

# ETNOTEORÍAS Y PRÁCTICAS DE LACTANCIA MATERNA EN UNA COMUNIDAD MAYA DE YUCATÁN

Georgina Yasmín Reyes Gutiérrez  
y María Dolores Cervera Montejano

*Departamento de Ecología Humana, CINVESTAV, IPN, Unidad Mérida*

## RESUMEN

El objetivo del estudio fue conocer las etnoteorías y prácticas maternas de alimentación durante los dos primeros años de vida en Kiní, Yucatán. Se efectuaron encuestas de alimentación y entrevistas etnográficas a madres y abuelas, y una entrevista semiestructurada a la nutrióloga de la clínica local. Los resultados señalan que 90 % inició la lactancia; 82.8 % introdujo líquidos y 53.8 % consumieron alimentos antes de los seis meses por recomendación médica o percepción de insuficiencia de leche. La mayoría dio pecho en caso de enfermedad. El miedo al contagio y el uso de medicamentos fueron motivos para suspender la lactancia. La falta de leche fue atribuida a mala alimentación, falta de contacto madre-hijo, ingesta de medicamentos y exposición al aire frío. Las recomendaciones de la nutrióloga no siguieron los lineamientos internacionales; aconsejaba discontinuar la lactancia al iniciarse la alimentación complementaria. Las abuelas recomendaron prácticas de cuidado materno e infantil similares a las reportadas desde 1930 y reflejan la clasificación mesoamericana caliente-frío. Los cuidados están orientados a asegurar la producción de leche en la nueva madre. Nuestros resultados sugieren la necesidad de integrar el conocimiento local a la enseñanza médica, así como incluir a otros miembros de la familia, especialmente a las abuelas, a los programas de educación para la salud y nutrición.

**PALABRAS CLAVE:** lactancia, destete, etnoteorías, mayas yucatecos.

## ABSTRACT

The aim of the study was to determine the ethnotheories and maternal feeding practices during the first two years of life in Kiní, Yucatán. Feed surveys and ethnographic

interviews with mothers and grandmothers, and a semi-structured interview to the local clinic nutritionist were applied. Our results show that 90 % initiated breastfeeding, 82.8 %, introduced liquid foods and 53.8 % introduced solids before six months because of medical advice or perceived insufficient milk. Most were breast fed during illness. The fear of contagion and use of drugs were reasons to stop breastfeeding. The lack of milk was attributed to poor diet, lack of mother-infant contact, ingestion of drugs and exposure to cold air. The recommendations of the dietitian did not follow international guidelines, advising instead to discontinue nursing at the start of complementary feeding. The grandmothers recommended maternal and child care practices similar to those reported since 1930 and reflect the Mesoamerican hot-cold classification. The care practices are designed to ensure the production of milk in the new mother. Our results suggest the need to integrate local knowledge to medical education and include other family members, especially grandmothers, to programs of health education and nutrition.

KEYWORDS: breastfeeding, weaning, ethnotheories, Yucatan, Maya.

## INTRODUCCIÓN

La lactancia representa un periodo de interdependencia fisiológica entre la madre y el infante, durante el cual los nutrientes necesarios para el correcto desarrollo de éste son proporcionados a través de la leche materna. Sus ventajas han sido ampliamente documentadas y comprenden la reducción de morbi-mortalidad por enfermedades infecciosas y por síndrome de muerte súbita infantil, menor riesgo de padecer diabetes y obesidad en la edad adulta y mejor desarrollo neuromotriz (León-Cava 2002; McKenna y Bernshaw 1995; Harder *et al.* 2005). Las madres tienen menor riesgo de padecer cáncer de seno, ciertos tipos de cáncer ovárico e infarto al corazón (León Cava 2002; Swartz *et al.* 2009), además de una fertilidad más baja, debida a la anovulación, que contribuye a disminuir la carga de estrés que representan los embarazos repetidos (Ellison 1995; Lutter 2003).

Actualmente, la Organización Mundial de la Salud (2003) recomienda la lactancia exclusiva, es decir, sin que se introduzca otro tipo de alimento por seis meses. Transcurrido este tiempo, es necesaria la introducción de alimentos complementarios porque las reservas de nutrientes empiezan a declinar y los requerimientos nutricionales del infante aumentan (Dettwyler y Fishman 1992). Sin embargo, dado que la leche materna sigue aportando nutrimentos esenciales, se recomienda seguir la lactancia hasta los dos años o hasta que la madre quiera.

En México, las Encuestas Nacionales habían mostrado incremento en las tasas de lactancia materna, aunque éstas eran bajas en comparación con las de otros países en desarrollo y muy por debajo de las recomendaciones mundiales. En general, en las poblaciones rurales se observaba una mayor duración de la lactancia y también una introducción más tardía de alimentos complementarios en la dieta del menor que en las poblaciones urbanas (González-Cossío *et al.* 2003, 2006). Sin embargo, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del 2012 mostró una disminución en la tasa de lactancia materna exclusiva en menores de seis meses. Ésta pasó de 22.3 % en 2006 a 14.5 % a nivel nacional y descendió a la mitad en el área rural, de 36.9 % a 18.5 % (González de Cossío *et al.* 2012, 2013).

