



Facultad de Estudios Superiores
IZTACALA

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

Saberes, tradiciones y prácticas de alimentación materno-infantil en localidades del Carso Huasteco hidalguense

Gabriela Vásquez Ruiz¹, Alba González Jácome², Artemio Cruz León¹, Rebeca Monroy-Torres³

¹ Universidad Autónoma Chapingo. Dirección de Centros Regionales Universitarios.

² Universidad Iberoamericana Ciudad de México. Departamento de Ciencias Sociales y Políticas.

³ Universidad de Guanajuato. Laboratorio de Nutrición Ambiental y Seguridad Alimentaria.

Recibido: 2022-06-22

Revisado: 2022-10-05

Aceptado: 2022-10-26

Autor de correspondencia: rmonroy79@gmail.com (R. Monroy-Torres)

Financiamiento: Ninguno

Agradecimientos: Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por el No. de Beca 443851 con el CV 604068. Al personal de enfermería de los Centros de Salud que contribuyeron a este estudio, así como a las participantes por su invaluable tiempo y participación.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

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. Este artículo tiene por objetivo analizar los saberes y prácticas alimentarias materno-infantiles en localidades rurales del Estado de Hidalgo en México. Estudio de corte transversal, descriptivo, observacional desde una perspectiva fenomenológica combinando técnicas cuantitativas y cualitativas en 56 participantes y 7 informantes a quienes se entrevistó. El 48% de las mujeres entrevistadas ofrecieron leche materna exclusivamente durante 4 a 6 meses, el 57% destetó después del año. La familia fue la principal fuente de información de las mujeres (91%), por encima del personal de salud (80%), quien frecuentemente da opiniones contradictorias. El 71% prefirió el uso de conocimientos de herbolaria provenientes de parteras, hijas

de parteras o adultas mayores. Los saberes, tradiciones y prácticas alimentarias de las madres de menores de dos años en el Carso Huasteco hidalguense, se basan en conocimientos tradicionales permeados por el discurso del personal de salud y los medios de comunicación, así como el acceso físico y económico a los alimentos procesados y frescos.

Palabras clave: Lactancia materna, conducta alimentaria, infancia, actitudes, saberes.

Abstract Nutrition during the first 1000 days of life (from the womb to two years of age) is fundamental for the future health of a person. The objective of this article is to analyze maternal and child feeding knowledge and practices in rural localities of the state of Hidalgo in Mexico. A cross-sectional, descriptive, observational study was carried out from a phenomenological perspective combining quantitative and qualitative techniques in 56 participants and 7 informants who were interviewed. 48% of the women interviewed offered breast milk exclusively for 4 to 6 months, 57% weaned after one year. The family was the main source of information for the women (91%), above the health personnel (80%), who frequently gave contradictory opinions. Seventy-one percent preferred the use of herbal knowledge from midwives, daughters of midwives, or older women. The knowledge, traditions, and food practices of mothers of children under two years of age in the Carso Huasteco hidalguense are based on traditional knowledge permeated by the discourse of health personnel and the media, as well as physical and economic access to processed and fresh foods.

Keywords: Breastfeeding, eating behavior, childhood, attitudes, knowledge.

Introducción

En los primeros dos años de vida del ser humano, la alimentación constituye una práctica importante ya que se conjugan posibilidades de aprendizaje, de intercambio social, de construcción de autonomía, de participación y de creación de vínculos (Osses, Macías, Castaño, Gómez, López, 2014), de acuerdo con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2014), la alimentación durante los primeros 1000 días de vida (desde el útero materno hasta los dos años, incluyendo lactancia y alimentación complementaria) es fundamental para mantener una salud a largo plazo.

Existe suficiente evidencia que la lactancia materna (LM) salva más vidas que cualquier otra acción preventiva, al evitar el 12% de las muertes entre los niños y niñas menores de 5 años (UNICEF, 2014), con la lactancia materna exclusiva tienen menos posibilidades de contraer diarrea y neumonía y 14 veces más probabilidad de sobrevivir (Black *et al.*,

2008) (Black *et al.*, 2013). A pesar de conocerse estos beneficios, en México de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) en el 2006 su práctica disminuyó tanto en el medio rural como en el urbano (ENSANUT, 2006), pero derivado de esfuerzos de diferentes instancias en los últimos años, la LM exclusiva pasó de 14.4% en el 2012 a 28.6% en el 2018 con un incremento hasta el año de vida en la zona rural con una consecuente disminución en el uso del biberón tanto en la zona urbana como la rural (ENSANUT, 2012; ENSANUT, 2018). Además de la leche materna, los lactantes a los seis meses deben integrarse a una dieta diversa, rica en nutrientes e higiénicamente preparados (UNICEF, 2014). El papel de los cuidadores es tan importante como el alimento, pues deben interactuar con el niño(a), responder a las señales de hambre y de saciedad, seleccionar los alimentos adecuados y prepararlos en condiciones de seguridad (UNICEF, 2014). Respecto a la alimentación complementaria, la mayoría de los padres o madres (94.8%) la iniciaron entre los 6 y 8

meses de edad (ENSANUT, 2012); algunos de ellos introdujeron alimentos con potencial alergénico o industrializados antes de los 6 meses, por considerarlos nutritivos (ENSANUT, 2012). Del 2012 al 2018 hubo una disminución en el consumo de alimentos ricos en hierro, en la variedad y frecuencia de alimentos (ENSANUT, 2018).

Para poder generar cambios en la alimentación de las personas, es necesario comprender que la alimentación es un acto bio-psico-sociocultural, un proceso complejo que implica no solamente el acto de comer y el aprovechamiento de los nutrimentos por el cuerpo humano, sino que involucra aspectos productivos, sociales, políticos, culturales y psicológicos de las personas y de su entorno (Delgado y Delgado, 2014) (Fischler, 1995).

