants in México. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 101(3), pp.579-586. 2015.
- Comité de Seguridad Alimentaria Mundial. FAO. En Buenos términos con la terminología. 2012. Recuperado el 15 de mayo de 2016 de <http://www.fao.org/docrep/meeting/026/MD776s.pdf>

- Contreras, H. J. y Gracia, A. M. Alimentación y cultura. Perspectivas antropológicas. Primera edición. España, Ariel, 2005.
- Crowley, I. La leche materna es el alimento perfecto: salva vidas. 2015. Recuperado el 6 de diciembre de 2016 de https://www.unicef.org/mexico/spanish/UNICEF_SuplementoAbril2015.pdf
- Delgado B. F. y Delgado, A. M. *Vivir y comer bien en los andes bolivianos*. Bolivia: Universidad Mayor de San Simón, Facultad de Ciencias Agrícolas Pecuarias y Forestales. Agroecología Universidad Cochabamba, 2014.
- Delgado, F., Rist, S., Jacobi, J., Delgado, M. Desde nuestras ciencias al diálogo intercientífico para la sustentabilidad alimentaria y el desarrollo sostenible. (pp. 333-377). En Delgado, F., y Rist, S. (Ed.) Ciencias, diálogo de saberes y transdisciplinariedad. Aportes teórico metodológicos para la sustentabilidad alimentaria y del desarrollo. Bolivia: Universidad Mayor de San Simón, Facultad de Ciencias Agrícolas Pecuarias y Forestales. Agroecología Universidad Cochabamba, 2016.
- De Sousa S., B. Una epistemología del sur. México: CLACSO y Siglo XXI, 2009.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT. Evidencia para la política pública en salud. Deterioro de la lactancia materna: dejar las fórmulas y apegarse a lo básico. 2012. Recuperado el 5 de agosto de 2016 de <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/DeterioroPracLactancia.pdf>
- Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres en México ENIM. Instituto Nacional de Salud Pública y UNICEF. 2015. Recuperado el 10 de abril de 2018 de <https://www.insp.mx/enim2015/informe-resultados-2015.html>
- Estrategia Nacional de Leche Materna 2014-2018. Secretaría de Salud. 2016. Recuperado el 27 de mayo de 2016 de <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/estrategia-nacional-de-lactancia-materna-2014-2018>

- FAO. Seguridad Alimentaria. Informe de políticas. 2006. Consultado en septiembre 2016. Recuperado el 5 de octubre de 2016 de ftp://ftp.fao.org/es/ESA/policybriefs/pb_02_es.pdf
- ICSU-UNESCO. Declaración sobre la ciencia y el uso del saber científico. 1999. Recuperado el 13 de julio de 2017 de http://www.unesco.org/science/wcs/esp/declaracion_s.htm
- INEGI. *Principales Resultados por Localidad (ITER)*. 2010. Recuperado el 28 de noviembre de 2016 de http://www.inegi.org.mx/sistemas/consulta_resultados/iter2010.aspx
- Mintz, S. Sabor a comida, sabor a libertad. Incursiones en la comida, la cultura y el pasado. 1era edición. México, CIESAS, Ediciones de la Reina Roja. CONACULTA, 2003.
- OMS. Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna. 1981. Recuperado el 15 de febrero de 2016 de <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241541601/es/>
- Osses R. S., Macías G. C., Castaño G. S. & López N. A. Representaciones sociales que orientan prácticas de cuidado de la salud en la primera infancia: una aproximación al estado del arte. *Revista Infancias Imágenes*. Vol. 13, Núm. 1, pp. 70-79. 2014.
- Pérez-Gil, S. Cultura alimentaria y obesidad. *Gaceta Médica de México*. 2009. Recuperado el 16 de febrero de 2018 de https://www.anmm.org.mx/GMM/2009/n5/32_vol_145_n5.pdf
- Pérez-Gil R., S., Vega G., L., y Romero J., G. Prácticas Alimentarias de Mujeres Rurales: ¿Una nueva percepción del cuerpo? *Revista Salud Pública de México*. Vol. 1. Núm. 49, pp. 52-62. Enero-febrero 2007.
- Pérez-Gil S., Rueda F. & Díez S. Lactancia y cuidado de los hijos: Estudios de casos en dos zonas rurales de México. *Revista Salud Pública de México*, Vol. 35, Núm. 6, pp.692-699. Noviembre-diciembre 1993.

- Ponce, Julieta, José del Tronco Paganelli. Breve análisis de la lactancia materna en México. 2015. Recuperado el 23 de abril de 2018 de http://elpoderdelconsumidor.org/wp-content/uploads/2016/08/Breve_an%C3%A1lisis_Lactancia_Materna_M%C3%A9xico_2016.pdf
- PROFECO. Papillas y bebidas para bebés. Laboratorio Profeco. 2015. Recuperado el 14 de febrero de 2018 de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/100351/RC458_Laboratorio_Profeco_Papillas_y_Bebidas_Beb_s.pdf
- Rivera, Juan. *Prácticas de lactancia materna en México*. 5to Foro Nacional de Lactancia Materna. 2017. Recuperado el 15 de enero de 2018 de http://eventos.unkilodeayuda.org.mx/5toFONLAM/docs/doc_2.pdf
- UNICEF. *Lactancia materna y alimentación complementaria*. 2014. Recuperado el 28 de mayo de 2016 de http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_breastfeeding.html
- Van Esterik, P. *Beyond the Breast-Bottle Controversy*. Rutgers University Press, Nueva Jersey. 1989.
- Vásquez, E. M., Romero, E., Larrosa, A. y Machado, A. Recomendaciones para la alimentación del niño durante los primeros 23 meses de vida. *Pediatría de México*. Vol. 1 Núm. 14 pp.25-42. 2012.
- Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J. D., Franca, G. V. A., Horton, S., Krasevec, J., Murch, S., Sankar, M. J., Walker, N. y Rollins, N. C. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms and lifelong effect. *The Lancet*. Vol. 10017, Núm. 387, pp.475-490. Enero 2016.

CAPÍTULO 4. PERFIL DE MADRES RURALES DEL CARSO HUASTEKO HIDALGUENSE EN RELACIÓN AL TIPO Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA

Profile of rural mothers of Carso Huasteco Hidalguense in relation to the type
and duration of breastfeeding

Título abreviado: Madres rurales y lactancia materna / Rural mothers and
breastfeeding

¹Gabriela Vásquez Ruiz, ¹Artemio Cruz León, ²Rebeca Monroy Torres ¹Alba
González Jácome, ¹Joel Cervantes Herrera,

¹Dirección de Centros Regionales Universitarios, Universidad Autónoma
Chapingo. ²Laboratorio de Nutrición Ambiental y Seguridad Alimentaria,
Universidad de Guanajuato Campus León.

Autor por correspondencia: Rebeca Monroy Torres. Blvd. Puente Milenio #1001,
Fracción del Predio San Carlos, C.P. 37670. León, Guanajuato, México. Correo-
e: rmonroy79@yahoo.com.mx

4.1 Resumen

La alimentación durante los primeros 1000 días de vida es fundamental para la salud futura; sin embargo, esta etapa puede complicarse por factores como la ocupación de la madre, edad, estado civil, escolaridad, contexto social y económico, así como el momento en el cual decidió el tipo de lactancia.

Objetivo: Analizar el perfil de madres de comunidades del Carso Huasteco Hidalguense y su relación con el tipo y duración de lactancia.

Metodología: 56 entrevistas semiestructuradas con madres menores de dos años en tres localidades con distinto grado de marginación, 7 entrevistas con informantes clave. Procesamiento de la información con SPSS.

Resultados: Estadísticamente, no hubo dependencia entre las variables “tipo de lactancia” con otras variables: edad, ocupación, escolaridad y estado civil, pero sí con el grado de marginación y el momento en el cual las madres decidieron el tipo de lactancia. La localidad con alta marginación obtiene el mayor porcentaje (89.5%) de lactancia materna exclusiva.

Conclusiones: El grado de marginación se relaciona con el tipo de lactancia elegido por madres del Carso Huasteco Hidalguense. Podrían estar influenciadas además por aspectos culturales y sociales, acceso a los alimentos e información de los medios de comunicación y personal de salud.

Palabras clave: Comunidades rurales, lactancia materna, prácticas alimentarias

4.2 Abstract

Feeding during the first 1000 days of life are essential for future health, from pregnancy to two years; however, this stage can be complicated by factors such as the mother's occupation, age, marital status, schooling, social and economic context, as well as the moment in which she decided on the type of breastfeeding.

Objective: To analyze the profile of mothers of Carso Huasteco Hidalguense communities and their relationship with the type and duration of lactation.

Methodology: 56 semi-structured interviews with mothers under two years in three locations with different degrees of marginalization, 7 interviews with key informants. Processing of information with SPSS.

Results: Statistically, there was no dependence between the variables "type of lactation" with other variables: age, occupation, schooling and marital status, but with the degree of marginalization and the moment in which the mothers decided on the type of breastfeeding. The locality with high marginalization obtains the highest percentage (89.5%) of exclusive breastfeeding.

Conclusions: The degree of marginalization is related to the type of lactation chosen by Caro Huasteco Hidalgo mothers. They could also be influenced by cultural and social aspects, access to food and information from the media and health personnel

Key words: Rural communities, breastfeeding, food practices

4.3 Introducción:

De acuerdo al Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2014), los dos primeros años de vida de una persona son los más importantes para una buena salud a lo largo de la vida de la persona, lo cual incluye el periodo de lactancia materna y de alimentación complementaria, que inicia a partir de los seis meses con la introducción de alimentos sólidos a la dieta del lactante.

Numerosos estudios han comprobado los múltiples beneficios de la lactancia materna (LM) a la salud del recién nacido y la madre, así como para la economía familiar y la productividad (UNICEF, 2014; OMS, 2016; Victora, 2016). A pesar de ello, las estadísticas demuestran que dicha práctica cada vez se usa menos tanto en el medio rural como en el urbano (ENSANUT, 2012: 1).

Se estima que solo el 38% de los niños menores de seis meses a nivel mundial reciben lactancia materna exclusiva (LME). En México, solo el 3% de los niños reciben lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses y 6% hasta los cuatro, lo cual ha ido disminuyendo a través de los años, siendo más notorio en el medio rural en donde descendió de 36.9% en 2006 a 18.5% en 2012, es decir, disminuyó en un 50% (ENSANUT, 2012: 1). En la población indígena pasó de 34.5% a 27.5%, lo cual significa que “las poblaciones en mayor pobreza son las que están abandonando más aceleradamente las buenas prácticas de lactancia en el país.” (INSP, 2016).

No obstante, según los últimos datos de la Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres en México (ENIM, 2015:9) el 30.8% de niños/as de 0 a 6 meses lactan exclusivamente (lo cual representa un aumento importante en comparación con el 2012, pero no quiere decir que todos lo hagan durante los 6 meses completos), 46% tuvieron lactancia continua hasta el año de edad y 24% hasta los dos años y la mediana en la duración de la lactancia materna es de 10.9 meses.

Sin embargo, sigue siendo insuficiente para una alimentación adecuada, pues una gran parte sigue recurriendo a las fórmulas comerciales con todas las

desventajas que implica: el alto costo, el ya conocido mayor riesgo de enfermedades crónicas degenerativas como obesidad, diabetes, hipercolesterolemia, hipertensión arterial y asma, así como leucemias infantiles y riesgo de muerte (Victora, 2016:475).

Entre las causas de la disminución en la práctica de lactancia está la inserción de las mujeres en el mercado laboral, ya que solo el 10% de las madres que trabajan, dan LM sus hijos (Crowley, 2015: 2); también influye la edad de las mujeres, pues las madres más jóvenes son las que menos amamantan, sobre todo si no cuentan con el apoyo de su pareja y de su familia; así mismo, se conoce que influye el número de hijos, el estado civil y la escolaridad (Pino, López, Medel y Ortega, 2013: 51).

De igual manera, se encontró que las madres que presentan menor frecuencia al amamantar son aquellas que son jóvenes, poseen ingresos bajos, pertenecen a una minoría étnica, carecen de apoyo, trabajan de tiempo completo, deciden amamantar durante o al final del embarazo, tienen actitudes negativas respecto a la LM y precisan poca confianza en su capacidad de amamantar (Errecaborde, 2009).

Chapman y Pérez-Escamilla (1999:) identificaron como factores de riesgo para el inicio tardío de la lactancia el pertenecer a una etnia blanca o hispana, obesidad, parto por cesárea no programada, parto vaginal en etapa 2 prolongada, peso al nacer menor de 3.6 kg y alimentación exclusiva con fórmula antes del inicio de la lactancia.

ENSANUT sugiere como causas la presión social y comercial por consumir fórmulas lácteas, falta de capacitación de los servidores de salud, creencias culturales, carga laboral, desconocimiento e interés por la estética (sobre todo en las madres más jóvenes) (ENSANUT, 2012). La principal razón que ellas mencionan es la sensación de no tener leche (37.4%), por enfermedad de la madre (13.7%) y porque el recién nacido no quiso el pecho (11.4%) (ENSANUT,

2012). Lo más probable es que estas situaciones pudieron solucionarse mediante acompañamiento, información y apoyo (Crowley, 2015).

El presente estudio se ubica en los municipios de Xochicoatlán y Tianguistengo al noreste del estado de Hidalgo, pertenece a la subprovincia fisiográfica del Carso Huasteco que, a su vez, pertenece a la provincia geológica y fisiográfica de la Sierra Madre Oriental¹³. En el Carso Huasteco Hidalguense dominan las sierras, el ecosistema principal es el Bosque Mesófilo de Montaña ya que las elevaciones sirven como barrera a los vientos dominantes provenientes del Golfo de México, obligándolos a subir y condensarse, propiciando la característica niebla que identifica a los Bosques Mesófilos (Monterroso, 2009).

4.4 Materiales y métodos:

Se realizó estudio de cohorte transversal, en 102 madres con al menos un niño entre 0 y 24 meses de edad adscritos a los centros de salud de tres localidades. Casi todas las madres tenían solo un menor de dos años, únicamente dos madres tuvieron dos niños menores de dos años; para el 45% de las madres, se trataba de su primer hijo. En total fueron 104 niños: Tianguistengo (n=46), de baja marginación, Xochicoatlán (n=23), de media marginación y Texcaco (n=35), de alta marginación, en el estado de Hidalgo. Se calculó un tamaño muestral de 59, que representaba el 30% de los niños menores de dos años de cada localidad.

