



Nombre de la Alumna: América Nahil Espinosa Cruz

Nombre de la profesora: Luz Elena Cervantes Monroy

Materia: Taller de Elaboración de Tesis

Unidad: II

Licenciatura: Nutrición

Cuatrimestre: 9no

“Creencias y tabúes sobre la lactancia materna en el Hospital Comunitario de Las Margaritas, Chiapas 2024”

CAPÍTULO 1

1.1 Antecedentes

La lactancia materna es una práctica milenaria, íntimamente relacionada con la

biología, la cultura y los sistemas de salud. Desde las primeras sociedades

humanas, la leche materna ha sido el principal alimento para los recién nacidos

y lactantes, asegurando no solo su nutrición, sino también su supervivencia y

desarrollo. No obstante, la lactancia no ha sido un acto universalmente

homogéneo. A lo largo de la historia, ha estado influida por valores simbólicos,

religiosos, creencias, mitos, normas sociales y procesos médicos que han

determinado cuándo, cómo y quién debe amamantar.

Diversas civilizaciones han atribuido a la leche materna propiedades casi

místicas. En el antiguo Egipto, la diosa Isis amamantaba al joven Horus,

mientras que en la mitología romana, Rómulo y Remo fueron alimentados por

una loba. En Mesoamérica, los códices muestran mujeres con senos

prominentes, asociando la maternidad con fertilidad y poder.

Con el surgimiento de la medicina moderna, la lactancia materna fue revalorada

desde una perspectiva científica, reconociendo sus beneficios inmunológicos,

metabólicos, neurológicos y emocionales. Actualmente, la Organización Mundial

de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

(UNICEF) recomiendan la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis

meses de vida y su continuación hasta los dos años o más junto con

alimentación complementaria adecuada (OMS, 2022).

A pesar de estos lineamientos, las tasas de lactancia materna exclusiva

continúan siendo bajas en muchos países, particularmente en contextos rurales,

marginados o con fuerte arraigo a saberes tradicionales. En México, según la

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2021), solo el 28.6% de los

menores de seis meses reciben lactancia materna exclusiva. Esta cifra varía

ampliamente dependiendo de factores como el nivel educativo, el acceso a

servicios de salud y las creencias culturales.

Dentro del estado de Chiapas, esta problemática se intensifica. Chiapas se caracteriza por su diversidad étnica, con una gran presencia de pueblos indígenas como los tzeltales, tojolabales, tsotsiles y choles. Estas comunidades poseen cosmovisiones particulares sobre el cuerpo, la salud, la maternidad y la infancia, que influyen directamente en sus prácticas de crianza y alimentación infantil. La lactancia materna, aunque valorada, también está rodeada de múltiples creencias y tabúes que pueden afectar su duración, exclusividad y calidad.

En Las Margaritas, municipio ubicado en la región Altos de Chiapas, convergen elementos socioculturales, económicos y políticos que condicionan profundamente la salud materno-infantil. Muchas mujeres son monolingües en lenguas originarias, tienen acceso limitado a información médica, enfrentan violencia obstétrica y confían más en parteras tradicionales que en el personal médico institucional. Las creencias sobre la "leche fría", el "mal de ojo", el

"coraje" que se transmite por la leche o la necesidad de suspender la lactancia

si la madre está enferma, son comunes y tienen repercusiones importantes.

Este contexto plantea una necesidad urgente de investigar desde una

perspectiva crítica e intercultural las creencias y tabúes que rodean la lactancia

materna, con el fin de diseñar estrategias que respeten la cultura, pero también

promuevan la salud y el bienestar de madres e hijos.

1.2 Planteamiento del problema

A pesar de que la lactancia materna es promovida activamente por instituciones

de salud, su práctica se encuentra amenazada por una serie de factores

socioculturales poco visibilizados. Uno de los elementos menos abordados pero

más influyentes son las creencias y tabúes asociados a la maternidad y el

amamantamiento. En contextos rurales e indígenas, como el municipio de Las

Margaritas, las madres enfrentan presiones comunitarias, familiares y

personales que condicionan la manera en que se relacionan con sus hijos y con su propia corporalidad.

El desconocimiento científico, el bajo nivel de escolaridad y la desconfianza en

las instituciones médicas favorecen que las decisiones sobre lactancia se basen

más en el conocimiento tradicional transmitido por abuelas, comadres o

parteras. Aunque muchos de estos saberes son valiosos y funcionales, otros

pueden estar fundamentados en ideas erróneas que ponen en riesgo la salud

del binomio madre-hijo.