El acto de comer no es solo una satisfacción o 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 con el tipo de sociedad (Pérez-Gil, 2006).

Los conocimientos alimentarios con los que cuentan las personas en el medio rural provienen de conocimientos ancestrales, de saberes locales depositados en las personas con mayor experiencia. Los saberes locales se encuentran en un proceso dinámico determinado por las condiciones epidemiológicas, sociales, económicas, ideológicas, los servicios de salud, 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 e Ysunza, 2013).

A nivel rural, el conocimiento de la cultura alimentaria de los menores de dos años está dada principalmente por los conocimientos y saberes locales de las madres, abuelas y otras mujeres de la familia (Pérez-Gil, Rueda y Díez, 1993).

Este estudio tuvo el objetivo de hacer un análisis sobre los saberes, prácticas alimentarias y algunos

cuidados en torno a los menores de dos años y sus madres, con la finalidad de abonar el papel de la lactancia materna más allá de la descripción y beneficio biológico, tratando de entender la alimentación en su complejidad social, psicológica y subjetiva de los pueblos rurales.

Método

Descripción de la población estudiada

El Carso Huasteco es una subprovincia de la Sierra Madre Oriental que se caracteriza por un relieve pronunciado de sierra, con un ecosistema principalmente de bosque mesófilo de montaña cubierto frecuentemente por niebla (Monterroso, 2009). En el uso común de las y los habitantes del lugar, se le conoce como “la sierra hidalguense”. Se estudiaron tres localidades ubicadas en la región noreste del Estado de Hidalgo. Considerando las provincias geográficas en las que se divide el territorio mexicano, estas localidades corresponden a la Provincia Sierra Madre Oriental (La Sierra Madre Oriental abarca una gran cantidad de territorio, se divide en subprovincias). La subprovincia a la que pertenece es el Carso Huasteco Hidalguense como se muestra en la figura 1.

La localidad de Texcaco, pertenece al municipio de Xochicoatlán, tenía en 2010 una población de 1192 habitantes con un grado de marginación alto. La lengua originaria es el náhuatl, que únicamente es hablada por el 1.4% de la población (aprox. 15 personas). La mayoría de su población económicamente activa se dedica a la agricultura y algunos oficios como al comercio, la albañilería y la música, estas últimas actividades muchas veces se combinan con la agricultura.

La localidad de Xochicoatlán (cabecera municipal), tenía en 2010 una población total de 1254 habitantes con grado de marginación medio. Entre la población económicamente activa, son muy comunes los maestros, quienes trabajan en localidades cercanas. La localidad de Tianguistengo (cabecera municipal), tenía en 2010 una población total de 1624 habitantes y grado de marginación bajo. Es la sede de la Escuela Normal Sierra Hidalguense, por lo que también es una población de maestros.

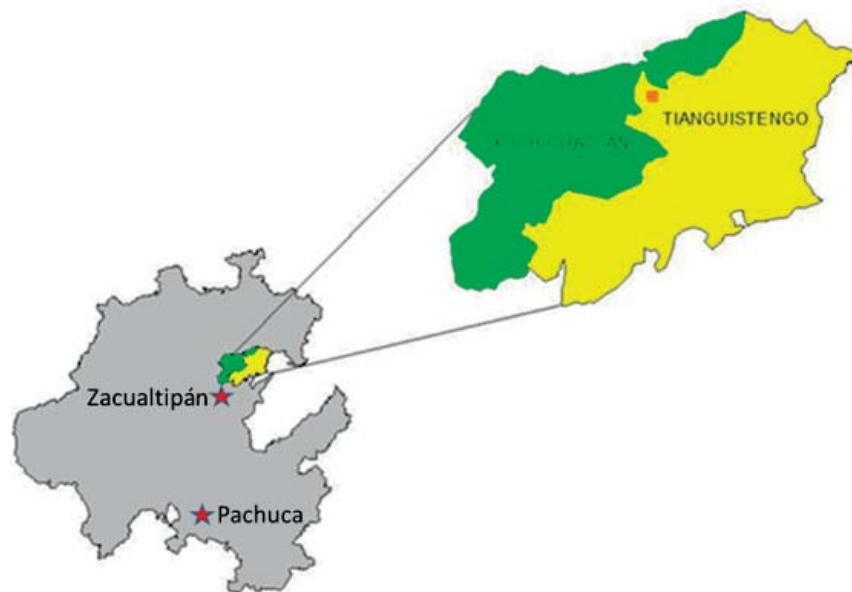


Figura 1.
Carso Huasteco Hidalguense

Diseño del estudio

Se realizó un estudio de corte transversal, descriptivo, observacional desde una perspectiva fenomenológica combinando técnicas cuantitativas y cualitativas para la recolección de la información en 56 participantes, se aplicó una entrevista semiestructurada en madres de menores de dos años y, en siete informantes clave, cuatro adultas mayores y tres integrantes del personal de salud, de tres localidades del Carso Huasteco hidalguense. El trabajo de campo se llevó a cabo durante los meses de septiembre a octubre del 2017.

El muestreo fue no probabilístico, por simple disponibilidad, conforme las participantes aceptaron, recomendaron a otras participantes.

Criterios de selección

Las localidades fueron seleccionadas por el grado de marginación (bajo en la localidad de Tianguistengo, medio en la localidad de Xochicoatlán y alto en la localidad de Texcaco), con la finalidad de observar los cambios en los diferentes contextos social, económico y cultural. Las participantes fueron mujeres que tuvieron un niño o niña menor de dos años, pertenecientes a tres localidades que fueron seleccionadas por su

grado de marginación de acuerdo al Consejo Nacional de Población (CONAPO) del 2010.