Las madres fueron seleccionadas mediante un muestreo accidental no probabilístico, según se fueron encontrando y mediante muestreo en cadena o por redes (unas madres fueron recomendando a otras). Las entrevistas se hicieron en sus casas, previa explicación de los fines de la investigación y consentimiento informado de manera verbal, con una duración promedio de 20 minutos para cada entrevista, ocurrieron entre los meses de septiembre y octubre del 2017.

En la localidad de Tianguistengo, se entrevistaron 21 mujeres; en Xochicoatlán 16 y en Texcaco 19. Así mismo, se hicieron observaciones de campo y se entrevistó a 7 informantes clave, que incluyó personal de salud y señoras con alguna experiencia como parteras, hijas de parteras, o con cierta influencia en las otras mujeres.

La entrevista se diseñó en base a los objetivos de la investigación, la seguridad alimentaria se evaluó en base a la Encuesta Mexicana de Seguridad Alimentaria. Se validó con 3 mujeres de una localidad vecina, fue de tipo semiestructurada, incluyó aspectos como datos generales, sociales, económicos, de organización familiar, salud y obtención de alimentos.

La información se procesó con el programa SPSS versión 24 (2016), con el que se realizó cálculo de frecuencias absolutas y relativas porcentuales. Con el objetivo de comprobar independencia de variables, se aplicó la prueba de Chi-cuadrada de Pearson y la prueba de Kruskal-Wallis ($p=0.058$).

4.5 Resultados

En la subprovincia del Carso Huasteco, se encuentran los municipios de Xochicoatlán y Tianguistengo, en el Estado de Hidalgo, donde se llevó a cabo la presente investigación con 56 mujeres de entre 18 y 42 años. Estos municipios cuentan con algunas prácticas y conocimientos tradicionales sobre alimentación y cuidado de las mujeres en etapa de embarazo y lactancia, así como de niños lactantes

Dichos municipios cuentan con algunas prácticas y conocimientos tradicionales sobre la alimentación y cuidado de las mujeres en etapa de embarazo y lactancia, así como de niños lactantes. Cada localidad cuenta con características distintas y están clasificadas con un rango de marginación diferente cada una, pero pueden compartir algunas prácticas, como se describirá en los siguientes cuadros.

Cuadro 1. Características generales de las participantes del estudio (N=56)

Edad	Frecuencia	Porcentaje
18-25 años	29	52
26-42 años	27	48
Estado Civil		
Casadas	50	89
Solteras	6	11
Ocupación		
Amas de casa	39	70
Trabaja regularmente fuera de casa	17	28
Estudia	1	2
Escolaridad		
Nivel básico	7	12.5
Nivel medio básico	21	37.5
Nivel medio superior	19	34
Nivel superior	9	16
Número de otros hijos		
Ninguno	25	45
1	18	32
2	7	12.5
3 o más	6	11
Momento de decisión de lactar		
Siempre pensó en ofrecer leche materna	53	94.5%
Lo decidió durante el embarazo	2	3.5%
Lo decidió de último momento	1	2%

Cuadro 2. Características de alimentación y programas en la población estudiada

Obtención de alimentos	Frecuencia	Porcentaje
Tiendas de abarrotes	56	100%
Mercado local	56	100%

Mercado externo (Molango, Zacualtipán)	5	9%
Producción de alimentos (maíz, frijol, hortalizas, frutales)	14	25%
Intercambio de alimentos	16	29%
Seguridad Alimentaria		
Ha pasado hambre en los últimos 3 meses	1	2%
Ha tenido que sacrificar la calidad de los alimentos	37	66%
Ninguna de las anteriores	18	32%
Programas		
Prospera	11	20%

Cuadro 3. Características del parto y lactancia de las participantes del estudio

Tipo de parto	Frecuencia	Porcentaje
Normal	33	59%
Cesárea	23	41%
De quién recibió información durante el embarazo		
Familia	51	91%
Personal de salud	45	80.5%
Internet	11	20%
Motivo de cese de la LME en menores de 3 meses		
Recomendación médica	1	8.3%
Enfermedad	2	16.6%
“El bebé no se llenaba”	1	8.3%
Trabajo	1	8.3%
Recomendación de familiares y amigas	1	8.3%
Al bebé se le antojaba la comida	2	16.6%
“Es lo normal”	3	25%
“Es mejor la fórmula”	1	8.3%

Tipo y duración de lactancia en menores de 6 meses		
LM ≤ 3 meses	8	14%
LME 4-6 meses	27	48%
Lactancia parcial	7	12.5%
Lactancia predominante	3	5.5%
Exclusivo fórmula	11	20%
Edad de destete (o plan de destete)		
≤ 3 meses	6	15.7%
4-6 meses	2	5.2%
6-12 meses	8	21%
12-24 meses	12	31%
Más de 24 meses	10	26%

Cuadro 4. Características de los niños estudiados

Edad	Frecuencia	Porcentaje
0-6 meses	14	25
6-12 meses	5	9
12-24 meses	37	66
Lugar de nacimiento		
Zacualtipán	35	62
Pachuca	10	18
Tlanchinol	6	11
Otro (Huejutla o Tulancingo)	5	9
Complicaciones al nacer		
Sí	7	13
No	49	87
A término		
Sí	52	93
Prematuro	4	7

Para analizar más profundamente los aspectos o factores que Pino y Errecaborde mencionan que podrían tener influencia en la duración de la lactancia materna, se cruzó información de cada uno de esos factores para tratar de identificar si tienen alguna influencia en la LM para la población estudiada. Estos factores son: edad de la madre, estado civil, escolaridad, número de hijos y momento en que decidió ofrecer leche materna.

Edad de la madre

Cuadro 5. Relación entre tipo y duración de lactancia con el rango de edad de las madres

	≤3m	4-6 meses	Exclusivo fórmula	Lactancia parcial o predominante	Total
< de 26 años	6 (19%)	12 (37%)	6 (19%)	5 (16%)	32
>26 años	2 (8%)	15 (62%)	5 (21%)	5 (21%)	24
Total	8	27	11	10	56

En el Cuadro 5, se observa que no hay mucha diferencia entre los dos rangos de edad, pero es ligeramente mayor el porcentaje de las mujeres mayores de 26 que tomaron mejores decisiones que las menores de 26. Estadísticamente, no hay una relación entre variables (de acuerdo a Chi cuadrada de Pearson).

Estado civil

En cuanto al estado civil en relación al tipo y duración de la LME, se encontró lo siguiente:

Cuadro 6. Relación entre tipo y duración de lactancia con estado civil de las madres

	≤3m	4-6 meses	Exclusivo fórmula	Lactancia parcial o predominante	Total
Casada	6 (12%)	26 (52%)	9 (18%)	9 (18%)	50
Soltera	2 (33%)	1 (17%)	2 (33%)	1 (17%)	6
Total	8	27	11	10	56

De las mujeres casadas, la mayoría (52%) dieron LME entre 4 y 6 meses, entre las mujeres solteras, los porcentajes más altos son de fórmula exclusiva y pecho durante menos de 3 meses con 33% ambos. Por lo que sí se observan mejor tipo y duración de lactancia entre las mujeres casadas.

Al revisar los motivos en las mujeres solteras, se observa enfermedad (que no tiene que ver con el estado civil), “no tuve leche” lo cual puede ser falta de información o apoyo que se observa también en las mujeres casadas, “tuve que salir a trabajar” que sí puede relacionarse con la falta de apoyo económico de la pareja. Estadísticamente, no hay una relación entre variables (de acuerdo a Chi cuadrada de Pearson).

Ocupación de la madre

- Al cruzar la información del tipo y duración de la lactancia con la ocupación de las madres (Cuadro 7), se encontró que: De las 27 mujeres que dieron LM entre 4 y 6 meses de leche materna (considerado por la OMS como lo más adecuado), 19 (70%) eran amas de casa y 8 (30%) trabajaban. Visto de otro modo, de las 16 madres que trabajaban, 8 de ellas (50%) dio pecho de manera exclusiva durante 4 a 6 meses, lo cual es mayor a la media nacional que de acuerdo a Crowley es del 10% en las madres que trabajan. Además, la mitad de las madres esperan a que sus hijos cumplan al menos los 6 meses o 1 año de edad para regresar a trabajar.

Cuadro 7. Relación entre duración de lactancia y ocupación de la madre

	≤3m	4-6	Exclusivo	Lactancia	Lactancia	Total
		meses	fórmula	parcial	predominante	
Ama de casa	7	19	7	4	2	39
Estudiante				1		1
Trabaja	1	8	4	2	1	16
Total	8	27	11	7	3	56

De las 8 mujeres que dieron LM durante menos de 3 meses (que es el tiempo máximo de licencia por maternidad), 7 (87.5%) eran amas de casa y solo 1 (12.5%) trabajaba. De las 10 mujeres que dieron lactancia parcial o predominante 6 eran amas de casa, 1 estudiaba y 3 trabajaban; de las 11 que dieron exclusivamente fórmula, la mayoría (7) eran amas de casa y 3 trabajan fuera de casa, lo cual puede indicar que no necesariamente es el trabajo lo que orilla a las mujeres (al menos en las localidades estudiadas del Carso Huasteco) a elegir leches de fórmula en lugar de ofrecer leche materna y también que las mujeres de estas localidades esperan a que sus hijos cumplan al menos los 6 meses o 1 año de edad para regresar a trabajar. Estadísticamente, no hay una relación entre variables (de acuerdo a Chi cuadrada de Pearson), lo cual podría ser bueno ya que indica que no porque las madres estudian o trabajan dejan de dar LM, como se ha mencionado.

Escolaridad

En las localidades estudiadas se encontró lo siguiente: Tomando en cuenta los porcentajes de las mujeres que eligieron dar LME entre 4 y 6 meses, fueron las mujeres con primaria y licenciatura quienes eligieron más frecuentemente este tipo y duración de lactancia. Por el contrario, de las mujeres que eligieron fórmula exclusiva, el mayor porcentaje se observa en las mujeres que tienen escolaridad primaria y el menor porcentaje en mujeres con escolaridad licenciatura. No se

observa ninguna tendencia clara, pero en el caso de las mujeres con licenciatura, sí se observan mejores decisiones respecto a las madres con menor escolaridad. Estadísticamente, no hay una relación entre variables (de acuerdo a Chi cuadrada de Pearson).

Cuadro 8. Relación entre tipo y duración de lactancia con escolaridad de las madres

	≤3m	4-6 meses	Exclusivo fórmula	Lactancia parcial o predominante	Total
Primaria	0	5 (71%)	2 (28%)	0	7
Secundaria	4	9 (43%)	4 (19%)	4	21
Preparatoria	3	8 (42%)	4 (21%)	4	19
Licenciatura	1	5 (55.5%)	1 (11%)	2	9
Total	8	27	11	10	56

Número de hijos

Cuadro 9. Relación entre tipo y duración de lactancia con el número de hijos de las madres

	≤3m	4-6 meses	Exclusivo fórmula	Lactancia parcial o predominante	Total
Primer hijo	4 (16%)	12 (48%)	5 (20%)	4 (16%)	25
Otros hijos	4 (13%)	15 (48%)	5 (16%)	6 (19%)	31
Total	8	27	11	10	56

En este caso, no se observan diferencias importantes entre las mujeres que no habían tenido hijos y las mujeres con hijos previamente. Sin embargo, se encontró durante las entrevistas que algunas madres que ya han tenido varios

hijos se quedaban con recomendaciones equivocadas respecto a la LM, por ejemplo: “De mi primer hijo me dijeron que hasta los 6 meses y hasta me regañaban porque le seguía dando” (32 años, Tianguistengo) “En la clínica dicen que ya se los quitamos, porque ya están mamando pura agua, que ya no sirve” (33 años, Texcaco).

Por otro lado, puede haber madres que, entre todas sus ocupaciones, decidan hacer lo que les parece más práctico, como es el caso de una madre de 5 hijos, ama de casa de 39 años de edad, que a los primeros hijos les ofreció leche materna, mencionó: “Es mejor la fórmula porque tienen un horario y no piden a cada ratito”. Estadísticamente, no hay una relación entre variables (de acuerdo a Chi cuadrada de Pearson).

Momento de decisión sobre dar o no leche materna

El 94.5% de las madres mencionaron que siempre habían pensado en dar pecho, el 3.5% lo decidió mientras estaba embarazada y solo una madre (1.8%) lo decidió en el último momento. Al preguntarles si finalmente les dieron leche materna a sus hijos, los resultados fueron los siguientes:

Cuadro 10. Elecciones y motivos de las madres, de acuerdo al momento de decisión de ofrecer o no lactancia materna

	Tipo de lactancia elegida	Motivos
Siempre lo he pensado (53 mujeres)	59% LME	“Es lo mejor, lo más natural o por recomendaciones de las mujeres de la familia o personal de salud”
	18% Lactancia parcial o predominante	“No tenía leche suficiente” o “el bebé no se llenaba” y “me recomendó mi madre o suegra” o “para que el bebé se no se desnutra”

		19% Fórmula exclusiva	“El bebé no quiso la leche materna”, “no tuve leche suficiente” o por “enfermedad”
Durante el embarazo (2 mujeres)	100%	Exclusivo fórmula	“No tuve leche”, “el bebé no quiso la leche materna” o por “enfermedad”
De último momento (1 mujer)	100%	Exclusivo fórmula	

Lo anterior pone de manifiesto la importancia del ejemplo y la información sobre los beneficios de la lactancia materna desde etapas oportunas -como la adolescencia-, antes de que las mujeres se embaracen. Estadísticamente sí se encontró una relación entre variables. Sin embargo, no ha sido suficiente, ya que el 37% de las mujeres que siempre pensaron dar pecho terminaron dando fórmula o complementando con fórmula y otros alimentos antes de tiempo, por razones que sugieren falta de apoyo o de información adecuada.