Para las comunidades mayas, la mayoría de las fuentes arqueológicas (Wright y Schwarcz 1998; Reyes 2007), etnohistóricas (Landa 1983) y etnográficas (Redfield y Villa Rojas 1990; Villa Rojas 1992; Rivera 1976) sugieren que la lactancia se prolongaba hasta los cuatro o cinco años de edad. Se ha reportado tanto la alimentación al pecho en las primeras horas (Redfield y Villa Rojas 1990; Villa Rojas 1992; Jordan 1993) como el desecho del calostro (Rivera 1976; Daltabuilt 1992). El inicio de la alimentación complementaria ha sido asociado con la erupción dental del infante (Redfield y Villa Rojas 1990; Villa Rojas 1992; Rivera 1976) y, más recientemente, con la migración, el trabajo fuera de las comunidades, la incorporación de las madres al mercado mundial y la extensión de los servicios de salud públicos (Howrigan 1988; Daltabuilt 1992; Cervera 1994).

Esta investigación se orientó a estudiar las etnoteorías y prácticas de la alimentación infantil desde una perspectiva etnográfica en la comunidad maya de Kiní, Yucatán. Las etnoteorías parentales son el conjunto de ideas acerca de la naturaleza y significado de la niñez y la crianza que los padres construyen al enmarcar su experiencia en el contexto más amplio de la historia y experiencia de su comunidad cultural. Las etnoteorías forman parte del nicho de desarrollo y se expresan a través de los otros dos componentes de este sistema: los contextos físico y social en donde se desarrollan las actividades diarias y las prácticas de cuidado infantil; por tanto, guían las acciones parentales con respecto al niño (Super y Harkness 1986; Harkness y Super 1994). Como marco conceptual, el nicho de desarrollo permite aproximarse de manera sistemática al estudio del entorno infantil en su contexto cultural. El estudio de las etnoteorías es relevante, pues constituyen una forma de cognición adulta que, al expresarse en prácticas, permiten

una mejor comprensión de las bases en que estas últimas se sustentan; asimismo, constituyen una herramienta metodológica para operacionalizar el concepto general de contexto cultural (Goodnow 1996; Goodnowy Collins 1990). Con esta base, su estudio, además, puede ofrecer elementos para el diseño de intervenciones dirigidas a mejorar la salud y nutrición materno-infantil a partir de la experiencia e historia de las madres.

## MÉTODO

El estudio fue realizado en Kiní, comisaría de Motul, Yucatán. Se encuentra ubicado a 48 km al noreste de Mérida y a 4 km de la cabecera municipal. Se realizaron encuestas de alimentación infantil a 30 madres, seleccionadas aleatoriamente entre todas las mujeres que habían dado a luz durante un periodo de dos años previos al inicio del estudio. Se aplicaron entrevistas etnográficas a dos madres y tres abuelas, una entrevista semiestructurada a la nutrióloga de la clínica local, y observación participante.

## RESULTADOS

Las madres entrevistadas tenían entre 19 y 45 años de edad ( $\bar{X} = 29.3$ ,  $DE = 6.9$ ), la mayoría de ellas eran amas de casa (80 %). Todas hablaban español, y 30 % además la lengua maya. Excepto una, todas tuvieron acceso a cuidados prenatales y dieron a luz en un hospital público (90 %) o privado (10 %).

En el momento de la entrevista, 60 % daba pecho a su niño. El restante 40 % no había iniciado la lactancia o la había finalizado entre los tres y los 17 meses (cuadro 1). Únicamente tres no lo hicieron, citando que el niño “no lo agarró” o “no lo aceptó”.

La leche materna fue el alimento con el que la mayoría de las madres inició la alimentación de sus hijos (76.6 %). De éstas, la mitad señaló que lo hizo así por el valor nutritivo de la leche materna: “Ellos crecen más sanos, tiene vitaminas y los protege de todas las enfermedades”. La otra mitad lo hizo por recomendación médica: “Porque en el [Hospital] Materno [Infantil] no te dejan dar leche de lata o polvo, sólo chuchú<sup>1</sup>”;

<sup>1</sup> Del verbo *ch'uch* que significa “amamantar” (Barrera Vázquez *et al.* 1980).

*Cuadro 1*  
Edad del destete ( $n = 9$ )\*

<i>Edad</i>	<i>(%)</i>
<6 meses	33.3
6-12 meses	22.2
>12 meses	44.4
Total	100

\* Sólo se incluyen las madres que habían finalizado la lactancia.

“porque la enfermera, cuando estaba llorando, me dijo que tenía hambre. Se lo di [el pecho] y se calmó”.

Entre quienes iniciaron la alimentación con leche maternizada (13.3%), cuatro mencionaron la recomendación del personal del hospital: “Fue lo primero que le dieron en la Clínica Esperanza,<sup>2</sup> no como en el Seguro [IMSS] en donde me lo dieron [al otro hijo] para que amamante”. Una señaló que no había dado leche porque el parto había sido por cesárea. Otra dijo que no tenía leche durante los primeros días posparto. En este mismo sentido, una refirió que: “No me había bajado la leche, no se había cocido”. Una de las abuelas me explicó a qué se referían con el cocimiento de la leche: “Cuando se embaraza, la mujer empieza a desarrollar su pecho, empiezan a crecer por la leche. Solo falta que se cueza. Cuando viene su bebé es cuando necesitan algo para que cueza el pecho. Sí sale, pero está blanquizco. No está cocido”.

Para que la leche se cueza, las abuelas entrevistadas coincidieron en que es necesario que el propio bebé chupe el pezón, o bien, se le laven los pechos a la madre con compresas de agua caliente: “Supongamos que no se le da al niño para que lo saque y no se cuece. Simplemente no lo saca el bebé porque no se lo da. Y ya el pecho no sale porque no lo sazona, dicen... porque el vapor de la boca del bebé, él lo va a cocer”.