El contacto de las participantes se realizó de manera diferenciada de acuerdo con el apoyo que se obtuvo en cada localidad. En las localidades de Texcaco y Xochicoatlán, el personal de enfermería del centro de salud colaboró en reunir a madres de niños y niñas menores de 2 años para invitarlas al estudio a quienes se les pidió su consentimiento de manera verbal, proporcionándoles toda la información del estudio: objetivos, tipo de preguntas y manejo de la información. Mientras que para la localidad de Tianguistengo, el contacto con las madres fue mediante la técnica de bola de nieve, a partir de una mujer que recomendó a otras, ellas a su vez, recomendaron a nuevas posibles participantes. Las entrevistas ocurrieron en las casas de las participantes para facilitar la confianza y evitar su desplazamiento.

Variables y entrevista

Las entrevistas semiestructuradas incluyeron datos generales, experiencias personales acerca de su alimentación en el embarazo, el tipo de parto, cuidados posparto, lactancia y alimentación complementaria.

Las entrevistas tuvieron una duración desde 15 minutos hasta una hora y media. Las variables cuantitativas que se integraron fueron, cantidad de alimento consumida en el embarazo (si comían más o comían menos en relación con su alimentación habitual), obtención de los conocimientos sobre maternidad, las razones por las cuales decidió ofrecer LM, alimentación y cuidados que tuvieron durante el posparto, así como la alimentación habitual de las y los menores de dos años. La información se obtuvo a través del interrogatorio a las madres sobre los alimentos que consumían sus hijos de manera habitual haciendo énfasis en el consumo de un día previo. También se preguntó sobre los alimentos con los que se inició la alimentación complementaria. Para las variables cualitativas, se empleó la información de las preguntas abiertas sobre experiencias personales acerca de su alimentación en el embarazo, alimentación y cuidados posparto, prácticas de lactancia y de alimentación complementaria, así como edad y técnica de destete.

La información cualitativa se procesó mediante una matriz de datos, codificada en las siguientes categorías: “producción u obtención de alimentos”, “alimentación y cuidados durante el embarazo”, “cuidados, tradiciones y alimentación posparto”, “lactancia”, “ventajas y desventajas de la LM y de la alimentación con fórmula” “estrategias empleadas durante la lactancia”, “dificultades que las madres enfrentaron durante la lactancia (como recomendaciones adecuadas o presión social)”, “apoyo de la familia y la pareja”, “destete”, “alimentación complementaria”, “recetas y recomendaciones de las madres” “importancia de los conocimientos tradicionales” y “conciliación del trabajo con el cuidado de los hijos”. Esta codificación permitió organizar la información para analizarla e interpretarla mediante la técnica narrativa y, analizar la información teniendo en cuenta la situación y el contexto diferenciado de las madres de niño y niñas menores de dos años.

Consideraciones éticas: Todas las entrevistas fueron realizadas en los hogares de las participantes con el consentimiento informado verbal previo a que autorizaran participar y en todo momento se mantuvo la confidencialidad y principios éticos, con la confidencialidad de su información.

Estadística: La información cuantitativa se procesó con el programa SPSS versión 24, con el que se realizó cálculo de frecuencias absolutas y relativas porcentuales. La información cualitativa se analizó mediante una matriz de datos.

Resultados y Discusión

Un 52% de las entrevistadas tenía entre 18 a 25 años, un 89% eran casadas y 70% se dedicaban al hogar. De acuerdo con el nivel de escolaridad, un 37.5% tuvo nivel medio básico (secundaria) y 34% nivel medio superior (preparatoria). Con respecto al número de hijos, 45% tuvieron un hijo (a), un 32% dos y, un 23.5% 3 hijos o más (Tabla 1). De las madres que no se dedicaban al hogar, una era estudiante y el resto tenía ocupaciones diversas (enfermera, secretaria, dependiente de farmacia, trabajadoras domésticas, fisioterapeuta, personal de limpieza de escuela, trabajadora administrativa, comerciantes y maestras). El 100% de las

Tabla 1. Características generales de las madres entrevistadas

Característica	%
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	
1	45
2	32
3	12.5
4 o más	11

mujeres acudió al hospital para el nacimiento de sus hijos(as), la mayoría nacieron en el Hospital del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) más cercano en el municipio de Zacualtipán, seguido de hospitales particulares y públicos de Pachuca (Figura 1). La mayoría nació por parto normal, a término y sin complicaciones al nacer (Tabla 2).

Tabla 2. Características del nacimiento

Característica	%
Tipo de parto	
Normal	59
Cesárea	41
Complicaciones al nacer	
Sí	13
No	87

Embarazo

Un 46.5% dijo comer más, porque necesitaban más nutrimentos para el o la recién nacida; un 21% dijo comer menos, por las molestias del embarazo (náuseas y vómito) y, 32.5% dijo comer igual que antes, sobre todo las madres que ya habían tenido hijos anteriormente. La descripción de la alimentación habitual se describe en la tabla 3. El 70% de las madres no consumió alimentos especiales, pero otras participantes mencionaron tener antojos de fruta, alimentos dulces (galletas, caramelos, pan) o alimentos picantes que debían satisfacer, al igual que lo mencionado por Díez-Urdanivia e Ysunza (2013) porque de no hacerlo, corrían el riesgo de que el bebé al nacer se pareciera

físicamente al alimento del cual tuvo antojo y no se consumió.