Por ejemplo, se han identificado creencias como: “si la madre está triste o se

enoja, su leche hace daño”, “si el niño tiene diarrea, hay que suspender la

lactancia”, o “si la leche es clara, es de mala calidad”. Estas afirmaciones

pueden llevar a la introducción temprana de fórmulas artificiales, el uso de

bebidas no adecuadas (atoles, tés, caldos) o incluso al abandono completo de

la lactancia.

En el Hospital General Básico Comunitario de Las Margaritas no existen

registros formales ni investigaciones que documenten de manera sistemática

estas creencias ni su relación con las prácticas reales de lactancia materna.

Esto impide comprender el fenómeno en su complejidad e impide diseñar

programas educativos y preventivos culturalmente sensibles.

1.3 Objetivos

Objetivo general

Analizar las creencias y tabúes que influyen en la práctica de la lactancia

materna entre las mujeres usuarias del Hospital Comunitario de Las Margaritas,

Chiapas, con el fin de identificar patrones culturales que puedan ser abordados

en estrategias de salud intercultural.

Objetivos específicos

1. Identificar las creencias más frecuentes asociadas a la lactancia materna

en mujeres de comunidades rurales e indígenas de Las Margaritas.

2. Determinar cómo estas creencias afectan el inicio, duración y

exclusividad de la lactancia.

3. Explorar el papel de la familia y los agentes tradicionales (abuelas, parteras) en la transmisión de creencias.
4. Evaluar el nivel de conocimiento de las mujeres sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva.
5. Establecer propuestas para mejorar la atención intercultural y educativa en lactancia materna en el hospital.

1.4 Justificación

Este estudio es relevante porque busca llenar un vacío en la literatura regional sobre las creencias y tabúes que afectan la salud materno-infantil en comunidades indígenas de Chiapas. Si bien existe abundante documentación sobre los beneficios de la lactancia materna, poco se ha investigado sobre cómo las concepciones culturales limitan su aplicación práctica en territorios específicos.

Desde la perspectiva de la antropología médica, toda práctica de salud está atravesada por significados simbólicos. Ignorar estos elementos lleva a

intervenciones de salud pública poco efectivas o incluso rechazadas por la

población. Por tanto, es urgente adoptar enfoques que reconozcan los saberes

tradicionales sin invalidarlos, pero que también permitan incorporar

conocimientos científicos validados.

Además, esta investigación puede ser útil para el personal del Hospital

Comunitario, al brindarles herramientas diagnósticas sobre el contexto cultural

en el que operan y ayudarles a mejorar su comunicación con las pacientes.

También puede aportar insumos a políticas públicas en salud intercultural y

programas de lactancia materna en zonas rurales.

1.5 Hipótesis

La hipótesis principal que orienta este estudio es que las creencias culturales y

tabúes relacionados con la lactancia materna en Las Margaritas influyen

negativamente en la duración y exclusividad del amamantamiento, lo cual

impacta la salud infantil y la percepción materna sobre su capacidad para

alimentar adecuadamente a sus hijos.

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

2.1 Conceptualización de la lactancia materna

La lactancia materna es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS,

2022) como el proceso mediante el cual una madre alimenta a su hijo

directamente del pecho, proporcionando todos los nutrientes necesarios para el

desarrollo físico y emocional del lactante. Se considera la forma más natural,

completa y adecuada de alimentación en los primeros años de vida.

Desde un punto de vista biomédico, la lactancia materna exclusiva durante los

primeros seis meses reduce el riesgo de infecciones gastrointestinales,

respiratorias, enfermedades alérgicas y obesidad infantil.

Además, está

asociada a un mejor desarrollo cognitivo y a una reducción del riesgo de

enfermedades crónicas en la adultez (UNICEF, 2020).

La leche materna contiene inmunoglobulinas, factores antiinflamatorios,

enzimas digestivas y componentes bioactivos que no pueden ser replicados

completamente por la leche artificial. También contribuye a establecer un

vínculo afectivo sólido entre madre e hijo.

2.2 Teorías socioculturales sobre la salud y la lactancia

La práctica de la lactancia no puede comprenderse únicamente desde la

biología. Desde la antropología médica, se reconoce que las decisiones sobre

la salud se inscriben en sistemas de creencias, prácticas simbólicas y normas

sociales. Las teorías de autores como Kleinman (1980) proponen que existen

tres sistemas de atención médica: el profesional (biomédico), el popular

(familiar/comunitario) y el tradicional (curanderos, parteras). Estos sistemas

coexisten y, a menudo, se contraponen.