Las tres madres que dieron a luz en hospitales privados de Mérida iniciaron la alimentación de sus hijos con leche maternizada, en tanto que la mayoría de quienes lo hicieron en hospitales públicos inició la lactancia materna después del nacimiento (cuadro 2). La lactancia era practicada a libre demanda (59.3%) y algunas madres de niños mayores

<sup>2</sup> Clínica privada de bajo costo en Mérida, Yucatán.

daban pecho solamente en las noches (22.2 %) o tres veces al día (18.5 %). Las madres sabían que sus hijos tenían hambre cuando buscaban el pezón o lo pedían con palabras (70.4 %) y, en menor medida, cuando el niño lloraba (25.9 %).

### *Cuadro 2*

Primera leche ofrecida al neonato, según hospital de nacimiento

<i>Lugar</i>	<i>MA</i>	<i>MZ</i>	<i>Total</i>
IMSS	10	3	13
Hospital Materno Infantil	6	1	7
Hospital O'Horan	7	0	7
Hospital privado	0	3	3
Total	23	7	30

MA = leche materna; MZ = leche maternizada.

Antes de que el infante cumpliera los seis meses de vida, la mayoría de las madres ya había dado otros líquidos, principalmente agua y leche industrializada (cuadros 3 y 4). El agua fue dada para refrescarlos o para evitar la deshidratación, y las otras leches y líquidos porque percibían que el infante no se llenaba únicamente con leche materna: “Le di al mismo tiempo que el chuchú porque no se llenaba”. Otras madres citaron la indicación de los doctores que podían o no seguir las recomendaciones mundiales: “Desde que salió de la clínica, la doctora me dijo que casi no tenía leche y que le diera leche de lata”; “cuando daban pláticas en el Seguro [IMSS] así lo decían, que a los seis meses ya les podemos dar otras cosas”. Asimismo, algunas optaron por dar otros líquidos a sus niños para que no estuvieran tan pegados a ellas: “Lo quise acostumbrar a la leche normal en caso de que me enferme y no le pueda dar pecho”; “con pecho no puedo salir, si le doy leche, sí.”

Más de 50 % de los niños recibieron otros alimentos antes de los seis meses (cuadros 5 y 6). Las madres citaron principalmente la indicación del personal de salud como la razón. También porque el niño no parecía llenarse sólo con leche: “No se llena sólo con leche y así pasa más tiempo sin pedirla”. Otras describieron que sus hijos pidieron esos alimentos al llegar a esa edad: “Porque vio que yo lo estaba comiendo y lo pidió”. Otras

*Cuadro 3*  
Edad en la que tomaron el primer líquido ( $n = 27$ )

<i>Edad</i>	<i>%</i>
< 30 días	44.4
1 mes	14.8
2 meses	7.4
3 meses	3.7
4 meses	7.4
5 meses	3.7
6 meses	18.5
Total	100

Se excluyen las tres madres que no dieron pecho.

*Cuadro 4*  
Primer líquido brindado a los niños ( $n = 30$ )

<i>Líquido</i>	<i>%</i>
Leche industrializada	66.7
Agua	43.3
Jugos naturales	6.7
Jugos industrializados	3.3
Atolillo	3.3
Total	123.3

La suma de los porcentajes > 100 %, pues algunas madres reportaron más de un líquido.

*Cuadro 5*  
Edad al primer alimento ( $n = 26$ )

<i>Edad</i>	<i>%</i>
< 6 meses	53.8
6 meses	38.5
> 6 meses	7.7
Total	100

Cuatro niños entre dos y tres meses no habían recibido ningún alimento sólido.

citaron la recomendación de familiares: “Mi mamá de esa forma nos enseña, que le demos otras cosas para probar”. Las madres consideraron que los niños “ya deben de aprender a diferenciar otros sabores en su paladar”. El resto de las madres dijeron que su elección se debió a la calidad del alimento, por la textura o porque sus “intestinos ya lo pueden recibir”.

12 de las 18 madres que se habían enfermado optaron por seguir amamantando normalmente. De éstas, nueve argumentaron que lo hacía porque el niño seguía pidiendo pecho, y tres porque así lo había indicado el médico: “Le pregunté al doctor por los medicamentos. Siempre dice que sí hay que darle”. De las seis madres que suspendieron la lactancia cuando se enfermaron, la mitad manifestó que tenía miedo de contagiar a su bebé: “Que si tengo calentura que le puedo pegárselo al niño, igual si tengo tos”. Del resto, dos temieron que la toma de medicamentos pudiese afectar a sus hijos, y una señaló que el médico así lo había indicado.

*Cuadro 6*

Primer alimento brindado a los niños ( $n = 26$ )

<i>Alimento</i>	<i>%</i>
Verduras	73.1
Papillas industrializadas	23.1
Frutas	19.2
Frijol/caldo de frijol	15.4
Tortilla	7.7
Sopas de pasta	3.8
<i>Danonino</i>	3.8
Cereal con leche	3.8
Total	150

La suma es mayor a 100 %, pues algunas madres reportaron más de un alimento.

Dos de las abuelas entrevistadas coincidieron con las madres en la preocupación por la ingesta de medicamentos y por el contagio:

Depende de qué medicina esté tomando, si no está tomando nada, puede dar pecho. Como mi nuera, le da tos pero como no toma medicina, sólo se le quita y le da pecho al bebé. A veces si te da calentura, es malo darle chuchú porque dicen

que lo chupa y le puede dar a ella. Cuando tienen gripa, pues mejor que no le den pecho hasta que queden bien. A veces no sé si es cierto o no. Ella cuando se enfermó no le dio chuchú a ella.