Durante el embarazo algunas madres presentaban “incomodidades” y para aminorarlas, las adultas mayores les hacían ciertas recomendaciones: cuando tenían presión baja, recomendaban consumir una cucharada de miel diaria para que se normalizara la presión. Cuando tienen mucho vómito, recomiendan comer cacahuete, manzana hervida y si no tiene la presión alta, un poco de canela y gelatina sin cuajar. Estos y otros conocimientos sobre los cuidados se obtienen principalmente de las mujeres de la familia (Figura 2). Este resultado coincide con lo encontrado en otros estudios como el de Díez-Urdanivia e Ysunza (Díez-Urdanivia, 2013) y el de Mukuria *et al.* (2016), quienes afirman que son las madres y las mujeres de la familia, aunque también la pareja, quienes toman las decisiones respecto a la alimentación familiar.

Parto

Los hospitales más cercanos se encuentran a una distancia desde 30 minutos hasta dos horas y media de distancia, dependiendo de la localidad en que se ubiquen. Las madres informantes 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 la partera era más cuidadosa y empática, les daba ánimo y apoyo desde el inicio del embarazo. Sin embargo, en la actualidad su papel se limita únicamente a aconsejar a las mujeres durante el embarazo, posparto y en el cuidado de los niños y las niñas.

Algunas de las entrevistadas mencionaron haber sido bien atendidas en las instituciones públicas, otras prefirieron un servicio privado (que tampoco

Tabla 3. Descripción de los tiempos y alimentación habitual promedio actual de las madres

Desayuno	Almuerzo	Comida	Cena
7:00 a 8:00 a.m.	12:00 p.m.	4:00 a 5:00 p.m.	9:00 a 10:00 p.m.
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

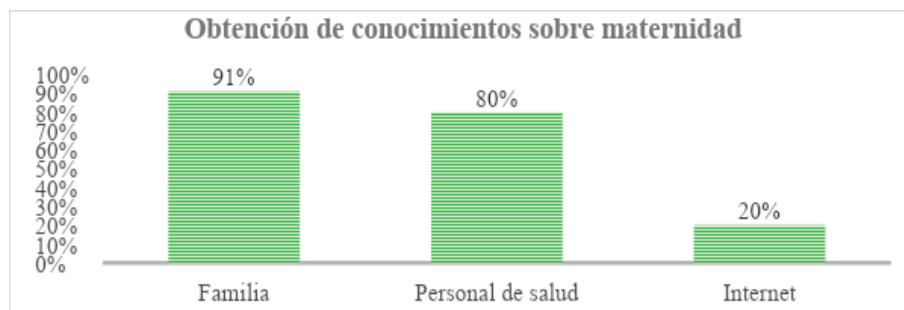


Figura 2.

Procedencia de los conocimientos sobre maternidad

está exento de violencia obstétrica) y otras más dijeron haber sido violentadas en su derecho a un trato digno por las y los servidores de salud de los hospitales públicos. Expresaron situaciones como “no me quisieron recibir a pesar de que ya me sentía muy mal; me regañaron; me lastimaron; me obligaron a ofrecer el pecho; estuve sola”. Lo anterior coincide con lo encontrado por Díez-Urdanivia e Ysunza (Díez-Urdanivia, 2013) en Oaxaca, donde las mujeres preferían no asistir a ningún servicio médico por sentirse más cómodas y mejor atendidas por las parteras, algunas dijeron sentirse regañadas y hasta mal tratadas por el personal de salud, pero era obligatorio asistir a consulta médica para recibir apoyos gubernamentales.

En México, la Encuesta Nacional de sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) del 2016 afirma que el 33.4% de las mujeres entre 15 y 49 años que tuvieron un parto entre el 2011 y el 2016 sufrieron algún tipo de maltrato por parte de quienes las atendieron en el parto (ENDIREH, 2016). Las principales denuncias fueron las siguientes: la regañaron, le gritaron, se tardaron en atenderla, la ignoraban, la obligaban a permanecer en una posición incómoda, le dijeron palabras ofensivas o humillantes, se negaron a ofrecerle algún medicamento para el dolor o le colocaron algún método anticonceptivo sin consultarle. En el estado de Hidalgo la proporción es del 35%.

Posparto y lactancia

Otro momento importante para las mujeres en la maternidad es el posparto, al que las señoras llaman

“cuarentena” y se refieren a los 40 días después del parto. Entre los principales cuidados están los “baños con hierbas calientes”, esta es una práctica de cuidado tradicional que consiste en hervir una mezcla de corteza de árboles y plantas medicinales “calientes” (toronjil, cáscaras de pemuche, mohuite, entre otras) deben ser tres o cuatro baños cada tercer día. Durante estos días no deben salir al aire y deben taparse la cabeza para que no les dé frío.

De acuerdo con las entrevistadas, los baños sirven para acelerar la recuperación después del parto, ayudan a que “los huesos se fortalezcan”, para después no tener complicaciones y molestias a las que ellas llaman “caxanes”, 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”. Hace algunos años, en lugar de los baños con hierbas o después de ellos, empleaban el temazcal con el mismo fin: recuperarse del parto, al que ellas ven como una enfermedad de la que hay que aliviarse mediante los cuidados mencionados. En el estudio de Díez-Urdanivia e Ysunza (2013) en Oaxaca, también empleaban el temazcal para regresar el cuerpo de la madre a su estado normal.

Sin embargo, hay muchas madres jóvenes que ya no creen en esas tradiciones y cuidados, las consideran innecesarias y prefieren seguir las recomendaciones del personal de salud respecto a seguir sus actividades con normalidad. De tal forma que se presenta un quiebre generacional importante, que se encuentra más marcado en las mujeres que viven en las cabeceras municipales (Xochicoatlán y Tianguistengo) pero no exenta a las madres de Texcaco, donde

ya se pueden observar mujeres jóvenes que rechazan las prácticas tradicionales.