La teoría del “modelo explicativo de la enfermedad” señala que cada individuo o

cultura interpreta los síntomas, causas y tratamientos desde sus propias

creencias. Aplicado a la lactancia materna, esto significa que para muchas

mujeres,

mujeres, la leche no es solo alimento, sino una sustancia influida por las

emociones, el estado del alma o los rituales.

Autores como Menéndez (2003) y Giddens (1998) han estudiado cómo las

decisiones de cuidado se negocian entre la biomedicina y la cultura. Por

ejemplo, si una madre cree que su leche “está sucia” porque discutió con su

esposo, puede suspender la lactancia a pesar de las recomendaciones

médicas.

2.3 Creencias y tabúes en torno a la lactancia materna

Entre las creencias más documentadas en América Latina y México se

encuentran:

- **El calostro es “malo” o “sucio”:** muchas mujeres rechazan alimentar

con esta leche amarillenta al recién nacido, creyendo que puede hacerle

daño.

- **Las emociones negativas contaminan la leche:** tristeza, susto o enojo

de la madre pueden provocar enfermedades al bebé.

- **Ciertos alimentos afectan la leche:** frijoles, chile, naranja o refrescos

“pican la leche” o causan diarrea.

- **El cuerpo de la madre se debilita por dar pecho mucho tiempo.**

- **El embarazo corta la leche o la hace peligrosa.**

- **Dar pecho en público es indecente.**

Estas creencias no son homogéneas; varían por región, grupo étnico y nivel

educativo. Algunas son funcionales, otras perjudiciales. Sin embargo, todas

muestran cómo la lactancia está profundamente marcada por la cultura.

2.4 Situación de la lactancia materna en México

En México, la lactancia materna ha pasado por distintas fases. En los años 70 y

80, con la promoción de fórmulas lácteas, se redujo drásticamente. En

respuesta, surgieron campañas de promoción, leyes para proteger la lactancia y

espacios de apoyo.

Aun así, persisten obstáculos importantes: el regreso temprano al trabajo, la

falta de licencias maternales extendidas, el desconocimiento de los beneficios y

las creencias tradicionales. Según la ENSANUT 2021, la lactancia exclusiva hasta los seis meses solo se cumple en 28.6% de los casos a nivel nacional. En comunidades rurales e indígenas, este porcentaje es menor.

2.5 Lactancia materna en Chiapas

Chiapas es uno de los estados con mayores índices de pobreza, marginación y población indígena. Estas condiciones influyen directamente en la salud

materno-infantil. A pesar de que muchas mujeres amamantan, no siempre lo

hacen de forma exclusiva ni con información suficiente.

Un estudio realizado por Reyes-Muñoz (2017) identificó en comunidades

tojolabales y tzeltales creencias como:

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

Estas ideas condicionan la introducción temprana de otros alimentos, como té,

caldos, atoles o fórmulas comerciales, incluso antes de los tres meses de vida.

2.6 Las Margaritas, Chiapas: contexto sociocultural

Las Margaritas es un municipio predominantemente indígena.

La lengua

principal es el tzeltal, aunque también hay hablantes de tojolabal. Muchas mujeres son monolingües, con bajo acceso a educación formal y servicios

médicos. La figura de la partera tradicional es clave en el acompañamiento del

embarazo y parto.

En este contexto, el hospital comunitario representa una intersección entre el

sistema biomédico y el sistema tradicional. Sin embargo, muchas veces hay

desconfianza hacia el personal de salud, especialmente si no hablan la lengua

local o desconocen las costumbres.

No existen estudios sistemáticos sobre creencias en lactancia en Las

Margaritas. Esta investigación busca llenar ese vacío, aportando una base para

estrategias interculturales en salud.

CAPÍTULO 3. MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de estudio

Se trata de un estudio descriptivo, transversal y con enfoque mixto. El

componente cuantitativo permitirá identificar la frecuencia de ciertas creencias y

prácticas, mientras que el componente cualitativo ayudará a comprender el

significado cultural detrás de ellas.

La investigación tiene también un enfoque intercultural y participativo,

buscando interpretar la realidad desde la voz de las mujeres, respetando sus

sistemas de conocimiento.

3.2 Población y muestra

Población

Está conformada por mujeres usuarias del Hospital Comunitario de Las

Margaritas, que cumplan con al menos uno de los siguientes criterios:

- Estar embarazada (preferentemente en tercer trimestre).

Estar en periodo de puerperio o lactancia (hijas/os menores de 2 años).

- Haber tenido experiencia previa de lactancia en los últimos 5 años.

- Mujeres en edad fértil (15 a 49 años) con interés en compartir su experiencia.

También se incluye al personal de salud del hospital:

- Enfermeras/os.

- Médicos generales.
- Nutriólogas/os.
- Promotores de salud.