Al preguntarles a las madres sobre las razones por las que algunas mujeres no pueden dar pecho, la respuesta más común fue que no les gustaba hacerlo (46.7 %) “Porque no les gusta, porque les cambia el cuerpo.” “Porque no les gusta, porque les estira sus pechos.” En menor medida, las madres señalaron la falta de tiempo porque trabajan (10 %), que hay niños que no aceptan el pecho (30 %) y el miedo al contagio debido a la ingesta de medicamentos, asociada o no a una cesárea (10 %), y a enfermedad (3.3 %): “Cuando es cesárea no tiene casi leche. Si es natural [el parto], sí. Por el medicamento que les dan en la cirugía”; “por la cesárea hace que se les seque, por las medicinas y los antibióticos”; “puede ser que tengan alguna enfermedad que le puedan contagiar”. Dos madres mencionaron que a algunas mujeres: “No les sale la leche porque a veces no tienen punta [pezón] y el bebé no lo agarra”. Una madre señaló que: “Ya están grandes los niños. Dicen que ya no es lo mismo después de los seis meses. Ya no les pueden dar pecho a cada rato como a un bebé”.

Estas mismas razones fueron señaladas como causas de insuficiencia de leche, ya que la producción de leche disminuye: “Porque no quieren darle pecho. Se necesita que le den leche a cada rato”; “porque por dos días no les dan y entonces se seca [la leche] y se echa a perder. Si le das chuchú, debes seguirle dando”. Otras mujeres atribuyeron la falta de leche a una mala alimentación durante el embarazo o la lactancia (23.3 %) y, al referirse a esta última, describieron conductas contrarias a las que se recomiendan tradicionalmente durante el posparto, como la ingesta insuficiente de líquidos, sobre todo de caldos calientes o elaborados con aves criadas en el solar. Algunas dijeron que los pollos de granja poseían químicos que eran dañinos para la leche. Asimismo, se asoció la falta de leche con la ingesta de algunos alimentos, como los salados, el chile, el ají y la chicharra (13.3 %); a los medicamentos (13.3 %), así como al incumplimiento de la cuarentena (10%), pues: “A veces porque salen y les bate el aire, por eso deben de taparse cuando salen”; “dicen que porque no se cuidan. Hay mamás que no dejan que les bata el aire, que no laven trastes, que no tengan frío”.

Las abuelas describieron las recomendaciones asociadas a la cuarentena. Explicaron que las puérperas no deberían mecerse en la ha-

maca, salir antes de que caliente el sol, comer alimentos fríos o abrir el refrigerador: “Dicen, la gente antigua, que porque ya diste a luz y está abierto todo tu cuerpo”; “cuando te hacen el baño [posparto], te tapas el busto porque si te bate el viento te empieza a dar calentura, te duele tu cabeza. Mi mamá decía ‘*al jootz*’<sup>3</sup>, que pesa tu cabeza, te duele tu cabeza, y así, ¿cómo atiendes al bebé, como le das chuchú?, no tienes ganas. Que se cuiden en 40 días”; “ya no deben de comer cosas pesadas ni restos de comida, tiene que ser comidas nuevas, no pueden ponerlo en el ‘refri’ y al día siguiente lo calientan. No, pura comida nueva. Porque se echa a perder su barriga, como dice mi mamá en maya: *x’la nak’i*<sup>4</sup> que porque ya lo echaste a perder, porque cuando ya tuviste un bebé está tierna tu barriga. Te sientes débil y cosas nuevas te dan para que comas... hacen cosas calientes para que se pueda cocer tu comida otra vez, una vez que se cueza te tienes que cuidar, cosas así para que se cueza tu barriga. Para que vuelva quedar bien”.

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

Algunas (46.7 %) señalaron que la abuela del niño, ya sea materna o paterna, les había enseñado qué darles de comer a sus hijos y cómo cuidarlos. Una proporción menor de entrevistadas (16.7 %) explicaron que habían aprendido solas, pues cuando nació su hijo no contaban con alguien que les enseñase, o bien, que fue la experiencia adquirida con los hijos anteriores. Menos fueron las que mencionaron las pláticas prenatales del Seguro Social, el pediatra particular y los talleres comunitarios ofrecidos por el Centro de Salud (13.3 %). Otras (23.3 %) mencionaron dos fuentes de información: “Yo iba a mis citas con la nutrióloga del Centro

<sup>3</sup> Variante de *al hó’olen*, mi cabeza se siente pesada (por enfermedad) (Bricker *et al.* 1998).

<sup>4</sup> Variante de *k’axil nak’*, diarrea. *Nak’*, barriga, vientre o tripas; *nak’il*, abdominal (Barrera Vázquez *et al.* 1980); *x’la* es una expresión coloquial despectiva que se refiere, entre otros calificativos, a “despreciable”.

de Salud y además por mi mamá, ella me dice qué le debo dar, qué no, cómo cuidarlo. La nutrióloga es nomás cada mes”.

La nutrióloga visita mensualmente Kiní como parte del programa Combate a la desnutrición, coordinado por los Servicios de Salud de Yucatán. Desde su punto de vista, en las comunidades donde ha trabajado el problema no es la falta sino el exceso de lactancia materna:

Ese es el problema que hay. Dura bastante y la madre se siente más tranquila si hace pecho pero que no come y no toma leche... Mientras se perjudican dos personas, el niño porque no come y la mamá porque ya no es leche lo que está sacando, es ya su sangre. Todo su calcio, todo su hierro, por eso ves a las mujeres sin dientes, sin cabello.