Tipo de parto

Al relacionar la información del tipo de parto con el tipo de lactancia en menores de 6 meses, se observa que, de las mujeres que tuvieron parto normal, el 67% ofrecieron LME; por otra parte, quienes tuvieron cesárea, el 48% ofreció LME y el otro 52% ofreció leche materna menos de 3 meses o bien, lactancia parcial o predominante. Sin embargo, no se encontró una relación estadísticamente significativa.

Resultados por localidad

En los siguientes cuadros se muestran los resultados del perfil de las madres y los niños de manera general y por cada una de las tres localidades.

Cuadro 11. Comparación de resultados por localidad

		General	Texcoco	Xochitlán	Tianguistengo
Rango de edad de las madres	18-26 años	52%	47.5%	50%	57%
	>26 años	48%	52.5%	50%	43%
Promedio de edad (años)		27	27	26.5	28
Estado civil	Casadas	89%	95%	100%	76%
	Solteras	11%	5%	0%	24%
Ocupación	Ama de casa	70%	90%	56%	62%
	Trabaja fuera de casa /Estudia	30%	10%	44%	38%
Escolaridad	Nivel básico	12.5%	21%	6%	10%
	Medio básico	37.5%	47.5%	25%	38%
	Medio superior	34%	26.5%	44%	33%
	Nivel superior	16%	5%	25%	19%
Primer hijo	Sí	45%	47.5%	37.5%	47.5%
	No	55%	52.5%	62.5%	52.5%
Momento de decisión de lactar	Siempre	94.5%	100%	87.5%	95.2%
	Embarazo	3.5%	0%	12.5%	0%
	Último momento	2%	0%	0%	4.8%
Programas	Prospera	20%	32%	19%	9.5%
Forma de alumbramiento	Parto	59%	74%	56%	48%
	Cesárea	41%	26%	44%	52%

No se encontró diferencia estadística entre localidades respecto al tipo de parto, pero se puede hacer notar que en Tianguistengo, el porcentaje de cesárea

alcanzó un 52.4%. Tampoco se observaron diferencias entre los programas, el número de hijos, la escolaridad y estado civil, pero sí en la ocupación ya que en Texcaco, el 90% de las madres son amas de casa.

Cuadro 12. Comparación de características de alimentación y programas entre las localidades estudiadas

			General	Texcaco	Xochicoatlán	Tiangustengo
Obtención de alimentos	Tienda		45.5%	47.5%	47%	43%
	Mercado local		45.5%	47.5%	47%	43%
	Mercado externo		9%	5%	6%	14%
Producción / intercambio de alimentos	Producción		25%	58%	6%	9.5%
	Intercambio		29%	63%	6%	14%
Seguridad alimentaria	Ha pasado hambre		2%	5%	0%	0%
	Sacrificar calidad		66%	100%	37.5%	62%
	Ninguno		32%	0%	62.5%	38%

Estadísticamente se observó una diferencia en los aspectos de seguridad alimentaria y producción de alimentos, la primera es notablemente más baja en Texcaco y la segunda es mayor en esta misma localidad. No hay diferencia estadística en las formas de obtención de alimentos.

En el Cuadro 13 se observa que las madres de la localidad de Texcaco, con mayor marginación tuvieron los porcentajes más altos en los aspectos que pudieran facilitar la lactancia materna, seguidos muy de cerca por Xochicoatlán, que es de media marginación. Quienes tienen menor puntaje porcentual en los

factores asociados positivamente a la LM son las mujeres de Tianguistengo, de baja marginación.

Cuadro 13. Resultados de tipo y duración de la lactancia por localidad y estado general de salud de los niños hasta el momento de la entrevista

		General	Texcaco	Xochicoatlán	Tianguistengo
Edad del niño(a)	< 6 meses	25%	16%	37%	24%
	6-12 meses	9%	0%	19%	9%
	12-24 meses	66%	84%	44%	67%
Tipo de Lactancia en menores de 6 meses	Exclusivo	20%	10.5%	25%	19%
	fórmula				
	LME $\leq$ 3 meses	32.2%	31.5%	19%	52%
	LME 4-6 meses	48%	58%	56%	29%
Lactancia materna después de los 6 meses	6-12 meses	14%	16%	50%	19%
	13-23 meses	21%	16%	12.5%	33%
	24 meses o más	18%	47.4%	0%	4.8%
No. De enfermedades al año	Ninguna	16%	10%	31%	9.5%
	1-3	79%	90%	63%	81%
	Más de 3	5%	0%	6%	9.5%

El mayor porcentaje de niños alimentados exclusivamente a fórmula estuvieron en Tianguistengo (marginación baja) y el mayor porcentaje (58%) de niños alimentados con LME de 4 a 6 meses estuvieron en Texcaco (alta marginación), seguido de Xochicoatlán con 56% y por último Tianguistengo con 29%. En esta última localidad, la mayoría de los niños (52%) fueron alimentados con LME durante un periodo igual o menor a 3 meses. El mayor porcentaje de niños alimentados exclusivamente a fórmula estuvieron en Tianguistengo y el mayor

porcentaje (89.5%) de niños alimentados con LME de 4 a 6 meses estuvieron en Texcaco. La prueba estadística de Chi-cuadrado de Pearson confirma que existe diferencia entre localidades.

Al comparar los resultados de la duración de la LM más allá de los 6 meses (o lo que las madres esperan, si aun no habían destetado) es que casi la mitad (47%) de las madres de Texcaco dejaban de dar pecho hasta los dos años o más, que es lo recomendado por la OMS y UNICEF. En Xochicoatlán, la mitad de las mujeres dejaban de dar pecho entre los 6 y 12 meses; en Tianguistengo el mayor porcentaje (33%) es para las que destetaban entre 12 y 24 meses. Sin embargo, al realizar una comprobación estadística de independencia con chi-cuadrada de Pearson, tenemos que no están relacionadas las variables de grado de marginación con duración de la lactancia materna.

Al comparar la duración de la LM más allá de los 6 meses es que casi la mitad (47%) de las madres de Texcaco dejaban de dar pecho hasta los dos años o más. En Xochicoatlán, la mitad de las mujeres dejaban de dar pecho entre los 6 y 12 meses; en Tianguistengo el mayor porcentaje (33%) es para las que destetaban entre 12 y 24 meses. Sin embargo, estadísticamente estas variables no están relacionadas.

4.6 Discusión

Más allá de los factores, se observó que existen situaciones muy diversas en las madres y que, aun cuando no presenten alguno de los factores positivos que mencionan algunos autores, éstos pueden ser reemplazados por otros como el apoyo de la familia y amigas, así como la motivación intrínseca de la madre del lactante.

Esto refuerza la idea de que posiblemente la influencia mayor en la alimentación de los lactantes y sus madres la tienen los medios de comunicación, el personal de salud, la promoción de los sucedáneos de leche materna y alimentos

procesados para lactantes, así como el entorno, el acceso a los alimentos, la cultura y la opinión de familiares y amigas.

Respecto a estudios anteriores, los resultados presentados coinciden con Pino, en que no todos los factores influyen directamente en las prácticas de lactancias de las madres; con Errecaborde, en la importancia del momento en el cual las madres deciden ofrecer LM; con el estudio de Chapman y Pérez-Escamilla¹² no hubo coincidencias, al menos en el grupo estudiado. Se observó, además, que igual que un estudio realizado por Pérez¹⁵, las decisiones alimentarias de los menores son tomadas por las mujeres de la familia.

Referente a las diferencias encontradas entre localidades y la práctica de LM, se concluye que las elecciones alimentarias en lactancia tienen que ver con el contexto social, personal y económico. De igual manera, si se compara el presente estudio con la media nacional, es evidente que, en las localidades estudiadas, la práctica de lactancia materna es mayor en porcentaje de mujeres que ofrecen LME en menores de seis meses y de manera continua más allá de los dos años, lo cual puede deberse a factores culturales, ya que la LM es la forma de alimentación tradicional de los recién nacidos en estas localidades rurales. No obstante, en la opinión de algunas de las entrevistadas, esta práctica se encuentra en detrimento porque les resulta más práctico emplear la fórmula o incluso algunas consideran que es mejor que la leche materna y por recomendaciones de personal médico.

Por ello, es necesario capacitar al personal de salud de todos los niveles, públicos y privados, hacer cumplir el Código Internacional de Sucedáneos de Leche Materna, promover más ampliamente en medios de comunicación la importancia de la leche materna y el respaldo legal para que las madres que trabajan tengan el tiempo suficiente y los lugares adecuados para ofrecer LM a sus hijos.

4.7 Agradecimientos

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología CONACYT y a la Universidad Autónoma Chapingo por el financiamiento a la presente investigación. A los colaboradores del presente artículo: Dr. Artemio Cruz León, Dra. Alba González Jácome, Dr. Joel Cervantes Herrera y Dra. Rebeca Monroy Torres. Al Dr. Benito Ramírez Valverde por su asesoría estadística y a los gobiernos municipales de Xochicoatlán y Tianguistengo, al personal de los Centros de Salud y a la parroquia de Tianguistengo por su cooperación en la fase de campo.

4.8 Citas bibliográficas:

Chapman D., Pérez-Escamilla R. (1999) Identification of risk factors for delayed onset of lactation. *Jam Diet Assoc.* Disponible en: [http://jandonline.org/article/S0002-8223\(99\)00109-1/pdf](http://jandonline.org/article/S0002-8223(99)00109-1/pdf) (Accesado el 10 de abril de 2017)

Crowley I. (2015). La leche materna es el alimento perfecto: salva vidas. UNICEF. Disponible en: https://www.unicef.org/mexico/spanish/UNICEF_SuplementoAbril2015.pdf (Consultado en diciembre 2016).

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT (2012). Estado de Nutrición, Anemia, Seguridad Alimentaria en la Población Mexicana. Instituto Nacional de Salud Pública.

Errecaborde A. (2009) Relación entre las representaciones sociales de la lactancia materna de las madres y el estado nutricional de los niños. Repositorio Digital UFASTA. Universidad UFASTA. Disponible en: <http://redi.ufasta.edu.ar:8080/xmlui/handle/123456789/436>

Instituto Nacional de Salud Pública (2016). Lactancia materna en México. Disponible en: <https://www.insp.mx/avisos/3367-lactancia-materna-mexico.html>

Monterroso A. El bosque mesófilo de montaña en el Estado de Hidalgo: Perspectiva ecológica frente al cambio climático. México. Universidad Autónoma Chapingo. Colegio de Posgraduados. Gobierno del Estado de Hidalgo. 2009. Organización Mundial de la Salud (2016). Lactancia materna exclusiva. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/ (Consultado en septiembre 2016).

- Pino J., López M., Medel A., Ortega A. (2013). Factores que inciden en la lactancia materna exclusiva en una comunidad rural de Chile. *Revista Chilena de Nutrición*. 40 (1). Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchnut/v40n1/art08.pdf> (Consultado en septiembre 2016)
- UNICEF (2014). Lactancia materna y alimentación complementaria. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_breastfeeding.html (Consultado en mayo 2016).
- Victora C., Bahl R., Barros A., Franca G., Horton S., Krasevec J., ... Rollins N. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms and lifelong effect. *The Lancet*, 387 (10017), 475-490. Disponible en: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)01024-7/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)01024-7/abstract) (Consultado en octubre 2016).

CAPÍTULO 5. SABERES, TRADICIONES Y PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN MATERNO-INFANTIL EN LOCALIDADES DEL CARSO HUASTECO HIDALGUENSE

Knowledge, traditions and practices of maternal and child feeding in localities of the Huasteco Hidalguense Carso

5.1 Resumen

La alimentación durante los primeros 1000 días de vida (desde el vientre materno hasta los dos años) son fundamentales para la salud futura de una persona. Objetivo: Analizar los saberes y prácticas alimentarias en torno a los lactantes y sus madres. Metodología: Se entrevistaron 7 informantes clave y 56 madres de niños menores de dos años en tres localidades del Carso Huasteco Hidalguense. Se empleó el programa SPSS para procesar la información. Resultados: El 48% de las mujeres entrevistadas ofrecieron leche materna de manera exclusiva de 4 a 6 meses y el 57% destetó después del año. La familia es la principal fuente de información de las mujeres (91%), por encima del personal de salud (80%). 71% prefieren el uso de conocimientos de herbolaria (algunas veces combinadas con medicamentos alopáticos) estos conocimientos provienen de parteras, hijas de parteras o mujeres mayores. Conclusiones: Persiste el uso de saberes tradicionales de herbolaria y prácticas de alimentación positivas en los lactantes, sin embargo, también están presentes los alimentos procesados. Se recomienda el diálogo de saberes entre parteras y personal de salud para uniformar criterios y atender conjuntamente a las mujeres y niños en etapa de embarazo, parto, postparto, lactancia y alimentación complementaria.

Palabras clave: Conocimientos tradicionales, madres, lactantes.

5.2 Abstract

Feeding during the first 1000 days of life (from the womb to two years) are essential for the future health of a person. Objective: Analyze the knowledge and food practices around infants and their mothers. Methodology: Seven key informants and 56 mothers of children under two years of age were interviewed in three locations of Carso Huasteco Hidalguense. The SPSS program was used to process the information. Results: 48% of the women interviewed offered breast milk exclusively for 4 to 6 months and 57% weaned after the year. The family is the main source of information for women (91%), above health personnel (80%). 71% prefer the use of herbal knowledge (sometimes combined with allopathic medicines) this knowledge comes from midwives, daughters of midwives or older women. Conclusions: The use of traditional herbal knowledge and positive feeding practices in infants persists, however, processed foods are also present. The dialogue of knowledge between midwives and health personnel is recommended to standardize criteria and jointly attend to women and children in pregnancy, childbirth, postpartum, breastfeeding and complementary feeding.

Keywords: Traditional knowledge, mothers, infants.

5.3 Introducción

Durante los primeros dos años, la alimentación constituye una práctica importante ya que se conjugan posibilidades de aprendizaje, de intercambio social, construcción de autonomía, participación y creación de vínculos, cuando se practica lactancia materna o se come en familia en un ambiente agradable, se anima al niño o niña a comer con las manos, explorar texturas, colores, temperaturas y posteriormente animarle a tomar los cubiertos y así ir apropiando destrezas y habilidades clave en el desarrollo integral de los niños (Osses, 2014, p.72).