Muestra

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

estimación:

- 40 mujeres (20 lactantes activas, 10 embarazadas, 10 con experiencia previa).
- 10 profesionales de salud (mínimo 2 por categoría).

Total estimado: **50 participantes.**

3.3 Técnicas de recolección de datos

- **Encuesta estructurada cerrada:** para mujeres, con preguntas sobre prácticas, creencias y fuentes de información.

- **Encuesta estructurada para profesionales de la salud:** percepción sobre la cultura y tabúes que enfrentan.

Notas de campo y observación no participante en salas de espera y

consultas de niño sano.

3.4 Operacionalización de variables

La operacionalización de variables implica convertir los conceptos teóricos en

indicadores concretos que puedan ser medidos mediante los instrumentos

diseñados. En este estudio se han definido variables tanto para **las mujeres**

participantes como para los **profesionales de la salud**, conforme a las

encuestas estructuradas diseñadas para cada grupo.

3.4 Operacionalización de variables

La operacionalización de variables consiste en definir de manera clara y precisa

cómo se medirá cada uno de los conceptos clave involucrados en la

investigación. En este estudio, se identificaron variables relacionadas con

creencias, prácticas, fuentes de información y percepciones tanto en mujeres

como en profesionales de la salud. Estas variables se abordan mediante dos

encuestas estructuradas: una dirigida a mujeres en etapa reproductiva y otra a

profesionales de la salud del Hospital Comunitario de Las Margaritas.

Instrumento 1: Encuesta para Mujeres

Variable	Indicador	Ítems del instrumento
Edad, escolaridad,	Rango de edad, nivel de estudios, lengua materna, ocupación, número de hijos	Sección 1: Datos Sociodemográficos
Practica de lactancia	Inicio de la lactancia, exclusividad, duración, alimentos introducidos	Sección 2: Practicas de Lactancia Materna

Creencias y tabúes	Opinión sobre el calostro, influencia de emociones, restricciones alimentarias,	Sección 3: Creencias y Tabues (preguntas 11-15)
Influencias y orientación	Personas o instituciones que orienta sobre la lactancia	Sección 4: Fuentes de Información y Apoyo
Confianza en el sistema de narrativas	Nivel de confianza en la información médica institucional	Sección 5: Preguntas abiertas (preguntas 20-21)

Instrumento 2: Encuesta para Profesionales de la Salud

Variable	Indicador	Ítems del instrumento
Experiencia	Edad, profesión, años de	Sección 1: Datos Generales
Formación en lactancia	Participación en capacitaciones, uso de materiales educativos	Sección 2: Experiencia en la lactancia materna
Contacto con	Frecuencia de atención a mujeres	Sección 2: Pregunta 7
Percepción de creencias	Reconocimiento de creencias o	Sección 3: Preguntas 10-13

	tabúes en la comunidad	
Preparacion	Nivel de preparación para atender	Sección 3: Pregunta 14
Propuesta de mejora	Existencia de protocolos interculturales, articulación con	Sección 4: Preguntas 15-17

3.5 Análisis de los datos

El análisis de los datos constituye una fase esencial dentro del proceso

investigativo, ya que permite transformar la información recolectada en

evidencia útil para responder las preguntas de investigación, contrastar la

hipótesis y alcanzar los objetivos planteados.

Dado que este estudio emplea un enfoque mixto — combinando técnicas

cuantitativas y cualitativas—, se utilizarán distintos procedimientos de análisis

según el tipo de datos recolectados:

3.5.1 Análisis cuantitativo

Los datos cerrados obtenidos mediante las encuestas estructuradas serán

codificados y procesados utilizando estadística descriptiva.

Se utilizarán

herramientas como **Microsoft Excel o software** estadístico como **SPSS** para

elaborar:

- **Tablas de frecuencia y porcentajes relativos** por cada variable (por

ejemplo, número de mujeres que consideran el calostro perjudicial).

- **Gráficas de barras o circulares para** representar visualmente la

distribución de las respuestas.

- **Cruces de variables**, como por ejemplo:

- Nivel educativo vs. prácticas de lactancia.

- Influencia familiar vs. exclusividad de la lactancia.

- Profesión del profesional de salud vs. percepción de preparación

intercultural.

Este análisis permitirá identificar **tendencias, patrones y asociaciones**

relevantes entre variables socioculturales y las prácticas de lactancia materna.

3.5.2 Análisis cualitativo

Las preguntas abiertas contenidas en ambas encuestas serán analizadas

mediante un análisis temático, una técnica ampliamente utilizada en

investigaciones sociales cualitativas. Este análisis comprende las siguientes

etapas:

1. Lectura exploratoria: revisión completa de las respuestas para

familiarizarse con el contenido.