Acerca de la introducción de alimentos, señaló:

Yo digo a los cuatro [meses] aunque esté establecido que a los seis. Porque hemos visto que si el niño empieza a comer a los seis meses es un niño flojito, que no está acostumbrado a comer, que su lengua sólo tiene la capacidad para succionar y tragar.

Las madres y abuelas entrevistadas cuestionaron las recomendaciones de la nutrióloga. Por ejemplo, durante una de las entrevistas en que estuvieron presentes ambas, señalaron:

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

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

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

## DISCUSIÓN

Las etnoteorías y prácticas de las madres estuvieron influenciadas tanto por el conocimiento local como por el biomédico. La mayoría de los niños nacidos en hospitales públicos recibieron el calostro, lo que puede ser atribuido a la instrumentación de los *Diez pasos hacia una feliz lactancia natural* (OMS y UNICEF 1989) en el sistema oficial de salud. Por el contrario,

en los hospitales privados se separó a los infantes de sus madres y se les ofreció leche maternizada en las siguientes horas posparto.

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

En Kiní, cuando la madre regresa al hogar después de haber dado a luz en un hospital (en Mérida generalmente), es atendida por la abuela del infante, quien acostumbra darle un baño con hojas de naranjo y aplicar compresas calientes en los pechos para que “les baje” y se “cueza” la leche. Esta tradición está extendida en todo Yucatán, con algunas diferencias locales y temporales. Generalmente, el baño es realizado por las parteras al tercer día posparto (Rivera 1976; Güémez 1988; Quattrocchi 2006). En poblaciones quintanarroenses donde no había parteras, como es el caso en Kiní, las suegras y mujeres mayores eran las encargadas del cuidado posparto (Villa Rojas 1992). Otros estudios reportan el uso de hojas de guayabo (Rivera 1976) o de *chalché* o Santa María (*Pluchea symphytifolia*) en lugar de las de naranjo (*Biblioteca Virtual de la Yucatanidad* s/d).

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

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

Estos resultados son similares a los reportados en otras poblaciones mayas de Yucatán, en cuanto a las cualidades calientes o frías de los alimentos (Rivera 1976; Villa Rojas 1992; Domínguez 1998), y en estudios con madres de la ciudad de México y Guadalajara, con madres mayas de Guatemala y con emigrantes de origen latinoamericano en los Estados Unidos, en relación con el reposo, la cuarentena y las repercusiones de su incumplimiento sobre la producción de leche (Sáenz de Tejada y Calderón 1997; Villaseñor 1998; Bunik *et al.* 2006; Sacco *et al.* 2006). Las madres de Kiní, al igual que las de Guadalajara, asociaron el retraso en la producción de leche con condiciones hospitalarias que las exponían al frío. No se encontraron resultados similares para el caso de la “batida de viento” en mujeres lactantes, pero es muy probable que se refiera a lo que se denomina “mal viento” o “mal aire”, causa de enfermedad ampliamente documentada en la literatura etnográfica de los mayas de Yucatán (Redfield y Villa Rojas 1990; Villa Rojas 1992).

Las madres ofrecieron leche a libre demanda y lo consideraban el método más eficaz para tranquilizar el llanto del bebé. Entre los mayas de Yucatán, una meta parental de cuidado infantil es mantener tranquilo al bebé (Jordan 1993, Cervera 1994, Howrigan 1988), pues se le considera especialmente vulnerable a contraer *jak'olal*, la enfermedad del llanto (Cervera y Méndez 2006). Por lo tanto, la lactancia puede considerarse una práctica que contribuye al mantenimiento del equilibrio emocional.

Asimismo, las madres de Kiní no forzaban a sus hijos para que comieran y los complacían cuando querían comer otra cosa, al igual que hacían las madres del sur de Yucatán (Cervera 1994). Diversos estudios en América Latina han identificado este mismo estilo de alimentación (Engle 2002).

El ambiente físico en el que se desarrollan los pequeños también favorece la lactancia materna. Las madres de Kiní mantienen en cercanía a sus hijos la mayor parte del tiempo. Durante los primeros días, el recién nacido permanece en el hogar con su madre y familia cercana y, al pasar las semanas, el ambiente físico se extiende a las calles del pueblo cuando las madres visitan el Centro de Salud, las tiendas cercanas, la cabecera municipal y Mérida. El hogar es el espacio principal de los niños hasta los tres años, edad a la que ya pueden asistir al jardín de niños. En general, los infantes duermen al lado de su madre en la hamaca, por lo que la lactancia nocturna no es un problema. Este tipo de interacción entre madre e hijo ha sido ampliamente documentado en varios estudios en Asia, México, Centroamérica y Medio Oriente (Greenfield y Suzuki 1998).

Entre las participantes existe la idea entre de que las enfermedades maternas y los medicamentos para combatirlas pueden transmitirse a través de la leche, razón por la cual las madres suspendieron la lactancia cuando se enfermaron. Esta misma idea ha sido reportada también en comunidades rurales de Jalisco (Lipsk *et al.* 1994), en las áreas urbana (Ávila *et al.* 1978) y periurbana de la ciudad de México (Guerrero *et al.* 1999), en Fresnillo, Zacatecas (Félix Valenzuela *et al.* 2011), y a nivel nacional según la ENSANUT 2012 (González de Cossío *et al.* 2012). En realidad, son escasas las enfermedades maternas que pueden afectar al bebé. Únicamente el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el de leucemia humana de células T tipo I (HTLV-I) se transmiten a través de la leche materna y, en ambos casos, la alimentación al pecho está contraindicada si se dispone de sustitutos (Díaz 2005). Otras infecciones, como la tuberculosis, paludismo y hepatitis B no son necesariamente mortales, pero debilitan el estado de salud de la madre, por lo que se recomienda que deje de lactar (Casanueva y Flores Quijano 2008).