En cuanto a la alimentación durante el postparto (Tabla 4), a diferencia del estudio de Díez-Urdanivia e Ysunza (2013) donde las madres diferenciaban entre “alimentos fríos y calientes”, en las entrevistadas en la Sierra Hidalguense pocas mujeres mencionaron esta clasificación, una de ellas mencionó que el caldo que se les da a las mamás debía ser de gallina ya que la gallina es “caliente” y el pollo es “frío”. Además, debía consumirse a diario durante los 40 días sin manteca ni aceite, solo con especias: ajo, cebolla, pimienta y hierbabuena (mujer de 72 años). Otra adulta mayor (80 años) afirmó que su mamá, que era partera, les daba infusión de tepozán una taza diaria, para que les “limpiara la matriz”.

Tabla 4. Alimentación y cuidados durante el postparto

Alimentación postparto	%
Caldos (de pollo criollo, de preferencia)	75
Atoles	55
Agua	20
No consumen carne de puerco	12.5
Evitan la grasa	11
Sin cambios en la alimentación postparto	16
Otros cuidados	
No realizar actividades del hogar*	86
Reposo en cama	64
Cubrirse o arroparse	52
Baños con hierbas calientes	41

* También conocido en México como “Quehacer”

La duración de estos cuidados osciló entre los tres días y dos o tres meses, siendo los 40 días la duración más frecuente. También pudo observarse que la mayoría de las madres se cuidan durante menos tiempo que antes. Esto puede deberse a que ya no lo consideran importante, a que las recomendaciones médicas han cambiado, a que las madres tienen otros hijos(as) lo cual

les obliga a continuar con las labores domésticas (si es que no tienen quién las apoye con el trabajo

doméstico y de cuidados) y al trabajo remunerado de las mujeres que a veces les obliga a cuidarse durante menos tiempo. El tiempo de cuidados y la disminución de estos coinciden con lo reportado por Díez-Urdanivia e Ysunza (2013).

Durante el posparto, además de seguir los cuidados anteriormente descritos, tiene lugar el inicio de la lactancia materna. A diferencia de lo encontrado por Pérez-Gil (1993) donde todas las madres decidieron el tipo de alimentación durante los primeros días, en la población estudiada, el 95% de las madres siempre pensó en ofrecer lactancia materna. Sin embargo, 23% ofreció solamente leche de fórmula durante los primeros seis meses, 18% ofreció lactancia parcial o predominante (combinando fórmula con LM) y la mayoría (59%) ofreció lactancia materna exclusiva (Figura 3) durante los primeros seis meses, lo cual es mucho mayor que la media nacional (35.9% según ENSANUT, 2021). Así mismo, se encontró diferencia estadísticamente significativa entre localidades, siendo la localidad de Texcaco con mayor porcentaje de LM exclusiva (Vásquez, Monroy, Cruz y González, 2021).

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 hacen 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”.

Mientras lograban establecer la LM algunas madres mencionaron sentir dolor en los senos, grietas en los pezones, dolor en la herida, cansancio, ansiedad por el retraso en la “bajada” de la leche. Algunas madres (21%) ofrecieron LM a sus hijos durante la entrevista, porcentualmente fueron más las mujeres de Texcaco, lo cual pone en evidencia la naturalidad con la que ellas perciben la LM.

Algunas madres mencionaron que durante los primeros días “no tenía leche” entre los remedios que ellas utilizaron están el epazote y el quelite de “soyo” en caldo o en compresas calientes. Otros alimentos

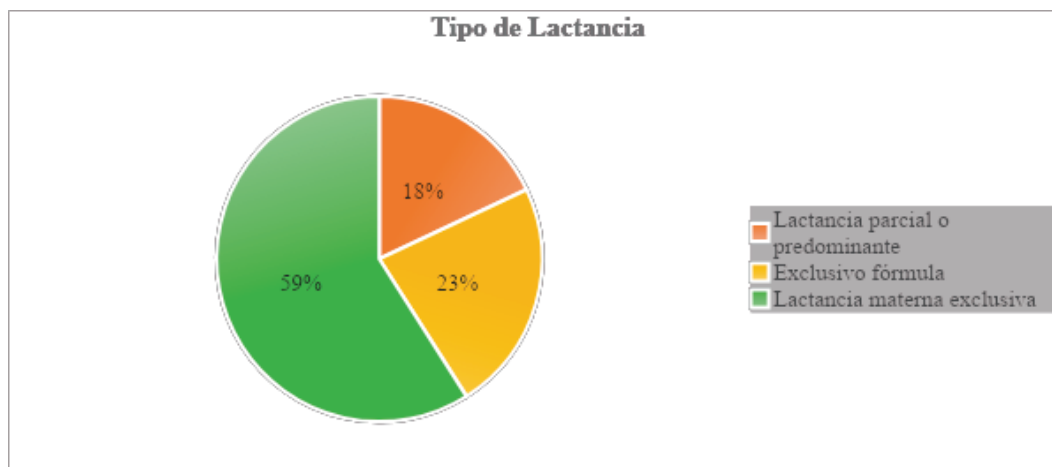


Figura 3.

Frecuencia del tipo de lactancia empleado en localidades de la Sierra Alta

que consumen para tener leche son la pata de res, nejayote, quelite de luna, una cerveza en ayunas, consumir mucho caldo de verdura, atole de masa, infusiones, chocolate, lácteos y muchos líquidos.