De acuerdo al Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2014), la alimentación durante los primeros mil días de vida, es fundamental para la salud a largo plazo, pues este periodo resulta crítico, ya que se asocia a un mayor riesgo de enfermedades no transmisibles, reducción de la capacidad cognitiva y la productividad económica (Black et al, 2013, p.427). Por ello la importancia de mantener una alimentación adecuada durante esta primera etapa que incluye el embarazo, el periodo lactancia y la alimentación complementaria, esta última caracterizada por el consumo de alimentos distintos a la leche.

La lactancia materna cuenta con gran cantidad de beneficios sobre la supervivencia, salud, nutrición y desarrollo del niño, así como beneficios para la madre y la economía familiar y social (Black, 2013, p.427; Black, 2008, p.243). UNICEF (2014) estima que la lactancia materna salva más vidas que cualquier otra acción preventiva, pues tiene el potencial de evitar el 12% de las muertes entre los niños menores de 5 años. Los niños que reciben lactancia materna exclusiva tienen menos posibilidades de contraer diarrea y neumonía y 14 veces más probabilidad de sobrevivir que los niños que no reciben leche materna (Black, 2013, p.427; Black, 2008, p.243). A pesar de ello, las estadísticas demuestran que dicha práctica cada vez se usa menos tanto en el medio rural como en el urbano (UNICEF 2014, OMS 2016, ENSANUT 2012, p.1).

Se estima que solo el 38% de los niños menores de seis meses a nivel mundial reciben LME. En México, solo el 3% de los niños reciben lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses y 6% hasta los cuatro, lo cual ha ido disminuyendo a través de los años, siendo más notorio en el medio rural en donde descendió de 36.9% en 2006 a 18.5% en 2012, es decir, cayó el 50% (ENSANUT 2012, p.1). En la población indígena pasó de 34.5% a 27.5%, lo cual significa que “las poblaciones en mayor pobreza son quienes están abandonando más aceleradamente las buenas prácticas de lactancia en el país” (INSP, 2016).

Un estudio de Colchero y colaboradores (2015, p.579) en México encontró que las prácticas inadecuadas de lactancia materna son muy costosas para el país, pues oscilan entre \$745.6 y \$2,426.5 millones de dólares, solo tomando en cuenta lo observado en niños menores de un año a consecuencia del consumo de fórmulas lácteas (el costo de las mismas, enfermedades respiratorias y gastrointestinales muerte), así como de bajos niveles de lactancia materna exclusiva que recibieron en sus primeros seis meses de vida. Sin embargo, estas estimaciones no consideran costos de enfermedades no registradas y en las cuales la LM ofrece protección, como dermatitis atópica, leucemia, diabetes, cáncer de mama y ovario, depresión postparto (González de Cosío, 2017, p.5).

Entre las causas de la disminución en la práctica de lactancia está la inserción de las mujeres en el mercado laboral, pues solo el 10% de las madres que trabajan, alimentan al seno materno sus hijos (Crowley, 2015, p.2); también influye la edad de las madres, el número de hijos, el estado civil y la escolaridad (Pino *et al.*, 2013, p.51).

González de Cosío (2017, p.5-6) menciona barreras individuales como la falta de confianza y de conocimientos sobre los beneficios de la lactancia y el síndrome de insuficiencia de leche, el estrés durante el parto y la obesidad materna que pueden hacer que la “bajada de la leche” se retrase más de 72 horas, lo cual aumenta la ansiedad en la madre y pone en riesgo la introducción de fórmula. Otras barreras son el mal “agarre” del bebé al pezón, dolor en los pezones o

seguir un horario establecido para ofrecer el seno materno; la falta de apoyo familiar y social, creencias distorsionadas, asesoría inadecuada del personal de salud y la creencia social de que la fórmula es un símbolo de solvencia económica.

Así mismo, hay barreras de tipo institucional como la falta de profesionales de salud capacitados en lactancia y consejería adecuada y efectiva; barreras políticas como el incumplimiento del Código de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna por parte de la industria que produce fórmulas infantiles, la cual promueve sus productos de manera no ética y sin ser sancionada por la autoridad en México (Gonzáles de Cosío, 2017, p.6).

En el presente artículo, se abordarán algunas de estas situaciones que influyen en la alimentación de los lactantes del carso huasteco hidalguense, lo cual incluye la alimentación durante el embarazo, el parto y postparto, así como la alimentación complementaria a partir de los seis meses, ésta última caracterizada por la introducción de alimentos diferentes a la leche materna (o sucedáneos de ella) a la dieta del lactante, con el propósito de sustituir gradualmente la leche y complementar la alimentación del niño con nutrimentos y energía necesarios para el desarrollo del niño (UNICEF, 2014).

UNICEF (2014) recomienda que los lactantes consuman una dieta diversa y frecuente de alimentos complementarios ricos en nutrimentos e higiénicamente preparados, además de la leche materna. Además, el papel de los cuidadores es tan importante como el alimento, pues deben interactuar con el niño, responder a las señales de hambre y de saciedad, seleccionar los alimentos adecuados y prepararlos en condiciones de seguridad.

Sin embargo, “la falta de acceso a alimentos asequibles y ricos en nutrimentos es un problema constante para muchas familias, frecuentemente introducen alimentos demasiado pronto o demasiado tarde, la frecuencia y la cantidad que se ofrece es menor de la necesaria para el crecimiento normal del niño, o la

consistencia o la densidad en materia de nutrimentos pueden llegar a ser inadecuadas para las necesidades del niño” (UNICEF, 2014).

Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012) en México, la mayoría de los padres en México (94.8%) iniciaron la alimentación complementaria entre los 6 y 8 meses. Algunos padres introducen alimentos inadecuados antes de la edad correcta debido a que relacionan a un niño obeso con un niño sano y piensan que al introducir alimentos a temprana edad van a nutrirlos mejor que solo con la fórmula láctea o leche materna.

Existe entonces la necesidad de optimizar la alimentación y por lo tanto la salud de las personas iniciando con los mencionados mil primeros días de vida, para lo cual es necesario conocer y tratar de comprender cómo se lleva a cabo este proceso, desde las relaciones simbólicas y los sentidos sociales en un sentido amplio; para lo cual debe entenderse la salud no “como un bien que se concreta materialmente al que deben acceder los ciudadanos y que se debe concebir como un derecho social humano... y considerar también el derecho cultural de los pueblos originarios”, lo anterior resulta en una condición de “bienestar” que debe ser definida desde la subjetividad (Díez-Urdanivia e Ysunza, 2013; p.115).

Alimentación, saberes y tradiciones en torno a lactantes del medio rural

La alimentación es un conjunto de procesos biológicos, psicológicos y sociológicos relacionados con la ingestión de alimentos mediante el cual el organismo obtiene del medio los nutrimentos que necesita, así como las satisfacciones intelectuales, emocionales, estéticas y socioculturales que son indispensables para la vida humana plena (NOM-043. Criterios para brindar orientación, 2006, p.34).

Conviene enfatizar en que el acto de comer no es solo para la satisfacción de una necesidad vital; qué comer, cuándo comer y con quién hacerlo son parte del sistema de significados dados muy particularmente por la cultura; representa un modo o un estilo que define no solo al alimento sino a la persona que lo consume.

Así mismo, las formas de comer tienen múltiples significados sociales y psicológicos más allá de lo nutrimental, pues las elecciones de la comida no son arbitrarias, detrás de ellas está la satisfacción de las necesidades del cuerpo o de los deseos y gustos personales y de acuerdo al tipo de sociedad (Pérez Gil, 2009, p. 393-394).

De manera que, parte de los conocimientos alimentarios con los que cuentan las personas en el medio rural vienen de sus conocimientos ancestrales, de los saberes locales depositados en las personas mayores o con cierta experiencia y que les representan un significado y una identidad. El conocimiento ancestral son aspectos generales y originarios tales como la cosmovisión, la caracterización del entorno natural y social.

Los saberes locales pueden derivar de un conocimiento que, basado en lo ancestral, ha sido innovado al contexto social, ambiental y productivo actual, también es aquel que ha sido adaptado o innovado de otros contextos culturales o biofísicos (Delgado, Rist, Jacobi y Delgado 2016, p.342). Los saberes no necesariamente son “tradicionales”, sino que se encuentran en un proceso dinámico determinado por las condiciones epidemiológicas, servicios de salud, sociales, económicas, ideológicas, entre otros factores; estos saberes son usados en las prácticas curativas y preventivas de enfermedades y padecimientos, incluidas las relacionadas con la salud materno-infantil (Díez-Urdanivia, 2013; p.116).

De Sousa (2009, p.18) hace, por medio de las epistemologías del sur, un reclamo a valorizar los diferentes tipos de conocimientos, sean o no científicos, “a partir de las prácticas de las clases y grupos sociales que han sufrido sistemáticamente destrucción, opresión y discriminación”. Parte de un sur no geográfico sino metafórico, refiriéndose a los grupos oprimidos y marginados, aquellos a quienes no se les reconocen como válidos sus conocimientos y técnicas ancestrales (De Sousa, 2009, p.16).

A escala mundial, se han depositado las recomendaciones, posturas y pautas en instituciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la UNICEF; a escala nacional, son las instituciones de salud mediante el personal de salud del sector público y privado, pero también las instituciones educativas y profesionales formados desde la perspectiva del conocimiento occidental.

En la escala local, en localidades rurales, el conocimiento de la cultura alimentaria de los menores de dos años está dada principalmente por los conocimientos y saberes locales y las decisiones las toman las madres, abuelas y otras mujeres de la familia (Pérez-Gil et al.,1993, p.693) y sus decisiones alimentarias tienen un fundamento ancestral.

Las prácticas de crianza y las representaciones sociales¹ de las madres y la sociedad en la que viven respecto a su papel como madres son especialmente importantes, ya que la sociedad las visualiza como “buenas madres” que cuidan, alimentan y se entregan completamente a sus hijos; pues es en las madres en quienes recae la responsabilidad del cuidado de los hijos, especialmente en el periodo de lactancia en los primeros meses cuando depende completamente de la madre para su alimentación (Castilla, 2005, p. 189-190).

Sin embargo, la maternidad, al igual que la lactancia, han sido fuertemente influenciadas por el discurso del personal de salud que genera un proceso de medicalización sustentando científicamente una sobrecarga de responsabilidad de la madre en el cuidado de los recién nacidos (Van Esterik, 1989). “El saber biomédico es el legitimado por el Estado y subordina a los saberes populares, tradicionales y de autoatención”, por ello la importancia de establecer un diálogo de saberes entre el saber biomédico con otros subalternos y que permitan

¹ Las representaciones sociales de la alimentación corresponden a un acto del pensamiento en el cual el sujeto se relaciona con los alimentos, mediante mecanismos diversos por los cuales el alimento es concebido simbólicamente, interpretado de acuerdo a los valores, necesidades, religión, roles sociales y otros aspectos socioculturales (Moscovici, 1985).

relaciones equitativas de poder entre los diferentes saberes (Díez-Urdanivia, 2013; p.109).

Es por ello que las mujeres necesitan apoyo de su pareja, de otras mujeres, del sistema de salud, de leyes que protejan laboralmente su derecho a dar leche materna, que no las desinformen los medios de comunicación y la industria de alimentos infantiles, que no las hagan pensar que su propia leche es de menor calidad o que no son capaces de producir suficiente leche porque eso es atentar a sus derechos. No deberían ser forzadas a decidir entre su trabajo de madre y otros trabajos (Van Esterik, 1989).

En México y América Latina se han realizado algunos estudios sobre las prácticas alimentarias, tradiciones y creencias en torno a la alimentación materna y de los menores de dos años. En el estado de Oaxaca, Díez et al (2013, p.120-121) estudiaron a mujeres de localidades consideradas de alta marginación y encontraron que las mujeres acuden con las parteras desde el principio para corroborar el diagnóstico de embarazo y en el último trimestre cuando les dan “limpias” para que en el parto no se presenten problemas y buscan dar confort y tranquilidad a la mujer, se tejen en ese momento redes de apoyo entre las mujeres, compartiendo una responsabilidad moral-espiritual entre ellas.

Entre las mujeres entrevistadas por Díez et al (2013; p. 122-123), hubo quienes preferirían no asistir a ningún servicio médico para su revisión, pero es obligatorio para poder recibir apoyos gubernamentales; algunas dijeron sentirse regañadas y hasta mal tratadas por el personal de salud. Durante el embarazo, refirieron sentir “ascos” y después “antojos” que se tienen que satisfacer, pues de no hacerlo, se corre el riesgo de que, al nacer, el bebé se parezca físicamente al alimento del cual tuvo antojo. Algunas mencionaron sentir tristeza, cansancio y/o sueño, que trataban con plantas ya que no le provocaban daño al bebé. Durante el embarazo, algunas madres evitaban algunos alimentos por pensar que podrían interferir con el embarazo, retrasarlo, adelantarlo o tener gemelos.

De igual manera, al inicio del parto, las parteras administran té de distintas hierbas hasta finalizar con té de canela muy cargado que ayuda a que el parto sea más rápido. Algunas mujeres mixes y zapotecas usan el temazcal durante el parto o posparto para recobrar el equilibrio. Los 40 días posteriores al parto, también llamada “cuarentena” es el tiempo en el cual el cuerpo regresa a su estado normal y durante este tiempo, las mujeres oaxaqueñas se amarran un ceñidor para evitar hemorragias y complicaciones en el futuro, reposan durante los 40 días –especialmente las primerizas-, aunque con el paso del tiempo disminuyen los días de reposo porque no tienen quién les ayude o consideran que menos tiempo es suficiente, no hay que salir destapada y bañarse temprano (Díez, 2013; p. 122-124).

En el posparto, se hace una diferenciación entre alimentos fríos y calientes, la cual se refiere a una temperatura no real, sino a cualidades inherentes del alimento, que se deben cuidar en la cuarentena ya que en el parto pierden calor y para recuperarlo, deben consumir alimentos calientes y evitar alimentos fríos como los tamales, el aguacate, huevo frito, sandía y plantas de hoja verde porque causan cólico al bebé; también evitan coliflor, col, nopal, carne de puerco y alimentos con mucha grasa, los frijoles hasta después de dos semanas por riesgo a que el bebé “no madure su ombligo” y en general los alimentos fríos le hacen daño al bebé y a las mujeres hace que les provoque dolor. Todos sus alimentos deben ser cocidos o hervidos, no fritos ni crudos, el caldo de pollo debe ser de rancho y no de granja (Díez, 2013; p.128-129).