En cuanto a la medicación, son pocos los fármacos que pueden pasar a través de la leche, como las drogas anticancerígenas (antimetabolitos) y las sustancias radiactivas. En la mayoría de los casos, cuando se ingieren medicamentos de uso común, la proporción del químico que pasa

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

A diferencia de lo reportado en otras poblaciones latinoamericanas (Guerrero *et al.* 1999; Picado *et al.* 1997, Sáenz de Tejada y Calderón 1997; Mendoza 2006; Sacco *et al.* 2006), ninguna participante refirió el susto y el coraje como problemas relacionados con la lactancia. La idea de que la leche se seca o se acaba no estaba extendida en Kiní como en otros lugares del país (Villaseñor 1998). Algunas madres contestaron que jamás habían escuchado que esto sucediera y las que reconocieron el problema lo asociaron a la mala alimentación, ya sea por no tomar caldos, líquidos calientes, comida de patio o por ingerir condimentos. Las madres y las abuelas asociaron este fenómeno con la negativa de amamantar, pues si no existe demanda, la leche se seca.

Una de las dificultades descritas con mayor frecuencia por las madres alrededor del mundo es la sensación de no tener suficiente leche. Esta sensación se asocia con no poder extraerla o sentir los pechos suaves, así como con algunas reacciones del bebé, como llorar mucho o querer mamar frecuentemente (OMS 2010). Esta percepción fue la razón más mencionada para introducir otros líquidos y alimentos, siendo el llanto del menor la causa principal de esta conjetura. Lo mismo fue reportado por madres de la ciudad de México como causa para suspender la lactancia (Ávila *et al.* 1978), madres de comunidades rurales de Jalisco para dar fórmula (Lipsk *et al.* 1994) y a nivel nacional como causa de nunca haber amamantado (González de Cossío *et al.* 2012).

La entrevista con la nutrióloga del centro de salud muestra que también hace uso de sus propias etnoteorías sobre alimentación infantil. Éstas se expresaron en su planteamiento sobre el problema del exceso y no la falta de lactancia, y la edad de la introducción de alimentos ya que, de acuerdo con ella, provoca que los niños se vuelvan “flojitos”. Esta idea se contrapone con la recomendación de la OMS (2010) y asume que la lactancia exclusiva tiene efectos negativos sobre el desarrollo del niño.

Al igual que lo reportado en áreas rurales de Jalisco (Lipsk *et al.* 1994) y área urbana de la ciudad de México (Turnbull-Plaza *et al.* 2006), el personal de salud y la familia son las principales fuentes de información, en especial las abuelas del menor. La mayoría de las madres vivía o pasaba todo el día con ellas cuando el cónyuge se iba a trabajar o había emigrado a los Estados Unidos. A través del contacto diario, las madres

tenían mayor oportunidad de recibir su consejo. Muchas de las antiguas prácticas relacionadas en diversos estudios, incluyendo las etnografías del siglo pasado (Redfield y Villa Rojas 1990; Villa Rojas 1990; Rivera 1976; Jordan 1993; Domínguez 1998), fueron referidas por madres y abuelas quienes, además, explicaron las ideas que las sustentan. Por ejemplo, la cuarentena, el baño caliente después del parto y el consumo de alimentos para producir leche.

## CONCLUSIONES

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

Las madres construyeron sus etnoteorías a partir de las enseñanzas de las abuelas, el personal local de salud y, en menor medida, las opiniones de otros miembros de su familia, así como de su propia experiencia, y sirvieron de guía para sus prácticas de lactancia. Un elemento de las etnoteorías, reflejado en las prácticas, fue el complejo clasificatorio caliente-frío, de origen mesoamericano. Como organizador cultural del cuidado materno-infantil, su objetivo se centra en preservar la salud y garantizar la producción de leche, especialmente en las primeras semanas posparto.

Debido al limitado tiempo disponible para el estudio, el número de madres y abuelas entrevistadas fue reducido y, por tanto, no fue posible profundizar en sus ideas. No obstante, los resultados guardan similitud con lo reportado por otros autores en Yucatán y otras regiones del país.

Nuestros resultados sugieren la necesidad de modificar los programas de salud y nutrición materno-infantil, de tal manera que incluyan otras personas, además de las madres, dada la influencia que tienen en las prácticas de alimentación infantil. En especial, los conocimientos y la experiencia de las abuelas enriquecerían el contenido de las pláticas que ofrecen esos programas. Asimismo, es necesario mejorar la capacitación del personal de salud, ofreciendo conocimientos actualizados e incorporando un componente intercultural que les permita entender las ideas que sustentan las prácticas de otras comunidades culturales. Por ello, para

mejorar las prácticas de alimentación infantil, consideramos necesario entender e integrar las etnoteorías y prácticas locales y la forma en que son transmitidas a las enseñanzas de la medicina occidental. Los miembros de la comunidad no pueden ser vistos únicamente como receptores del conocimiento biomédico sino también como constructores activos de ideas y prácticas.