Algunas mujeres se sentían muy presionadas por no poder alimentar a sus bebés, lo cual refleja falta de experiencia para el abordaje hospitalario sobre la presión emocional y social por la que pasan las madres, especialmente las que se convierten en madres por primera vez. Esto llega a provocarles mucha ansiedad, lo cual puede también retrasar la “bajada de la leche” (González, 2017).

De las mujeres que ofrecieron leche de fórmula de manera exclusiva, la mitad manifestaron que les hubiera gustado ofrecer LM. Entre las razones por las que dejaron la LM en los primeros días mencionaron enfermedad, comentarios de otras mamás, la sensación de falta de leche, porque el bebé “no se llenaba” o que el bebé no quería el pecho. La evidencia menciona que todas las madres tienen la capacidad para ofrecer LM a libre demanda con suficiencia para los requerimientos de él o los bebés (González, 2017).

Algunas mujeres mencionan haber combinado leche materna con sucedáneos para poder dormir más tiempo en la noche, para poder salir a trabajar o dejarlos al cuidado de otra persona por algún periodo de tiempo y encontraron dificultad para extraerse la leche materna. Algunas más, ofrecen también leche de fórmula por considerar que conforme empiezan

a crecer la LM ya 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. Las madres trabajadoras se enfrentan al poco tiempo que les ofrece el empleador después del parto, que va desde uno hasta tres meses. Este tiempo no alcanza para establecer la lactancia materna adecuadamente, por ello algunas abuelitas recomiendan a las madres una lactancia mixta (combinar LM con fórmula) o suspender la LM, pero esto muchas veces provoca que el bebé rechaza el seno materno porque es más fácil succionar del biberón. En los estudios de Pérez-Gil (1993) (2006), se observó un descenso en el amamantamiento después de los tres meses, probablemente por el regreso de las madres al trabajo.

Duración de la lactancia materna

Hace unos diez años, las madres acostumbraban ofrecer LM durante tres hasta cinco años. En Texcaco las madres recuerdan que “*las señoras iban al kínder a llevarles el almuerzo y se levantaban la blusa en la calle para darles la chichi*”. Las madres entrevistadas ofrecieron LM durante más de seis meses en un 78% (Tabla 5), sin embargo, algunas madres y personal de salud consideraron que desde los seis meses ya no es leche “buena”, que la LM ya no es suficiente y necesitaban complementar con fórmula.

Tabla 5. Duración de la lactancia materna (n = 56)

Edad en meses	%
< 3	15.7
4-6	5.2
6-12	21.0
12-24	31.0
> 24	26.0

En el estudio de Díez-Urdanivia e Ysunza (2013) en la sierra y costa de Oaxaca, la mayoría de las madres dieron LM hasta el año o dos años o bien, hasta que se volvían a embarazar, lo cual coincide con lo encontrado en las localidades estudiadas y está muy por encima de la media nacional que es de 11 meses, de acuerdo con ENSANUT (2018).

En Xochicoatlán nadie mencionó ofrecer LM después del año, las informantes clave mencionaron que no recomiendan ofrecer LM después del año porque: “ya no es bueno para la mamá ni para el hijo” porque las mujeres “se adelgazan mucho” y “los niños se hacen groseros”.

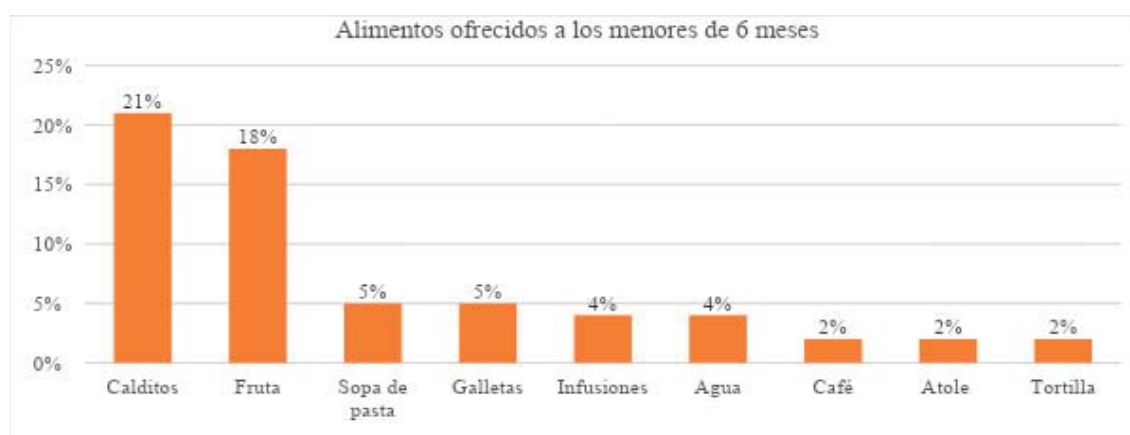
La técnica empleada para el destete fue variando entre las mujeres de las distintas localidades, algunas madres utilizaron hierbas “amargasas” y se las frotaron en el pecho para que a los niños(as) “les supiera feo” y ya no lo quisieran, otras mencionaron que su hijo(a) ya no quiso, algunas tuvieron que dejarlos de un día para otro al irse a trabajar.

Alimentación complementaria

La mitad de las madres entrevistadas empezaron a ofrecer alimentos antes de los seis meses (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 (Figura 5) por miedo a que se atraganten con la comida, por recomendación del personal de salud o lo que han leído en Internet.