Entre las prácticas de alimentación durante la lactancia, se encontró que las mujeres oaxaqueñas consumían atoles, caldo de gallina sin verduras ni grasa, infusiones de plantas que consideraban favorecedores de la lactancia materna; no consumen coco porque “le cae mal” a los bebés. Todas las madres se sentían satisfechas de ofrecer leche materna por considerarlo importante para sus hijos, muchas de ellas daban pecho hasta el año o dos años o hasta que se volvían a embarazar (Díez, 2013; p.130).

5.4 Capítulo descriptivo y metodológico

El contenido se centra en la perspectiva de los saberes y conocimientos tradicionales de los pueblos rurales en materia alimentaria, que se han ido modificando y permeando de las ideas occidentales difundidas por los medios de comunicación y personal de salud, sin dejar de lado sus creencias tradicionales y saberes ancestrales. Con la amalgama resultante de esta combinación, siguen llevando a cabo la alimentación de los lactantes, lo cual incluye desde la producción del alimento, su elección, preparación culinaria y formas de consumo que responden a sus necesidades, cosmovisión, gustos y posibilidades económicas.

Se integran observaciones y entrevistas semiestructuradas con madres de menores de dos años e informantes clave que viven en localidades de la Sierra Madre Oriental, específicamente la subprovincia del Carso Huasteco en su porción del estado de Hidalgo. Las entrevistas fueron al azar a 56 madres de entre 18 y 42 años, en tres localidades con distinto grado de marginación: Tianguistengo, con marginación baja (donde se entrevistaron 21 mujeres), Xochicoatlán, con marginación media (donde se entrevistaron 16 mujeres) y Texcaco, con marginación alta (donde se entrevistaron 19 mujeres). Las localidades fueron seleccionadas primero por el grado de marginación, con la finalidad de observar los cambios en los diferentes contextos social, económico y cultural de cada lugar, también se eligieron en base al número de habitantes, buscando las más numerosas para tener una muestra mayor de madres y finalmente se buscó que no estuvieran tan alejadas una de otra por cuestiones logísticas.

Las entrevistas incluyeron aspectos como alimentación y cuidados en el embarazo, alimentación y cuidados posparto, tipo de lactancia y alimentación complementaria. La información cuantitativa se procesó con el programa SPSS, se aplicó Chi-cuadrada de Pearson en algunas variables para identificar diferencias y la cualitativa mediante una matriz de datos.

5.5 Resultados y discusión

Tianguistengo y Xochicoatlán son municipios del estado de Hidalgo ubicados en la provincia de la Sierra Madre Oriental, específicamente en la subprovincia del Carso Huasteco, en ellos se encuentran las localidades de donde se llevó a cabo la presente investigación: Texcaco, Tianguistengo y Xochicoatlán. De acuerdo a los resultados, las madres de niños menores de dos años eran en su mayoría casadas, amas de casa, estudiaron secundaria o preparatoria y un poco más de la mitad tenía más hijos además del menor de dos años (Ver Cuadro 14).

Cuadro 14. Características generales de las madres entrevistadas

Edad	
18-25 años	52%
26-42 años	48%
Estado Civil	
Casadas	89%
Solteras	11%
Ocupación	
Amas de casa	70%
Trabaja regularmente fuera de casa	28%
Estudia	2%
Escolaridad	
Nivel básico	12.5%
Nivel medio básico	37.5%
Nivel medio superior	34%
Nivel superior	16%
Número de hijos	
Es el primero (1)	45%
2	32%
3	12.5%
4 o más	11%

Embarazo

El embarazo es un estado fisiológico de la mujer, que inicia con la implantación del producto en el endometrio del útero y termina con el nacimiento, dura aproximadamente 40 semanas, contando desde el último periodo menstrual (Secretaría de Salud, NOM-007). Durante el embarazo, el 46% de las madres refirió comer más, 21% comer menos y 32% dijo comer igual que antes. El 70% de las madres dijo no consumir ningún alimento en especial, otras madres mencionaron tener “antojos” de fruta, de alimentos dulces (galletas, caramelos, pan) o bien, alimentos picantes. En la Cuadro 15 se muestra su alimentación habitual.

Cuadro 15. Alimentación habitual promedio

Desayuno	Almuerzo	Comida	Cena
7:00 - 8:00 am	12:00pm	4:00-5:00pm	9:00-10:00pm
Café y pan o galletas	Enchiladas con huevo o tortillas con frijoles	Pollo o huevo con arroz o sopa de pasta, frijoles, salsa y tortillas	Café, té o atole con pan

Cuando tienen la presión baja, las informantes mayores recomiendan consumir una cucharada de miel diaria para que se normalice la presión; cuando tienen mucho vómito, comer cacahuete, manzana hervida y si no tiene la presión alta, con un poco de canela y gelatina sin cuajar. Estos y otros conocimientos acerca de la maternidad se obtienen principalmente de las mujeres de la familia (Ver Figura 2)

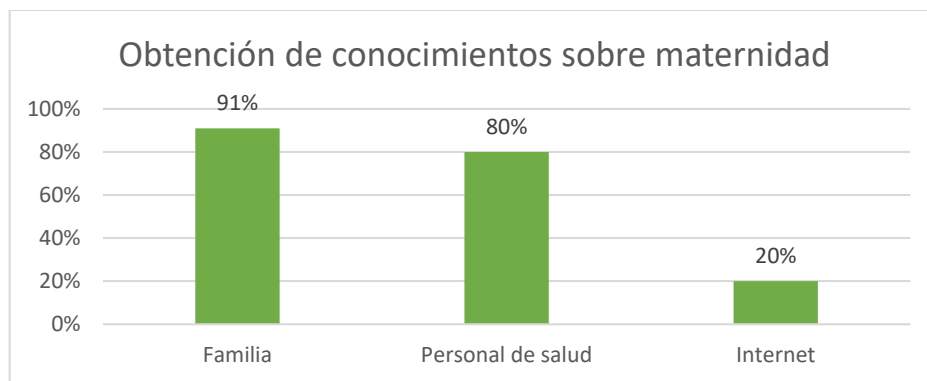


Figura 2. Obtención de conocimientos sobre maternidad

El parto

Todas las mujeres entrevistadas acudieron al hospital para el nacimiento de sus hijos(as), la mayoría nacieron en el Hospital IMSS de Zacualtipán, seguido de Pachuca, ya sea en hospital particular o público (Ver Figura 3). La mayoría nacieron por parto normal, a término y sin complicaciones al nacer La mayoría nacieron por parto normal, a término y sin complicaciones al nacer (Cuadro 16).

Cuadro 16. Características del nacimiento

Tipo de parto		Complicaciones al nacer		A término	
Normal	59%	Sí	13%	A término	93%
Cesárea	41%	No	87%	Prematuro	7%

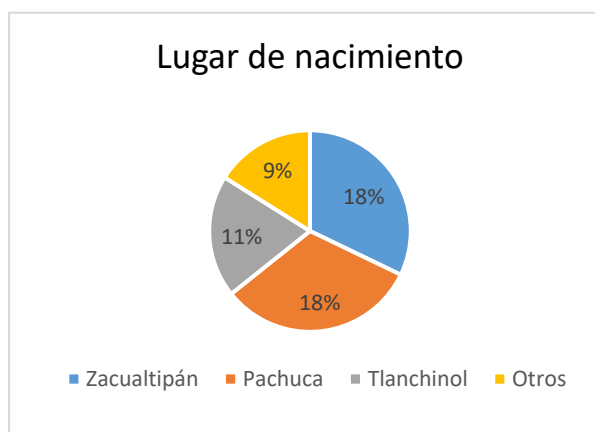


Figura 3. Lugar de nacimiento

El papel de las parteras

Solamente en una de las tres localidades estudiadas (Texcaco), existe una partera, en las otras dos localidades se pudo localizar a las hijas de las parteras que había anteriormente en las localidades y que ya fallecieron. También se entrevistó a mujeres mayores que fueron atendidas por parteras en el nacimiento de sus primeros hijos.

En la localidad de Texcaco aun existe una partera, la cual funge para algunas mujeres como auxiliar a la atención del centro de salud, revisa a las mujeres que acuden con ella, les "soba la panza" cuando es necesario, revisa a los bebés y cuida a las mujeres en el postparto si es que se lo solicitan, sin embargo, ya no les hace los baños de hierbas calientes porque está grande y enferma y teme que le pueda hacer daño.

En Xochicoatlán, la hija de la partera que había anteriormente, ha combinado sus saberes tradicionales con la medicina moderna, pues es propietaria de una farmacia donde, además de medicamentos, tiene algunas plantas medicinales que recomienda a todas las personas que se acercan a pedirle consejos (sin costo alguno). Cabe mencionar que no son pocas personas, pues es muy conocida en la cabecera municipal, pero también en las localidades aledañas, pues su mamá atendía pacientes de diferentes localidades del municipio, ya que anteriormente no había quién más lo hiciera. No tiene una formación académica en ciencias de salud, todo lo que sabe lo aprendió de su mamá, pues desde muy joven, ella fungía como enfermera para ayudar con los pacientes.

En Tianguistengo, al igual que en Xochicoatlán, se encuentra la hija de una partera, de quien aprendió todo lo que sabe, es muy conocida en la localidad porque cura a los niños de "empacho", de fiebre, cuando se les "cae la mollera", atiende a las mujeres embarazadas que la consultan para "acomodar" a los bebés para que no "se pegue" en la matriz, les recomienda infusiones para hacer más rápido el parto, les da consejos a las mujeres embarazadas como sobarse la

panza, echarse agua en el vientre bien calientita con jabón zote cada vez que se bañen, enredarse y acostarse, comer manzana, entre otros.

En la opinión de las madres de mayor edad, quienes tuvieron la experiencia del nacimiento de alguno de sus hijos con partera, afirman que la experiencia es muy distinta comparada con el nacimiento en los hospitales, pues una partera es más cuidadosa y empática, les da ánimo y apoyo de una madre a otra desde el inicio del embarazo; en los hospitales el trato es frío, están solas, muchas veces se sienten ignoradas e incluso regañadas por el personal sanitario, no les permiten aplicar las técnicas que sus parteras recomiendan por considerarlas incorrectas, atrasadas e incluso dañinas. Las señoras mayores dicen lo siguiente:

Ahora es una cosa muy triste, yo las compadezco, tan solo esa cosa del tacto, no, no, no, es horrible, lastiman a la mamá, lastiman al bebé. Las parteras, ¡Uuuy con qué cuidadito! Hasta ni se sentía que te iban a tocar, era bonito, esa señora, ¡Buenísima! Las dos que me atendieron, muy buenas, ya murieron. (70 años, Xochicoatlán).

Todas esas veces que les hacen cesárea que porque el niño viene mal acomodado, se les puede acomodar, con el rebozo se les va sobando despacito, sin lastimar. (73 años, Tianguistengo).

De acuerdo al personal de salud, ya no está permitido que los niños nazcan en las localidades, deben remitir a las madres al hospital, por lo que el papel de las parteras se limita únicamente a aconsejar a las mujeres durante el embarazo, posparto y en el cuidado de los niños.

El postparto

Entre los principales cuidados que tienen lugar durante el posparto están los “baños con hierbas calientes”, lo cual es una tradición que consiste en hervir una mezcla de corteza de árboles y plantas medicinales “calientes” (toronjil, cáscaras de pemuche, mohuite, xipi, entre otras) que mejoran la recuperación después del parto, ayudan a que “los huesos se fortalezcan”, para después no tener

complicaciones y molestias a las que ellas llaman “caxanes²”, los cuales, según una señora de Xochicoatlán de 70 años de edad, se quitan hasta que “vuelvas a tener otro hijo y entonces te cuidas, porque si no vas a quedar peor”, también recomienda no caminar mucho y no “agarrar mucho el agua”. Respecto a los baños, deben ser tres o si se puede, cuatro baños: un día sí y un día no, en los que deben cuidarse de no salir al aire, que no les de frío y taparse la cabeza. Una señora joven (27 años) de Texcaco, lo platica de la siguiente forma:

Nos bañan con hierbas para que no se nos inflame la panza, porque de que tenemos los bebés, queda inflamada la pancita, entonces mi esposo buscó una señora para que fuera a bañarme con todas las hierbitas. Las hierven en un bote grande para 4 días, durante 4 días me tengo que bañar, lo más caliente que se pueda en la pancita ponérmelo y después del baño, taparnos bien con cobija para que sude todo el cuerpo. Ya después de los 4 días, entonces preparan comida para la señora que fue a bañarme y para sus familiares que quieran ir, como en agradecimiento.

Sin embargo, hay también mujeres más jóvenes que prefieren no seguir la tradición, como una madre de 20 años, de Texcaco, que comentó: “Bañarme no, porque yo no quise. Aquí las bañan con unas hierbitas, pero pues yo no quise. Porque si me iban a bañar con eso, no iba a poder salir.”

Me decían que no me levantara, que me tapara, que no hiciera esfuerzo... pero no les hice caso, ni me esperé a los 40 días. El mismo día anduve en las tiendas como si nada, si estuve acostada 3 días fue mucho. Hasta la fecha me dicen ‘Tápate, cuando estés más grande vas a resentir’ pero yo no le hago mucho caso. (24 años, Xochicoatlán).

Otras madres consideran que era más fácil cuidarse antes y no tenían tantas cosas que hacer como ahora: “Antes las señoras sabían muchas cosas, se cuidaban mucho; ahora, aunque quisiéramos, pero tenemos cosas que hacer”

² Cachán o caxán del verbo náhuatl *caxania*, recaer y el verbo *caxaua*, adelgazar. “Enfermedad propia de la mujer recién parida que no respeta el periodo de la cuarentena.” Se presenta con dolor de cabeza, huesos, pulmón o articulaciones; sensación de frío, inflamación de la matriz, dolor de cintura; lo cual, en la medicina académica, podría corresponder a un cuadro infeccioso. Puede dividirse en tres tipos: cachán de frío, por bañarse con agua fría, comer alimentos “fríos” y agrios y no cumplir con los baños de vapor o temazcal o bien, recibió corrientes de aire frío; cachán de trabajo, cuando la mujer se levanta antes de tiempo y realiza labores pesadas; el cachán de hombre es por tener relaciones sexuales durante la cuarentena.