#### REFERENCIAS

- ÁVILA, H., P. ARROYO, D. GARCÍA, F. HUERTA, R. DÍAZ, Y E. CASANUEVA  
1978 Factores determinantes de la suspensión de la lactancia en un grupo de población urbana, *Boletín de la Oficina de Sanidad Panamericana*, 84 (5): 383-390.
- BARRERA VÁZQUEZ, A., J. R. BASTARRACHEA, W. BRITO SANORES, R. VERMONT SALAS Y D. DZUL POOT  
1980 *Diccionario Maya*, Porrúa, México.
- BIBLIOTECA VIRTUAL DE LA YUCATANEIDAD  
s/d [en línea] Niños, *Biblioteca Virtual de la Yucatanidad*, Universidad Autónoma de Mérida, <<http://www.uady.mx/sitios/editoria/biblioteca-virtual/miscelanea/ninos/index.html>> [consulta: junio de 2011].
- BRICKER, V., E. PO'OT, Y O. DZUL DE PO'OT  
1998 *A Dictionary of the Maya Language as spoken in Hocabá, Yucatán*, University of Utah Press, Salt Lake City.
- BUNIK, M., L. CLARK, L. M. ZIMMER, L. M. JIMENEZ, M. E. O'CONNOR, L. A. CRANE Y A. KEMPE  
2006 Early infant feeding decisions in low-income Latinas, *Breastfeeding Medicine*, 1: 225-235.
- CASANUEVA, E. Y M. E. FLORES QUIJANO  
2008 Nutrición de la mujer adulta, E. Casanueva, M. Kaufer Horwitz, A. B. Pérez-Lizaur y P. Arroyo (eds.), *Nutriología Médica*, Fundación Mexicana para la Salud-Editorial Médica Panamericana, México: 173-210.

CERVERA, M. D.

- 1994 *Caretaker-infant interaction and nutrition among Yucatec Mayan Children: An intervention study*, tesis, Boston University, Boston.

CERVERA, M. D. Y R. M. MÉNDEZ

- 2006 Temperament and ecological context among Yucatec Mayan children, *International Journal of Behavioral Development*, 30: 326-337.

DALTABUIT, M.

- 1992 *Mujeres mayas, Trabajo, nutrición y fecundidad*, Instituto de Investigaciones Antropológicas, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

DETTWYLER, K. Y C. FISHMAN

- 1992 Infant feeding practices and growth, *Annual Review of Anthropology*, 21: 171-204.

DÍAZ, N. M.

- 2005 ¿En qué situaciones está contraindicada la lactancia materna?, *Acta Pediátrica Española*, 63: 321-327.

DOMÍNGUEZ, S.

- 1998 *Ciclo de vida en Muxupip: Siljil Yetel Xuxtal*, Instituto Nacional Indigenista, México.

ELLISON, P.

- 1995 Breastfeeding, fertility, and maternal condition, P. Stuart-Macadam y K. Dettwyler (eds.), *Breastfeeding. Biocultural Perspectives*, Aldine de Gruyter, Nueva York: 305-345.

ENGLE, P.

- 2002 Infant feeding styles: barriers and opportunities for good nutrition in India, *Nutrition Reviews*, 60: 109-114.

FÉLIX VALENZUELA, J. A., E. MARTÍNEZ CALDERA Y E. I. SOTELO HAM

- 2011 Prevalencia y factores biosociales asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva, *Pediatría de México*, 13 (2): 47-56.

GONZÁLEZ-COSSÍO, T., H. MORENO-MACÍAS, J. RIVERA, S. VILLALPANDO, T. SHAMAH-LEVI, E. MONTEERRUBIO Y A. HERNÁNDEZ-GARDUÑO

- 2003 Breast-feeding practices in Mexico. Results from the second National Nutrition Survey 1999, *Salud Pública de México*, 45: 477-489.

GONZÁLEZ-COSSÍO, T., J. RIVERA-DOMARCCO, H. MORENO-MACÍAS, E. MONTERRUBIO Y J. SEPÚLVEDA

2006 Poor compliance with appropriate feeding practices in children under 2 years in Mexico, *The Journal of Nutrition*, 136: 2 928-2 933.

GONZALEZ DE COSSÍO T., L. ESCOBAR-ZARAGOZA, D. GONZÁLEZ-CASTELL, H. REYES-VÁZQUEZ Y J. A. RIVERA-DOMMARCO

2013 Breastfeeding in Mexico was stable, on average, but deteriorated among the poor, whereas complementary feeding improved: Results from the 1999 to 2006 National Health and Nutrition Surveys, *Journal of Nutrition*, 143 (5): 664-671.

GONZÁLEZ DE COSSÍO, T., L. ESCOBAR ZARAGOZA, L. D. GONZÁLEZ CASTELL Y M. HERNÁNDEZ ÁVILA

2012 [en línea] Deterioro de la lactancia materna: dejar las fórmulas y ape- garse a lo básico, *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012*, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, <<http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/DeterioroPracLactancia.pdf>> [consulta: abril de 2013].

GOODNOW, J. J.

1996 From household practices to parent's ideas about work and interper- sonal relationships, S. Harkness y C. M. Super (eds.), *Parents' cultural belief systems*, The Guilford Press, Nueva York: 313-344.

GOODNOW, J. J. Y W. A. COLLINS

1990 *Development according to parents: The nature, sources, and consequences of parents' ideas*, Lawrence Erlbaum Associates, Hove.

GREENFIELD, P. Y L. SUZUKI

1998 Culture and human development: implications for parenting, edu- cation, pediatrics and mental health, W. Damon, I. E. Sigel y K. A. Renninger (eds.), *Handbook of Child Psychology*, vol. 4, Child psychology in practice, John Wiley & Sons, Nueva Jersey: 1 059-1 109.

GÚÉMEZ, M.

1988 Las parteras empíricas: agentes tradicionales en la atención materno- infantil (El caso de Pustunich, Yucatán), *Boletín de la Escuela de Ciencias Antropológicas de la Universidad de Yucatán*, 16: 3-13.