Respecto a la consistencia de los alimentos, en general comienzan con papillas, seguido de alimentos suaves y posteriormente en trozos pequeños. Algunas madres ofrecen desde el inicio alimentos suaves tales como verduras cocidas o alimentos remojados como galletas en leche o café, o tortilla en caldo.

Se observó que en algunas mujeres persiste la creencia de que los alimentos procesados son mejores, un símbolo de mayor estatus o solvencia económica, lo que en palabras del antropólogo Jack Goody (1995) sería ubicarse con respecto a otros grupos mediante la alimentación. De igual manera, para Sidney Mintz (1996, p.44) los alimentos tienen significados internos y externos, donde los últimos se refieren a las condiciones sociopolíticas y económicas del entorno. Así mismo, se encontró disparidad entre las recomendaciones entre el personal de salud. Algunos recomiendan fórmulas a partir de los seis

**Figura 4.**

Principales alimentos ofrecidos a los menores de seis meses

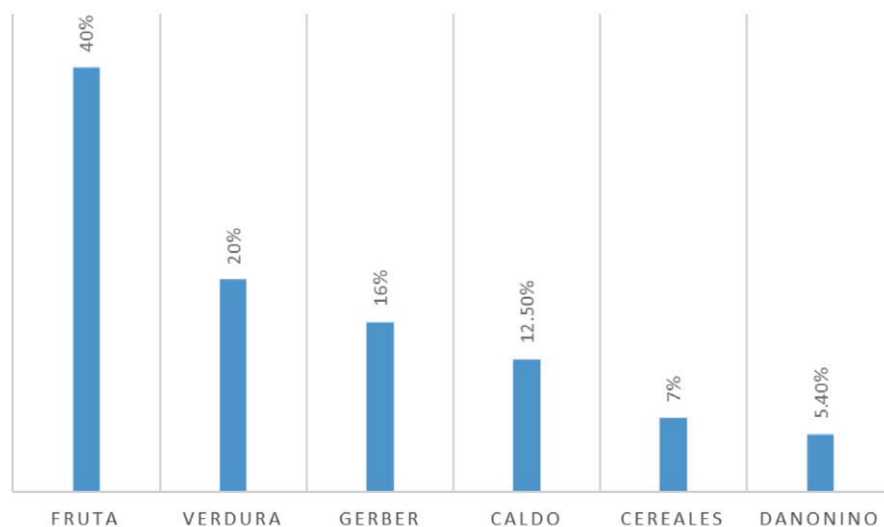


Figura 5.

Principales alimentos proporcionados como alimentación complementaria a partir de los seis meses

meses y alimentos procesados; otros recomiendan leche materna el mayor tiempo posible y papillas preparadas en casa. Esto crea confusión en las madres. Si además de la diversidad de opiniones del personal de salud se suma la opinión de otras mamás y de lo que ven y escuchan en los medios de comunicación, la diversidad de recomendaciones es muy grande. Finalmente, algunas mujeres mencionaron posponer su vida profesional durante uno o dos años, porque consideran más importante el tiempo con sus bebés, además de tener la posibilidad de cubrir las necesidades económicas familiares con el sueldo de su esposo. Lo cierto es que, si se priorizaran las necesidades de las personas, las madres no deberían verse forzadas a decidir entre su trabajo de madres y otros trabajos. Sin embargo, se ha priorizado la producción capitalista y se ha subordinado a ella el cuidado de la vida (Carrasco, 2003, p.19). Así como no deberían sentirse presionadas a trabajar fuera de casa, si su deseo es quedarse con su bebé, por la necesidad económica o por la presión social y/o familiar para ejercer su carrera profesional.

Los saberes, tradiciones y prácticas alimentarias de las madres de menores de dos años en el Carso Huasteco hidalguense se basan en conocimientos tradicionales permeados por el discurso del personal de salud y los medios de comunicación

(televisión, Internet y redes sociales). La mayoría continúa ejerciendo algunos rituales tradicionales que consideran importantes para la crianza y que no difieren demasiado de las recomendaciones del personal de salud (quien no siempre está bien informado respecto a los temas de lactancia materna y alimentación complementaria).

Normalmente son las adultas mayores de la localidad quienes se han apropiado de los conocimientos y promueven prácticas tradicionales que consideran más adecuadas. Al mismo tiempo, las mujeres más jóvenes consideran algunos de los conocimientos tradicionales como caducos o incorrectos y suelen seguir las recomendaciones del personal de salud.

Además de este quiebre generacional en las prácticas alimentarias y de cuidados, se observan choques y a veces empalmes entre los saberes y prácticas tradicionales en torno a los y las lactantes en contraposición con las recomendaciones del personal de salud. El *status quo* del conocimiento lo mantiene la ciencia occidental mediante las instituciones y el personal de salud, muchas veces despreciando y demeritando el papel de las parteras tradicionales. Esto explica en parte las diferencias en las prácticas alimentarias y cuidados en torno a las y los lactantes.

Es reconocido por autores como Mukuria *et al.* (2016) que lo más importante no es únicamente el

conocimiento que se tiene sobre alimentación y cuidados, sino el apoyo social que la familia, la pareja y las personas cercanas brindan a las madres de las y los bebés. Es por ello que las abuelas y las mujeres de las comunidades deben ser parte de los programas de salud a fin de unificar los criterios, respetando sus creencias para permitirles ofrecer sus cuidados a la mujer embarazada durante el parto y postparto, ya que no solamente tienen conocimientos y creencias afines, sino que brindan apoyo y seguridad a las madres y sus bebés. Lo anterior fue señalado también por Van Esterik (1996) quien sugirió tomar en cuenta los aspectos culturales de la población para diseñar políticas eficaces para la protección de la LM y para las mujeres.