(38 años, Tianguistengo). Las señoras de mayor edad consideran que cuidarse es fundamental para estar sanas y que no les duela nada cuando ya tienen mayor edad, las señoras de antes “por eso duraban tanto, porque se cuidaban mucho”.

En cuanto a la alimentación durante el postparto (ver Cuadro 17), una informante mayor (mujer de 72 años, tuvo 5 hijos) mencionó que, además, debe ser de gallina y no de gallo, ya que la gallina es “caliente” y el pollo es “frío” y debía ser diario, durante los 40 días sin manteca ni aceite, solo con hierbitas: ajo, cebolla y hierbabuena. Otra mujer mayor (80 años) dijo que su mamá, que era partera, les daba infusión de tepozán todos los días una taza, para que les limpiara la matriz.

Cuadro 17. Cuidados y alimentación durante el postparto

Alimentación postparto	
Consumir caldos (de pollo criollo, de preferencia)	75%
Consumir atoles	55%
Tomar muchos líquidos	20%
No consumir carne de puerco	12.5%
Evitar la grasa	11%
Sin cambios en la alimentación postparto	16%
Otros cuidados	
No hacer quehacer	86%
Reposo en cama	64%
Taparse	52%
Baños con hierbas calientes	41%

Otra señora de 70 años de Xochicoatlán recomienda que, cuando les hacen cesárea, deben evitar la carne de res, el chorizo, jamón, salchicha, poca carne de pollo, hasta los dos meses... porque si no, “la costura se pudre y tarda años para sanar”, además menciona que antes, a medio día, les daban un vasito de jerez con un huevo crudo, “para agarrar fuerzas y tener leche”.

Otros cuidados son abrigarse, no salir con la cabeza destapada en los días posteriores al parto, no lavar trastes, no barrer (es lo peor que se puede hacer), “no hacer tanto esfuerzo, no cocinar en leña porque el calor puede hacer daño, no ir por leña y si tienen quién les ayude a hacer sus quehaceres y sí respetar la cuarentena” (Madre de 26 años, Texcaco).

El 9% de las madres contrató a alguien para cuidarla, cabe destacar que 4 de las 5 madres que lo hicieron fueron de la localidad de Texcaco, lo cual refleja la importancia que tiene para ellas, pues a pesar de no contar con suficientes ingresos, pagan (con dinero o alimentos) a otras madres para cuidarlas en esta etapa.

La duración de estos cuidados es variada, desde únicamente tres días hasta mujeres que se cuidan durante dos o tres meses, siendo 40 días la duración más frecuente (Ver Cuadro 18). Se observó de manera general que las mujeres que se convirtieron en madres por primera vez son quienes se cuidaban más; las madres que tenía otros hijos, tuvieron menos cuidados en el postparto, una mujer de 33 años, madre de cinco hijos comentó: “Normalmente nos bañan con *copetlate* y *heuities*, pero ya con este niño ya no me bañaron, nada más con los primeros”.

Cuadro 18. Duración de los cuidados postparto

2 meses o más	6%	15 días	18%
40 días	20%	5-10 días	11%
30 días	16%	3 días	16%

Entre otras las tradiciones del postparto, sobre todo en la localidad de Texcaco, está visitar a las madres y llevarles un presente, ya sea ropa para el bebé o comida para la mamá, como atoles, caldo de res o de pollo, infusiones y huevo fresco. Anteriormente, de acuerdo al testimonio de la hija de una partera y una señora mayor, en algunas localidades, en lugar de los baños con hierbas o después de los baños, empleaban el temazcal, para recuperarse del parto, inclusive hay casas que aun cuentan con temazcal, pero ya no lo usan para el postparto.

Lactancia

Se les preguntó a las mamás en qué momento decidieron ofrecer lactancia materna a sus hijos, el 95% de las madres siempre pensó en ofrecer lactancia materna, sin embargo, el 23% ofreció solamente leche de fórmula durante los primeros seis meses, 18% ofrecieron lactancia parcial o predominante (combinando fórmula con LM) y la mayoría (59%) ofreció lactancia materna exclusiva (Ver Figura 3) durante los primeros seis meses, lo cual es mucho mayor que la media nacional (30% en el ENIM, 2015). Así mismo, se encontró diferencia estadísticamente significativa entre localidades, siendo la localidad de Texcaco con mayor porcentaje de LM exclusiva.

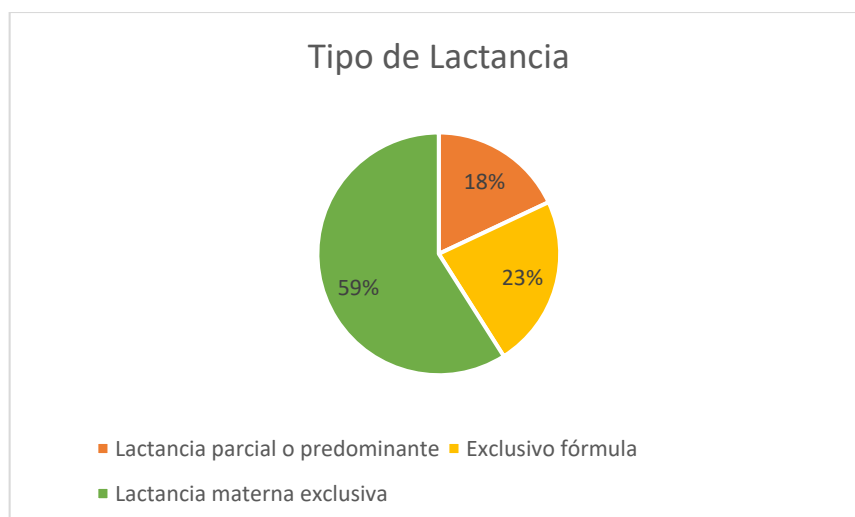


Figura 3. Tipo de lactancia

Estrategias para la “bajada” de la leche

Algunas madres mencionaron complicaciones para que les “bajara la leche” entre los remedios que ellas utilizaron están el epazote y quelite “soyo” en caldo o en compresas calientes: “Me hervía yo el epazote y me caldeaba yo con él o lo tomaba yo y pues ya tenía yo leche. Hay un quelite que le dicen el soyo, ese sí es muy bueno... Se hierva, se hace caldo con el epazote y come usted con él con todo y su quelite” (Mujer de 37 años, madre de dos niños). Otros alimentos que consumen para tener leche son la pata de res, nejayote³, quelite de luna, una cerveza en ayunas, consumir mucho caldo de verdura, atole de masa, infusiones, chocolate, lácteos y muchos líquidos.

¿Por qué algunas mujeres dejaron de dar pecho?

De las mujeres que ofrecieron leche de fórmula de manera exclusiva, la mitad manifestaron que les hubiera gustado dar leche materna. Entre las razones por las que dejaron la LM mencionaron enfermedad, comentarios de otras mamás, las madres tienen la sensación de que “casi no tuve leche”, el bebé “no se

³ Para las mujeres de la región, el nejayote es un residuo de la nixtamalización del maíz.

llenaba” o que el bebé no quería el pecho. Las mujeres lo platican de la siguiente forma:

Me decían 'Es que no le des pecho, porque yo cuando tuve a mi niño le daba pecho y es lo que le hacía mal' y le dejé de dar el pecho. (24 años, Xochicoatlán).

El niño estaba malito y nos dijeron que mejor fórmula y nos recetaron una que es excelente: Enfamil. (26 años, Texcaco),

Al principio, me dijeron que le diera puro pecho, pero luego como a los 8 días, uno ya no quiso comer y nos fuimos al hospital; me dijeron que a lo mejor era porque no estaba llenando y que les diera la fórmula. (26 años, Texcaco).

Las respuestas anteriores dejan notar que probablemente lo que hizo un mayor apoyo y mejores fuentes de información para la lactancia materna, pues salvo en situaciones muy específicas, las madres tienen la capacidad para ofrecer leche materna a libre demanda con suficiencia para los requerimientos de el o los bebés.

Algunas mujeres se sentían muy presionadas por no poder alimentar a sus bebés desde el principio, una de ellas comenta:

Al principio batallé porque en el hospital le dieron fórmula y ¿Ves que las tienes que pegar rápido? Y yo no hice eso, entonces batallamos como un mes. El pediatra nos dijo que me la tenía que pegar y pegar hasta que bajara la leche y tomar mucho líquido. Y yo me estresaba que no le podía dar de comer, ya de repente me relajé y ya tuve. (27 años, Xochicoatlán).

En este caso, es evidente la presión emocional y social por la que pasan las madres, especialmente las “primerizas” para ser “buenas madres” y hacer lo que los demás esperan que hagan y eso les provoca mucha ansiedad, lo cual puede también retrasar la “bajada de la leche”.

Ventajas de la lactancia

Las ventajas de la leche materna que las madres lactantes mencionaron son: “ahorra tiempo” (20%), “ahorra dinero” (20%), “es más nutritiva” (23%), pero solo 5% (3 mujeres, una de cada localidad) mencionaron que también tiene ventajas para la madre, lo cual coincide con algunas autoras en que la maternidad es

concebida por muchas como el hacer lo mejor para el bebé sin importar una misma. Ninguna madre mencionó la lactancia materna exclusiva como método anticonceptivo. A continuación, algunos ejemplos de lo anterior:

A ella [la más pequeña] yo le di pecho y al mismo tiempo fórmula hasta los 3-4 meses y sí veo la diferencia, porque la más grande, se enfermaba mucho, le daba mucha gripa, tos y la chiquita no. (29 años, Xochicoatlán).

El pecho les ayuda mucho para cubrir enfermedades, las enfermedades vienen ya después que les quitan el pecho. Yo les quité el pecho a mis hijos hasta los tres años, porque ya hay que ir a trabajar, ya luego tienen que ir al kinder. (Mamá de madre de 18 años, Tianguistengo)

Para mí es lo más fácil darle pecho porque la leche [de fórmula] también quiere que se esté preparando, hervirle el agua... ¡Comprarla! Da más trabajo. (33 años, Texcaco)

Para el 37.5% de las entrevistadas, la LM es lo más natural y no se imaginan otra forma de alimentación (aunque saben que existe) puesto que todas las madres de su familia “amamantaron” a sus hijos. Este pensamiento persiste mayormente en la localidad con mayor grado de marginación (74%) y difiere estadísticamente de lo que mencionan las madres de las otras localidades. El 23% mencionó haber ofrecido LM por recomendación del personal de salud, 21% por recomendación de la madre o suegra y 32% por considerar que “es lo mejor”.

Es como una obligación, porque es más nutritiva; mi mamá me decía que ya hay muchas mujeres que no quieren que les jalen el pecho, a mí me dijo: a ti que te jalen el cuero, que tú a mí me lo jalaste y me lo dejaste aguado. (28 años, Texcaco).

Sin embargo, no todo es fácil cuando se trata de amamantar, muchas madres mencionaron sentir dolor en los senos, en los pezones, dolor en la herida cuando es el caso, cansancio, ansiedad por el retraso en la “bajada” de la leche.

Algunas madres (21%) ofrecieron el pecho a sus hijos durante la entrevista, porcentualmente, fueron más las mujeres de Texcaco, lo cual representa la naturalidad con la que ellas perciben el acto de “amamantar”, pues se levantaban

la blusa y sacaban el seno frente a una mujer desconocida, mientras que en otros lugares las madres se ocultan o se tapan para ofrecer el pecho.

¿Por qué algunas mujeres optan por emplear sucedáneos?

Algunas mujeres mencionan haber combinado leche materna con sucedáneos para poder dormir más en la noche, para poder salir a trabajar o poder dejarlos al cuidado de otra persona por algún periodo de tiempo y encuentran dificultad para extraerse la leche materna; por considerar que conforme empiezan a crecer, la leche materna y no les “llena”, por la comodidad de tener un horario y que no pidan “a cada ratito”, o bien, por el nacimiento de un nuevo hijo. Algunas madres lo mencionan de la siguiente forma:

Lo que es difícil es cuando me tengo que ir a trabajar, por ejemplo, yo luego me iba a trabajar y ya sea que me sacaba un poco de leche y lo metía en el refrigerador y pues es muy lenta la succión y mi niño al principio no aceptaba la fórmula, entonces a veces mi mamá me lo llevaba a cierta hora o a la hora de la comida ya le daba de comer. Como hasta los 6 meses empezó a aceptar la fórmula. Le establecíamos unas horas para que me llevaran o yo venía, la ventaja es que estaba trabajando cerca. (26 años, Texcaco)

Yo sí le daba los dos [pechos] y luego le metía la mamila, así me dijo mi mamá: dale un poquito y luego otro poquito, le acompletas con la mamila, si no, lo vas a mal acostumbrar. (25 años, Tianguistengo).

¿Hasta cuándo dar leche materna?

Antes, sobre todo en la localidad de Texcaco, las madres acostumbraban a dar el pecho hasta los 3, 4 o incluso 5 años, recuerdan que las mamás iban al kínder a llevarles el almuerzo y se levantaban la blusa en la calle para darles la “chichi”. De acuerdo a las entrevistas realizadas para este estudio, la edad de destete más frecuente es a partir del año (Ver Cuadro 19), sin embargo, hay quienes (lo mismo madres que personal de salud) consideran que desde los seis meses ya no es leche “buena”, que ya no es suficiente la leche materna y necesitan complementar con fórmula.

Cuadro 19. Edad de destete

≤3 meses	15.7%
4-6 meses	5.2%
6-12 meses	21%
12-24 meses	31%
Más de 24 meses	26%

En Xochicoatlán nadie mencionó dar pecho después del año, las mujeres informantes de mayor edad que se consultaron, mencionaron que no recomiendan amamantar después del año porque ya no es bueno para la mamá ni para el hijo: “a menos que se alimente muy bien la madre, pero si no, no es recomendable” mencionó una de ellas. La otra señora mencionó que ella no recomienda que sea más del año y medio porque si no, las mujeres “se adelgazan mucho” y los niños “se hacen groseros”. Según las recomendaciones que las madres recuerdan, mencionan lo siguiente:

Más que nada nos decían que por lo menos de los 6 meses hay que darles pecho, es lo mejor, o al menos de un año, parece, ya después hay que ver si les seguimos dando de otra leche (29 años, Texcaco).