- 2000 La concepción del cuerpo humano, la maternidad y el dolor entre mujeres mayas yucatecas, *Mesoamérica*, 21 (39): 205-333.
- GUERRERO, M. L., R. C. MORROW, J. J. CALVA, J. ORTEGA-GALLEGOS, S. WELLER, G. M. RUIZ-PALACIOS Y A. L. MORROW  
1999 Rapid ethnographic assessment of breastfeeding practices in Periurban Mexico City, *Bulletin of the World Health Organization*, 77: 323-330.
- HARKNESS, S., Y C. SUPER  
1994 The developmental niche: A theoretical framework for analyzing the household production of health, *Social Science and Medicine*, 38 (2): 217-226.
- HARDER, T., R. BERGMANN, G. KALLISCHNIGG Y A. PLAGEMANN  
2005 Duration of breastfeeding and risk of overweight: A meta-analysis, *American Journal of Epidemiology*, 162: 397-403.
- HOWRIGAN, G. A.  
1988 Fertility, infant feeding, and change in Yucatan, *New Directions for Child and Adolescent Development*, 40: 37-50.
- JORDAN, B.  
1993 *Birth in four cultures*, Waveland, Long Grove.
- LANDA, D.  
1983 *Relación de las Cosas de Yucatán*, Dante, Mérida.
- LEÓN-CAVA, N.  
2002 *Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: Reseña de la evidencia*, Organización Panamericana de la Salud, Washington.
- LIPSK, S., P. STEPHENSON, T. KOEPSSELL, S. GLOYD, J. L. LÓPEZ Y C. BAIN  
1994 Breastfeeding and weaning practices in rural Mexico, *Nutrition and Health*, 9: 255-261.
- LUTTER, C. K. Y J. A. RIVERA  
2003 Nutritional status of Infants and young Children and characteristics of their diets, *The Journal of Nutrition*, 133: 2 941-2 949.

MCKENNA, J. Y N. BERNSHAW

- 1995 Breastfeeding and infant-parent co-sleeping as adaptive strategies: are they protective against SIDS?, P. Stuart-Macadam y K. Dettwyler (eds.), *Breastfeeding. Biocultural Perspectives*, Aldine de Gruyter, Nueva York: 265-303.

MENDOZA, Z.

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

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

- 2003 *Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado*, Organización Panamericana de la Salud, Washington.
- 2010 *La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de Medicina y otras Ciencias de la Salud*, Organización Mundial de la Salud-Organización Panamericana de la Salud, Ginebra.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Y UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND

- 1989 *Protecting, promoting and supporting breast-feeding: The special role of maternity services*, World Health Organization, Ginebra.

PICADO, J., C. OLSON Y K. RASMUSSEN

- 1997 Metodología combinada para entender la duración del amamantamiento en barrios pobres de Managua, *Revista Panamericana de Salud Pública*, Nicaragua: 2: 398-407.

QUATTROCCHI, P.

- 2006 ¿Qué es la sobada? Elementos para conocer y entender una práctica terapéutica en Yucatán, *Península*, 1: 143-170.

REDFIELD, R. Y A. VILLA ROJAS

- 1990 *Chan Kom. A Maya village*, Waveland, Long Grove.

REYES, G.

- 2007 *Perspectivas bioculturales de los niños mayas: Un análisis de los restos óseos de Xcambó, Yucatán*, tesis, Universidad Autónoma de Yucatán, Mérida.

- RIVERA, M. O.  
1976 *Una comunidad maya en Yucatán*, Secretaría de Educación Pública (SEP-Setentas), México.
- SACCO, L. M., L. E. CAULFIELD, J. GITTELSON Y H. MARTÍNEZ  
2006 The conceptualization of perceived insufficient milk among Mexican mothers, *Journal of Human Lactation*, 22: 277-286.
- SÁENZ DE TEJADA, E. Y R. CALDERÓN  
1997 *Conductas de atención en salud infantil entre mujeres mayas de Guatemala*. BASICS, Guatemala.
- SUPER, C. M. Y S. HARKNESS  
1986 The developmental niche: A conceptualization at the interface of child and culture, *International Journal of Behavioral Development*, 9: 545-569.
- SWARTZ, E., R. RAY, A. STUEBE, M. ALLISON, R. NESS, M. FREIGBER, S. MATHEW Y J. CAULEY  
2009 Duration of lactation and risk factors for maternal cardiovascular disease, *Obstetrics and Gynecology*, 113: 974-982.
- TURNBULL-PLAZA, B., E. ESCALANTE-IZETA Y M. KLUNDER-KLUNDER  
2006 Papel de la redes sociales en la lactancia materna exclusiva. Una primera exploración, *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 44 (2): 97-104.
- VILLA ROJAS, A.  
1992 *Los elegidos de Dios. Etnografía de los mayas de Quintana Roo*, Consejo Nacional para la Cultura y las Arte-Instituto Nacional Indigenista, México.
- VILLASEÑOR, M.  
1998 Saber popular urbano y autoatención en la lactancia materna, F. J. Mercado-Martínez y L. Robles-Silva (eds.), *Investigación cualitativa en salud. Perspectivas desde el Occidente de México*, Universidad de Guadalajara, Guadalajara: 33-72.
- WRIGHT, L. Y H. P. SCHWARCZ  
1998 Stable carbon and oxygen isotopes in human tooth enamel: identifying breastfeeding and weaning in prehistory, *American Journal of Physical Anthropology*, 106: 1-18.