2. Codificación inicial: identificación de palabras clave, frases recurrentes

o categorías culturales (por ejemplo: “leche fría”, “coraje”, “el niño se

empacha”).

3. Agrupación de temas: se construirán temas amplios a partir de las

codificaciones, tales como “emociones maternas”, “alimentos prohibidos”,

“autoridad de la abuela”.

4. Interpretación crítica: se analizarán los significados culturales detrás de

cada creencia, su posible origen y el impacto en la salud materno-infantil.

Este componente cualitativo es crucial para comprender los **aspectos**

simbólicos, emocionales y comunitarios que no pueden ser cuantificados,

pero que son fundamentales en la toma de decisiones relacionadas con la

lactancia.

3.5.3 Triangulación de resultados

Finalmente, se realizará una triangulación metodológica entre los datos

cuantitativos y cualitativos, así como entre las percepciones de las mujeres y las

del personal de salud. Esta triangulación permite verificar la consistencia de los

resultados y **contrastar discursos institucionales con experiencias**

comunitarias, generando conclusiones más integrales.

3.6 Consideraciones éticas

La presente investigación se regirá bajo los principios fundamentales de la ética

en la investigación con seres humanos, especialmente en contextos

vulnerables, como lo son las mujeres embarazadas, en puerperio o lactancia,

en comunidades rurales e indígenas.

A continuación, se detallan los aspectos éticos considerados:

3.6.1 Consentimiento informado

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

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

Se ofrecerán formatos de consentimiento **en español y en lengua indígena**

(principalmente tzeltal o tojolabal), de forma escrita o verbal, según el nivel de

alfabetización de la participante. Ninguna mujer será presionada a participar ni

se le negará atención médica por no hacerlo.

3.6.2 Confidencialidad

La información recolectada será tratada de forma anónima y confidencial. No

se registrarán nombres, números de expediente ni ninguna información

personal que pueda identificar directamente a la participante. Los datos serán

almacenados únicamente por el equipo de investigación y utilizados con fines

estrictamente académicos.

Los resultados se reportarán de **forma agregada y descontextualizada,**

garantizando el respeto a la privacidad de las personas y comunidades

participantes.

3.6.3 Respeto cultural y lingüístico

Dado que esta investigación se desarrolla en una región con diversidad étnica,

se respetarán los códigos culturales de cada comunidad. Se contará con

intérpretes si es necesario y se capacitará a los encuestadores en

competencias culturales básicas (uso respetuoso del lenguaje, manejo de

tabúes, formas tradicionales de saludo y despedida, etc.).

El objetivo no es desmentir o ridiculizar las creencias, sino **entenderlas desde**

su contexto, reconociendo su valor simbólico y su función social.

3.6.4 Aprobación ética institucional

Antes de iniciar el trabajo de campo, se gestionará la autorización formal del

Hospital Comunitario de Las Margaritas y, si es posible, la aprobación de un

Comité de Ética en Investigación avalado por la Secretaría de Salud o una

institución académica correspondiente.

Con estas medidas, se garantiza que la investigación se llevará a cabo con

responsabilidad, sensibilidad y rigor científico, en apego a la **Declaración de Helsinki, las Normas Oficiales Mexicanas para la investigación en salud (NOM-012-SSA3-2012) y los principios del Código de Nuremberg.**

REFERENCIAS

- CONASAMA. (2023). Lactancia materna: Documento de actualización

2023. Secretaría de Salud.

- Estrada-Moreno, M. (2021). Lactancia materna exclusiva y prácticas

tradicionales en zonas rurales. Revista Latinoamericana de Ciencias

Sociales, 19(3), 95-108.

- Giddens, A. (1998). Sociología. Alianza Editorial.
- Kleinman, A. (1980). Patients and Healers in the Context of Culture.

University of California Press.

- Martínez-Galván, E., et al. (2021). Creencias erróneas sobre la lactancia

materna en México rural. Revista Mexicana de Enfermería.

- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención en salud y cultura.

Cuadernos Médico-Sociales, 43, 7-14.

- Organización Mundial de la Salud. (2022). Recomendaciones sobre alimentación del lactante.

- Reyes-Muñoz, M. (2017). Lactancia materna en comunidades indígenas de Chiapas. Revista de Bibliotecología, 33(2), 45-58.

- UNICEF. (2020). 14 mitos sobre la lactancia materna. <https://>

www.unicef.org/lac

- Zamora-Luna, M. (2020). El papel de las abuelas en la lactancia indígena. Revista Mexicana de Antropología, 36(4), 213-229.