Aquí en nuestro centro de salud nos dicen que más o menos de dos años. Yo a mi niño le voy a seguir dando pecho ¿O será es malo? Yo digo que no porque es más bueno que la leche comprada. (33 años, Texcaco).

De mi primer hijo me dijeron que hasta los 6 meses y hasta me regañaban que porqué le seguía dando, ahorita que hasta los dos años, obligatorio. (26 años, Tianguistengo).

Respecto al destete, algunas madres utilizaron hierbas “amargosas” y se las restregaron en el pecho para que “les supiera feo” y ya no lo quisieran, otras mencionaron que el bebé ya no quiso, algunas tuvieron que dejarlos de un día para otro al irse a trabajar: “Hay un hehuite que le dicen amargoso, fui a traer y lo refregué en agua y me lo puse y ahora que quiere mamar lo siente amargoso y ya no quiso” (33 años, Texcaco).

Alimentación Complementaria

La mitad de las madres empiezan a ofrecer alimentos antes de los seis meses (ver Figura 4), argumentando que “al bebé se le antoja la comida” o por miedo a que no se llene con la leche y baje de peso, para que “vaya agarrando fuerzas”. Otras madres comienzan a dar alimentos sólidos después de los seis meses (Ver Figura 5) por miedo a que se atraganten con la comida, por recomendación del personal de salud o lo que han leído en Internet.

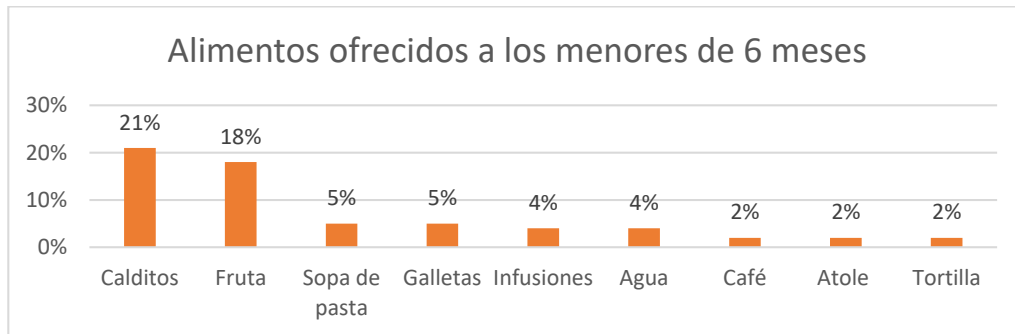


Figura 4. Alimentos ofrecidos a los menores de 6 meses

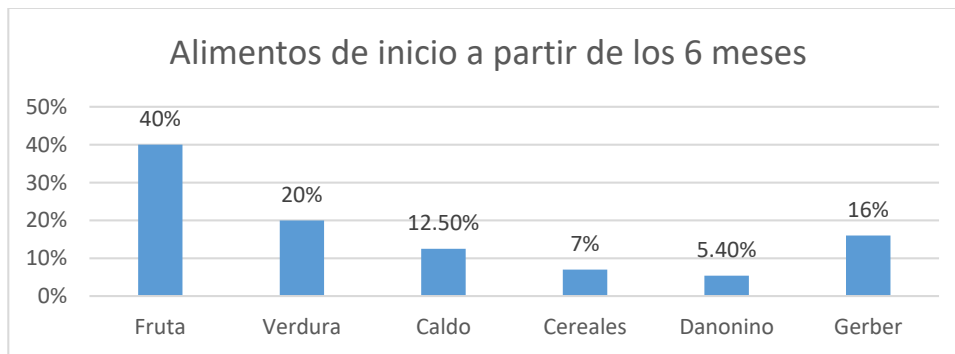


Figura 5. Alimentos de inicio a partir de los 6 meses

Respecto a la consistencia de los alimentos, en general comienzan con papillas, seguido de alimentos suaves y posteriormente en trozos pequeños; sin embargo, algunas madres ofrecen desde el inicio alimentos suaves como verduras cocidas o alimentos remojados como galletas remojas en leche o café o tortilla remojada en caldo. Algunas experiencias son las siguientes:

Dicen en el centro de salud que se les puede dar alimentos hasta los 6 meses, pero ella quiso empezar a probar desde los 3 meses el puro caldito de las verduras y le hago té de manzanilla, le hierbo la manzana y se toma el tesito. Hay algunas mamás que tienen más posibilidades y les dan lo que ya viene preparado, con ver el gerber, el yogurt, el danonino... eso es lo que primero que le dan a sus niños. Pero yo siento que es es más bueno que les demos lo más natural, lo que tenemos en casa, verduras (27 años, Texcaco).

Le empecé a dar comidita desde antes de que cumpliera el mes, le daba calditos, galleta remojada con lechita, después le daba yo gerber o danonino a los 3 meses (30 años, Tianguistengo).

Depende mucho del nivel económico, por ejemplo, si es hijo de un profesor: le compran su gerber, le hacen sus papillas, sus mamilas; pero los que no tienen posibilidades, desde pequeñitos (como de 3 meses) ya les dan su tortillita, sus frijoles, porque no tienen solvencia económica para darles una leche que les nutra, el pecho ya no les nutre, entonces tienen que buscar la manera de que no chillen, de que se llenen (72 años, Xochicoatlán).

En algunas mujeres persiste la creencia de que los alimentos procesados son mejores, un símbolo de mayor estatus o solvencia económica. Así mismo, se observa disparidad entre las recomendaciones entre el personal de salud, ya que algunos recomiendan, fórmulas a partir de los seis meses y alimentos procesados y otros recomiendan leche materna el mayor tiempo posible y alimentos naturales, esto crea confusión en las madres; si además se suma la opinión de otras mamás, la diversidad de recomendaciones es muy grande. De ahí la importancia de unificar criterios mediante un diálogo de saberes, así como actualizar al personal de salud y diseñar campañas publicitarias en los medios para la población general.

Saberes locales en el cuidado de los niños

En lo referente al cuidado de los niños, las madres mencionan situaciones en las que han empleado saberes locales, como cuando los niños se “espantan”, se “empachan” o les da fiebre o diarrea. Para el 71% de las madres, los conocimientos tradicionales y la sabiduría de las “abuelitas” son consideradas muy importantes en todas las localidades, aun sobre los conocimientos del personal médico.

Cuando los niños se “espantan”, los bañan con una planta que conocen como “mohuite” la hierven, refriegan o la ponen al sol hasta que el agua se pone roja y bañan con ella al niño(a) durante tres días. Para el empacho, existen diferentes técnicas como el “pan puerco⁴” y/o carbonato con manteca en el ombligo, aceite rosado -que se puede mejorar “agregando dos rosas de castilla tostadas y dejando reposar por tres días”- (73 años, Tianguistengo) y “jalarles el cuero de la espalda”; para disminuir la fiebre, emplean baños con plantas: “nixtamaxihuitl”, “jehuite grueso” y mejorana, baños con agua y aguardiente. En caso de tener diarrea, emplean infusiones de malva, lima “chichona”, mirto y hojas de guayaba o bien, compresas de hoja de tabaco con “nejayote”. Resumen en el Cuadro 20.

Hay madres que emplean únicamente medicamentos alopáticos (5%) y otras que mezclan unos con otros, los complementan o intentan primero ir al médico y si consideran que no funcionan, emplean sus saberes locales, para lo cual es fundamental “tenerles fe”, comenta una señora: “A veces los niños se espantan y dice uno: le voy a hacer sus tres baños de mohuite. Como uno lo cree, sí se componen. Haciéndolo con fe, sí se componen” (37 años, Tianguistengo). Otros ejemplos son los siguientes:

Para curar la calentura: “jehuite grueso” con “Nixtamalxihuitl” y mejorana, lavarlo y refregarlo en una cubeta con agua tibia hasta que le salga espumita. Si no le sale espuma, no le va a servir al niño. Agregar dos cucharaditas de sal y bañar medio cuerpecito, de la cintura para abajo. No se les debe poner en todo el cuerpo porque si no, después no escuchan. Enredarlos bien, taparlos y darles un cuartito de mejoral para que saquen la calor que tienen por dentro. Las hierbas son para que suden y el mejoralito es para que saquen la calor que tienen por dentro, porque si no le dan ninguna pastilla, la calor se les queda (27 años, Texcaco).

Mi niño tuvo fiebre, dejó recordado a las tres de la mañana y me levanté a bañarlo con el nixtamaxihuitl y el jehuite grueso y ya le dimos su paracetamol, su jarabe de la clínica y ya se le bajó, pero primero sus bañitos (36 años, Texcaco).

⁴ Le llaman “pan puerco” o “confortativo” a un pedazo de pan blanco con huevo, aguardiente, tabaco y ruda.

Existe también la creencia de que algunos de los malestares de los niños (cuando se ponen “chillones” sin razón aparente) se deben a “malos aires” que traen de afuera, para lo que emplean limpias con ruda o un huevo y tratan de evitarlos con pulseras rojas, dientes de ajo o una ramita de ruda entre su ropa:

Antes de salir, hay que hacerles una cruz de saliva en la frente, un pedacito de ruda, tabaco o ajo y así no les pasa nada. Para curarlos, se les puede dar una barrida con un huevo y luego les hecho remedios de aire, si no quieren darle una barrida, agarran un zapato que ya no se ponga, lo barren bien y lo encaminan a la calle, eso es bueno también. El padre dice que no es bueno que crean en eso, pero yo lo aprendí, aunque no lo crean (73 años, Tianguistengo).

Cuadro 20. Principales enfermedades de los niños y sus remedios

Enfermedad	Remedio
Espanto	Baños con hojas de mohuite.
Empacho	“pan puerco” y/o carbonato con manteca en el ombligo, aceite rosado y “jalarles el cuero de la espalda”.
Diarrea	infusiones de malva, lima “chichona”, mirto y hojas de guayaba o bien, compresas de hoja de tabaco con “nejayote”.
Fiebre	Baños con Nixtamaxihuitl, jehuite grueso y mejorana; o un poco de aguardiente en el agua.
Malos aires	Barrida con huevo, tirar a la calle un zapato que ya no use.

5.6 Conclusiones

Los saberes, tradiciones y prácticas de las madres de menores de dos años en el Carso Huasteco, se basan en conocimientos tradicionales depositados en las mujeres mayores, especialmente parteras o las hijas de ellas, quienes han continuado con algunas tradiciones y comparten sus conocimientos de manera gratuita con quienes se acercan a ellas. Los saberes están permeados en menor medida también por el discurso del personal de salud, algunas personas combinan saberes de herbolaria con medicamentos “de farmacia”; así mismo, se observa que las personas asignan el uso de alimentos procesados como sucedáneos de leche materna y papillas industrializadas como un símbolo de solvencia económica.

Se advierte la necesidad del establecimiento de un diálogo de saberes entre personal de salud y parteras o mujeres mayores con conocimientos tradicionales en el tema, pues existe disparidad en los discursos y esto, lejos de ayudar, confunde a las madres quienes, en la mayoría de los casos, siguen los consejos de las mujeres de la familia y otras mujeres con credibilidad en la localidad. Se deben reconocer y respetar los saberes y tradiciones y, en base a ello y mediante el diálogo de saberes, establecer recomendaciones adecuadas a la población en particular.

5.7 Literatura citada

- Colchero M. A., Contreras-Loya D., López-Gatell L- D., González de Cosío T. (2015) The cost of inadequate breastfeeding of infants in México. *American Journal of Clinical Nutrition*; 101(3): pp.579-586.
- Crowley I. (2015). La leche materna es el alimento perfecto: salva vidas. UNICEF. Disponible en: https://www.unicef.org/mexico/spanish/UNICEF_SuplementoAbril2015.pdf (Consultado en diciembre 2016).
- Díez-Urdanivia S, Ysunza A. (2013) Saberes en torno al embarazo, parto, puerperio y lactancia de mujeres mestizas afromexicanas indígenas del estado de Oaxaca, México. En: Pérez S, Gracia M. (eds.) *Mujeres (in)visibles: Género, alimentación y salud en comunidades rurales de Oaxaca*. Publicaciones URV. Tarragona. Disponible en: <http://llibres.urv.cat/index.php/purv/catalog/download/58/46/117-1?inline=1>
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT (2012). Estado de Nutrición, Anemia, Seguridad Alimentaria en la Población Mexicana. Instituto Nacional de Salud Pública.
- Errecaborde A. (2009) Relación entre las representaciones sociales de la lactancia materna de las madres y el estado nutricional de los niños. Repositorio Digital UFASTA. Universidad UFASTA. Disponible en: <http://redi.ufasta.edu.ar:8080/xmlui/handle/123456789/436>
- Estrategia Nacional de Leche Materna 2014-2018 (2016) Secretaría de Salud. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/estrategia-nacional-de-lactancia-materna-2014-2018>
- Instituto Nacional de Salud Pública (2016). Lactancia materna en México. Disponible en: <https://www.insp.mx/avisos/3367-lactancia-materna-mexico.html>
- Mukuria A., Martin S., Egondi T., Bingham A., Thuita F. (2016). Role of Social Support in Improving Infant Feeding Practices in Western Kenya: a quasi-experimental study. *Global Health: Science and Practice*. 4 (1), 55-72.
- Organización Mundial de la Salud (2016). Lactancia materna exclusiva. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/ (Consultado en septiembre 2016).
- Pérez-Gil S. (2006). Percepciones y Prácticas Alimentarias de un Grupo de Mujeres en el Medio Rural. En Bertrán M, Arroyo P. *Antropología y Nutrición* (137-156). México D.F.: Fundación Mexicana para la Salud y Universidad Autónoma Metropolitana.
- Pino J., López M., Medel A., Ortega A. (2013). Factores que inciden en la lactancia materna exclusiva en una comunidad rural de Chile. *Revista*

Chilena de Nutrición. 40 (1). Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchnut/v40n1/art08.pdf> (Consultado el 10 de septiembre del 2016).

Secretaría de Salud (2006). Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005. Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. Disponible en: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/2_norma_oficial_mexicana_nom_043_SSA2_2005.pdf (Consultado el 13 de mayo de 2018).

Secretaría de Salud (2016). Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016. Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016 (Consultado el 20 de junio de 2018).