Respecto al papel de la pareja, algunas mujeres dejaron ver que éstos se limitan a ser los proveedores; en el caso de los papás más jóvenes, muchos se involucran en el cuidado de los hijos, algunos incluso en la preparación de los alimentos y en la limpieza del hogar, pero son la minoría. Al respecto, Mukuria *et al.* (2016) reconocen la importancia de que la pareja asuma el cuidado y la crianza de los hijos.

Conclusión

Los saberes, tradiciones y prácticas alimentarias de las madres de niños y niñas menores de dos años en el Carso Huasteco hidalgüense se basan en conocimientos tradicionales con influencia del discurso del personal de salud y los medios de comunicación, así como del acceso físico y económico a los alimentos procesados y frescos. La mayoría de las mujeres presentaba un nivel de escolaridad bajo, se dedicaba al hogar y un 78% ofreció LM durante más de seis meses. Contar con el apoyo familiar o de otras mujeres con mayor experiencia (como se describió en este estudio) podría ser un benéfico para lograr la adherencia a la práctica de la Lactancia Materna al menos los seis meses recomendados. Por ello es importante unificar criterios médicos y culturales que permitan un mejor entendimiento de la alimentación infantil por parte de todas las personas involucradas. También resulta urgente mejorar el trato hacia las mujeres de entornos rurales, con mayor tolerancia y empatía por parte del

personal de salud; así como mejorar los mecanismos de actualización del personal -desde las universidades- y hacer respetar el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna. Dada la región estudiada, el uso de remedios herbales fue una práctica frecuente, el consumo de atole y otros líquidos calientes. De igual manera es frecuente el rechazo a los alimentos culturalmente no permitidos durante el posparto, como la carne de puerco. Finalmente, es necesario señalar que se requieren acciones que mejoren la igualdad u equidad de oportunidades laborales para las mujeres que son madres al mismo tiempo que se logra la lactancia materna exclusiva como un Derecho Humano Universal.

Referencias

- Black, R., Allen, L., Bhutta, Z., Caulfield, L., Onis, M., Ezza-ti M, *et al.* (2008). Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *The Lancet*, 243-60. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61690-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61690-0)
- Black, R., Victora, C., Walker, S., Bhutta, Z., Christian, P., Onis, M., *et al.* (2013). Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 427-451. Disponible en: [http://www.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60937-X](http://www.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60937-X)
- Carrasco, C. (2003). La sostenibilidad de la vida humana: ¿Un asunto de mujeres? *Veraz Comunicação*, (82), 43-70. Disponible en: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20101012020556/2carrasco.pdf>
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). (2010). Índice de marginación por localidad 1990-2010. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Marginacion/Datos_Abiertos/Localidad/Base_marginacion_localidad_90-10.csv
- Delgado, B.F., Delgado, A.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*.
- 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. Editores. *Mujeres (in) visibles: Género, alimentación y salud en comunidades rurales de Oaxaca*. Publicaciones URV. Tarragona; p. 109-136. Disponible en: <http://llibres.urv.cat/index.php/purv/catalog/download/58/46/117-1?inline=1>

- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT. (2006). Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2006/doctos/informes/ensanut2006.pdf>
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT. (2012). *Estado de Nutrición, Anemia, Seguridad Alimentaria en la Población Mexicana*. Instituto Nacional de Salud Pública. México. Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2012/doctos/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT. Instituto Nacional de Salud Pública. México (2018). Disponible en: [ensanut_2018_informe_final.pdf_\(insp.mx\)](ensanut_2018_informe_final.pdf_(insp.mx))
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT. Instituto Nacional de Salud Pública. México. (2021). Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2021/descargas.php>
- Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares ENDIREH. (2016). Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/endireh/2016/>
- Fischler, C. (1995). *El (H)omnívoro*. Barcelona: Anagrama.
- González, T. (2017). Recomendaciones para una política nacional de promoción de la lactancia materna en México: postura de la Academia Nacional de Medicina. *Salud Pública de México*, 59(1): 1-10. Disponible en: <http://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/8102>
- Goody, J. (1995). *Cocina, cuisine y clase. Estudio de sociología comparada*. Barcelona: Gedisa Editorial.
- Mintz, S. (1996). *Tasting food, tasting freedom*. Boston: Beacon Pres.
- 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. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/2855801563>
- 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. *Revista Global health*, 4(1), 55-72. Disponible en: <https://doi.org/10.9745%2FGHSP-D-15-00197>
- Osses, S., Macías, C., Castaño, S., Gómez, D., López, A. (2014) Representaciones sociales que orientan prácticas de cuidado de la salud en la primera infancia: una aproximación al estado del arte. *Revista Infancias Imágenes*, 1(13), 70-79. Disponible en: <https://www.aacademica.org/sandra.liliana.osses.rivera/2>
- 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*, 692-699. Disponible en: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5718>
- Pérez-Gil, S. (2006). Percepciones y prácticas alimentarias de un grupo de mujeres en el medio rural. En: Bertran, M., Arroyo, P. *Antropología y Nutrición*. México D.F.: Fundación Mexicana para la Salud y Universidad Autónoma Metropolitana. 137-156.
- UNICEF. (2014). *Lactancia materna y alimentación complementaria*. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_breastfeeding.html
- Van Esterik, P. (1996). The cultural context of breastfeeding policy. *SAGE journal*. 17(4). Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/156462659601700425>
- Vásquez, G., Monroy, R., Cruz, A. y González, A. (2021). Perfil de madres rurales en relación al tipo y duración de lactancia. En Silva-Matos, R., Machado, N. y Cordero, K. *Sistemas de Produção nas Ciências Agrárias*. Atenea Editora (p. 190-203).