Sordini M. La cuestión alimentaria como cuestión social. *Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar*. 1 No. 5 (49-58) 2016. Disponible en: <http://revistas.um.es/azarbe/article/viewFile/262571/198771> (Consultado el 5 de noviembre del 2016).

Tabares M, Gallego S, Peláez N. (2014) Representaciones sociales de adolescentes del municipio de Pereira frente a la práctica de lactancia materna. *Revista Cultura del Cuidado*. Vol. 11 No. 1 pág. 8-18. Disponible en: <http://repositorio.unilibrepereira.edu.co:8080/Viewer/index.jsp?file=123456789/218/1%20Lactancia%20pp.%208-18.pdf> (Consultado en marzo 2017)

UNICEF (2014). Lactancia materna y alimentación complementaria. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_breastfeeding.html (Consultado el 5 de mayo del 2016).

Victora C., Bahl R., Barros A., Franca G., Horton S., Krasevec J., ... Rollins N. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms and lifelong effect. *The Lancet*, 387 (10017), 475-490. Disponible en: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)01024-7/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)01024-7/abstract) (Consultado el 17 de octubre del 2016).

DISCUSIÓN GENERAL

La alimentación adecuada, inocua, suficiente, variada, equilibrada y completa, es un derecho universal al que todos deben tener acceso, pues de la alimentación, especialmente en los primeros mil días de vida, depende buena parte de la salud y calidad de vida de las personas.

Las elecciones alimentarias derivan de un conjunto de saberes, creencias, sensaciones, prácticas y tradiciones heredadas por la familia y el entorno, así como por el aprendizaje que van adquiriendo a lo largo de la vida por otras personas, especialmente mujeres pues son las encargadas culturalmente de la alimentación familiar, pero también se adquieren conocimientos de alimentación del personal de salud y los medios de comunicación disponibles, como la televisión, el radio, las redes sociales y el Internet. A esto llamamos cultura alimentaria.

Los saberes tradicionales, heredados por las mujeres mayores, siguen siendo vigentes entre las mujeres de las localidades del Carso Huasteco Hidalguense, prueba de ello es el uso de la herbolaria y el mantenimiento de la LME en menores de seis meses de casi la mitad de los niños y continuándola más allá del primer año de edad.

Sin embargo, estos conocimientos se encuentran permeados por el discurso del personal de salud y los medios de comunicación que ofrecen gran variedad de opiniones no siempre correctas y adecuadas, lo cual ha generado confusión (como la creencia de que los sucedáneos de leche materna y alimentos procesados son mejores o proporcionan cierto estatus social) y combinación de recomendaciones para solucionar los distintos retos de las madres en etapa de embarazo, posparto, lactancia y de los niños lactantes.

Es necesario difundir las mejores prácticas de alimentación (lactancia materna y alimentación complementaria adecuadas), basadas en las diferentes formas de conocimiento: saberes locales con sus tradiciones y creencias, complementados

con conocimientos de medicina moderna que respeten los saberes, cultura, acceso y disponibilidad de alimentos, economía y formas de producción y preparación tradicional de alimentos que puede contribuir a la seguridad alimentaria y nutricional de las familias y que, a su vez, impactará en el desarrollo humano, económico y social de las comunidades.

Así mismo, se deben respetar y apoyar las decisiones de las madres y los padres en relación a la alimentación de sus hijos, previo conocimiento de las formas más adecuadas de alimentación y el apoyo necesario para su logro y mantenimiento. A este respecto, resulta necesario un diálogo de saberes entre el personal de salud y las mujeres de cada región (parteras, hijas de parteras o mujeres mayores que durante años han puesto sus conocimientos al servicio de otras madres sin costo alguno y ofreciéndoles además, confianza, empatía y apoyo moral), compartir los conocimientos y establecer alianzas con el personal de salud de todos los niveles, para ofrecer una atención más humana, personalizada y respetuosa de los sentimientos, creencias y tradiciones.

De igual manera, es necesario cumplir y hacer cumplir el Código Internacional de Sucedáneos de Leche Materna en profesionales de salud públicos y privados, promover más ampliamente en medios de comunicación y consultas privadas, la importancia de la leche materna; se requiere también el respaldo legal para que las madres que trabajan y desean ofrecer leche materna, tengan el tiempo suficiente y los espacios adecuados para hacerlo, así como una alimentación adecuada y suficiente basada en alimentos locales y nutritivos para ella y su hijo desde el embarazo hasta los dos años de edad.

CONCLUSIONES GENERALES

Es necesario difundir las mejores prácticas de alimentación (lactancia materna y alimentación complementaria adecuadas) de los niños menores de dos años y sus madres en etapa de embarazo y lactancia, basadas en un diálogo de saberes entre parteras tradicionales y personal de salud que resulte en un trabajo conjunto para la implementación de conocimientos de cuidado y alimentación tradicionales apoyados con medicina moderna que resuelvan las necesidades de atención personalizada, humana, empática y gratuita de las madres y futuras madres de cada lugar; lo cual puede contribuir a la seguridad alimentaria y nutricional de las familias y que, a su vez, impactará en el desarrollo humano, económico y social de las localidades rurales.

Así mismo, se debe respetar el Código Internacional de Sucedáneos de Leche Materna en profesionales de salud públicos y privados, contar con el respaldo legal para que las madres que trabajan y desean ofrecer leche materna, tengan el tiempo suficiente y los espacios adecuados para hacerlo, así como una alimentación adecuada y suficiente basada en alimentos locales y nutritivos para la madre y su hijo desde el embarazo hasta los dos años de edad. Se sugiere incluir a los padres como destinatarios de las políticas y programas al respecto.

APÉNDICES

Apéndice 1. Guía de Entrevista Semiestructurada para madres de lactantes

. Guía de Entrevista Semiestructurada para madres de lactantes

Localidad: _____ Fecha: _____ Folio: _____

1. Datos generales, demográficos, económicos y productivos:

Observar: Tipo y material de la vivienda, si tiene o no vehículo. Quienes viven en la casa. Vestimenta, organización familiar (libreta de notas).

Nombre y edad de la madre.

Nombre, sexo y edad del (la) bebé. Fecha y lugar de nacimiento

Tipo de parto (normal o cesárea) ¿Es su primer bebé? En caso de tener más hijos, cuántos, edad.

Escolaridad y Ocupación de la Madre. ¿Siempre ha tenido esa ocupación o tenía otra? ¿Quiénes viven en su casa?

Prospera: Sí__ No__ Algún otro programa gubernamental:

Producción

¿Produce algunos de los alimentos que consume?

¿Quién se encarga de la producción de alimentos? ¿Qué porcentaje produce y qué porcentaje compra? ____% ____% ¿Qué alimentos produce?

Obtención de alimentos

¿Dónde compra los alimentos que consume? Tienda ____ % Mercado ____%

¿Cómo preparan generalmente los alimentos en casa?

¿Cuántas veces comen al día? __ ¿Acostumbran a comer todos juntos?

Trueque o intercambio de alimentos o semillas con sus vecinas: Sí__ No__

Seguridad Alimentaria

¿Alguna vez usted o alguien de su familia se quedó con hambre por falta de alimentos?

¿Alguna vez tuvo que sacrificar la calidad de los alimentos por falta de recursos?

2. Alimentación y cuidados durante el embarazo

1. ¿Recuerda cómo fue su alimentación durante el embarazo? ¿Cambió algo respecto a su alimentación anterior? ¿Recuerda algún alimento o platillo en especial? Recetas, ritos, consejos de alimentación.
Recordatorio de dieta habitual (platillos, bebidas, cantidad, hora).
2. ¿Cómo es su alimentación actual? (Recordatorio de dieta habitual)
3. ¿Alguien le asesoró sobre los cuidados prenatales? ¿Quién? ¿Buscó información por su cuenta? ¿En dónde? ¿Qué recomendaciones encontró o recibió de cada persona o medio?
4. ¿Tuvo dificultades o enfermedades durante el embarazo? (Ej. anemia, desnutrición, sobrepeso, presión alta... falta de dinero, falta o exceso de trabajo, falta de apoyo familiar o de la pareja) ¿Cómo los resolvió?
5. ¿Identifica alguna tradición propia del embarazo que se realizaba o se sigue realizando en su localidad desde cuando su madre o abuela estuvieron embarazadas? ¿Aplica alguna de estas tradiciones?

3. Alimentación y cuidados de la madre durante la lactancia

6. ¿Qué cuidados tuvo después de dar a luz (cuarentena)?
7. ¿Cómo fue su alimentación? ¿Qué alimentos consumía? ¿Qué alimentos evitaba? Consejos
8. Si dio pecho: ¿Cómo fue su alimentación después de la cuarentena y en el resto de la lactancia materna? ¿Qué alimentos consumía más y qué alimentos evitaba?
9. ¿Quién la asesoró o dónde aprendió los cuidados durante la lactancia en los primeros 6 meses del bebé? ¿Qué recomendaciones encontró o recibió de cada persona o medio?
10. ¿Identifica alguna tradición propia de la cuarentena que se realizaba o se sigue realizando en su localidad desde cuando su madre o abuela dieron a luz? ¿Usted aplica alguna de estas tradiciones?

11. ¿Tuvo dificultades durante la lactancia (mastitis, congestión, dolor, anemia... falta de apoyo, exceso de trabajo)? ¿Cómo las resolvió?
12. ¿Quién le ayudo con las actividades del hogar, cuidado de los niños, preparación de alimentos durante su recuperación? ¿Contrató a alguien?
13. En caso de trabajar fuera de casa, ¿cuánto tiempo le dieron de incapacidad?

4. Lactancia

14. ¿Le da (o dio) leche materna a su bebé? ¿Hasta qué edad? ¿Por qué?
15. ¿A qué edad planea dejar de darle pecho? ¿Por qué?
16. ¿Cuánto tiempo pasó desde que el bebé nació hasta que tomó el pecho?
17. ¿La alimentación del bebé en los primeros 6 meses fue solo LM?
18. ¿Combinó con leche de fórmula, té, jugo, caldo o agua? Si: ¿Cuál(es)?
¿En qué porcentaje? (mitad y mitad, mucho y poco).
19. ¿A partir de qué edad empezó a complementar? ¿Por qué? ¿Alguien se lo recomendó, lo vio en la tele, radio o lo leyó en Internet?
20. Si solo dio fórmula, ¿Cuáles fueron las razones? ¿Quién le asesoró?
21. ¿Qué ventajas y desventajas encuentra?
22. ¿Qué dificultades tuvo durante la lactancia? ¿Cómo las resolvió?
23. ¿Planeaba dar pecho desde que estaba embarazada o incluso antes? ¿O no lo había pensado?
24. ¿Usted identifica alguna tradición propia de los recién nacidos que se realizaba o se sigue realizando en su localidad desde cuando su madre o abuela dieron a luz? ¿Usted aplica alguna de estas tradiciones?

Si el bebé es menor de seis meses o no ha iniciado con alimentación complementaria, omitir la sección no. 5 sobre alimentación complementaria y pasar a la sección 6.

5. Alimentación Complementaria

- 25. ¿A qué edad le comenzó a dar alimentos sólidos?
- 26. ¿Dónde obtiene los alimentos que le ofrece al bebé? ¿Cómo los prepara?
- 27. ¿Con qué alimentos comenzó? ¿En qué orden los fue ofreciendo?
- 28. ¿Dejaba pasar días entre un alimento y otro? ¿o los ofrecía uno tras otro?
- 29. Dieta habitual: ¿Qué alimentos consume habitualmente el bebé? (Horario, cantidad, consistencia y preparación)
- 30. ¿Qué dificultades tuvo durante la alimentación complementaria? ¿Cómo las resolvió?
- 31. ¿Quién le ayudó o asesoró durante esta etapa? ¿Dónde o con quién buscó asesoría? ¿Qué recomendaciones recibió de cada persona o medio?
- 32. ¿Usted identifica alguna tradición propia de esta etapa de los bebés, que se realizaba o se sigue realizando en su localidad desde cuando su madre o abuela dieron a luz? ¿Usted aplica alguna de estas tradiciones?

6. Salud del (la) bebé:

- 33. ¿Cuántas veces se ha enfermado su bebé en el último año?
- 34. ¿Qué enfermedades ha tenido?
- 35. ¿Qué persona o medio de comunicación le ha servido más para tomar decisiones en cuanto a la alimentación de su bebé?
- 36. De manera general, ¿considera que los conocimientos tradicionales que tenían las mamás y abuelitas siguen siendo importantes?

Apéndice 2. Guía de Entrevista a expertos. Partera

1. Datos Generales: Nombre, edad, tiempo de ejercer como partera, formación ¿dónde aprendió? ¿empírica o formal?
2. ¿Qué piensa sobre la lactancia materna?
3. Cómo promueve o enseña la lactancia materna a mujeres embarazadas o que acaban de parir. ¿Qué recomendaciones hace? ¿Qué alimentos consumir y qué no? Remedios o recomendaciones para las mujeres que acaban de tener hijos.
4. ¿Cómo observa la práctica de lactancia en su localidad?
5. Alimentación complementaria. ¿Cómo debe hacerse? ¿A qué edad? ¿En qué orden de alimentos? ¿Por qué?
6. ¿Cómo observa la alimentación complementaria en la localidad?
7. ¿Existen problemas de desnutrición u obesidad en las mujeres embarazadas y lactantes y en niños pequeños de su localidad?

Apéndice 3. Guía de Entrevista a expertos. Encargada(o) del centro de salud

1. Datos Generales: Nombre, edad, tiempo de ejercer como partera, formación ¿dónde aprendió? ¿se capacitan constantemente? ¿quién los capacita?
2. ¿Qué piensa sobre la lactancia materna?
3. Cómo promueve o enseña la lactancia materna a mujeres embarazadas o que acaban de parir. ¿Qué recomendaciones hace.
4. ¿Cómo observa la práctica de lactancia en la localidad?
5. Alimentación complementaria, ¿Cómo debe hacerse? ¿A qué edad? ¿En qué orden de alimentos? ¿Por qué?
6. ¿Cómo observa la alimentación complementaria en la localidad?
7. ¿Existen problemas de desnutrición u obesidad en las mujeres embarazadas y lactantes y en niños pequeños de su localidad?