

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN**



**TÍTULO**

**ALIMENTACIÓN EN NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 24 MESES DE EDAD, EN  
POBLACIÓN MIGRANTE INDÍGENA DE LA ZONA METROPOLITANA DE  
MONTERREY, NUEVO LEÓN**

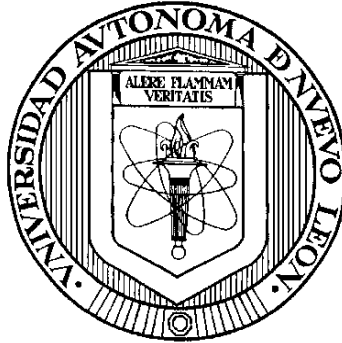
**POR**

**LIC. BRENDA MELINA GUTIÉRREZ ACOSTA**

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OPTAR POR EL GRADO DE  
MAESTRÍA EN CIENCIAS EN SALUD PÚBLICA**

**NOVIEMBRE, 2017**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**



**TÍTULO**

**ALIMENTACIÓN EN NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 24 MESES DE EDAD, EN  
POBLACIÓN MIGRANTE INDÍGENA DE LA ZONA METROPOLITANA DE  
MONTERREY, NUEVO LEÓN**

**POR**

**LIC. BRENDA MELINA GUTIÉRREZ ACOSTA**

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OPTAR POR EL GRADO DE  
MAESTRÍA EN CIENCIAS EN SALUD PÚBLICA**

**DIRECTORA DE TESIS  
DRA. ANA ELISA CASTRO SÁNCHEZ**

**CO-DIRECTORAS DE TESIS  
DRA. ADRIANA ZAMBRANO MORENO  
DRA. MARÍA NATIVIDAD ÁVILA ORTIZ**

**NOVIEMBRE, 2017**

ALIMENTACIÓN EN NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 24 MESES DE EDAD, EN POBLACIÓN  
MIGRANTE INDÍGENA DE LA ZONA METROPOLITANA DE MONTERREY, NUEVO  
LEÓN.

Aprobación de Tesis

---

Dra. Ana Elisa Castro Sánchez

Presidente

---

Dra. María Natividad Ávila Ortiz

Secretario

---

Dra. Adriana Zambrano Moreno

Vocal

---

Dr. en CS. Esteban Gilberto Ramos Peña

Subdirector de Investigación, Innovación y Posgrado



## COMITÉ DE EVALUACIÓN DE TESIS

El Comité de Evaluación de Tesis APROBÓ la tesis titulada: **“ALIMENTACIÓN EN NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 24 MESES DE EDAD, EN POBLACIÓN MIGRANTE INDÍGENA DE LA ZONA METROPOLITANA DE MONTERREY, NUEVO LEÓN”** presentada por **“Brenda Melina Gutiérrez Acosta”**, con la finalidad de obtener el grado de Maestría en Ciencias en Salud Pública.

Monterrey, Nuevo León a 10 de Noviembre del 2017

---

Dra. Ana Elisa Castro Sánchez

Presidente

---

Dra. María Natividad Ávila Ortíz

Secretario

---

Dra. Adriana Zambrano Moreno

Vocal



**DR. en C.S. ESTEBAN GILBERTO RAMOS PEÑA**  
**SUBDIRECTOR DE INVESTIGACIÓN INNOVACIÓN Y POSGRADO**  
**FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN DELA U.A.N.L.**  
**P R S E N T E:**

Nos permitimos comunicar a usted que hemos concluido la Dirección y Codirección de la tesis titulada: **“ALIMENTACIÓN EN NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 24 MESES DE EDAD, EN POBLACIÓN MIGRANTE INDÍGENA DE LA ZONA METROPOLITANA DE MONTERREY, NUEVO LEÓN”** presentada por **Brenda Melina Gutiérrez Acosta**. Con la finalidad de obtener su grado de Maestría en Ciencias en Salud Pública.

Sin otro asunto en particular, les envío un cordial saludo.

Atentamente  
“Alere Flammam Veritatis”  
Monterrey, Nuevo León a 10 de Noviembre de 2017

---

Dra. Ana Elisa Castro Sánchez  
Director de Tesis

---

Dra. María Natividad Ávila Ortíz  
Co-Director de Tesis

---

Dra. Adriana Zambrano Moreno  
Co-Director de Tesis

## Agradecimientos

A Dios primeramente por permitirme la vida y darme la oportunidad de iniciar nuevos retos. A la UANL, en especial a la Facultad de Salud Pública y Nutrición por ser mi casa de formación académica y darme la oportunidad de desarrollarme profesionalmente.

Al CONACYT por el apoyo económico que se me otorgó para cumplir con esta meta. A la Dra. Ana Elisa Castro Sánchez por su orientación y apoyo en la realización de este proyecto y a lo largo de todo el curso. A los profesores que compartieron sus conocimientos que ayudaron en mi crecimiento profesional. A la M. Carmen Farías y todo el equipo de “Zihuame Mochilla”, por su ayuda para contactar a las comunidades migrantes indígenas y por todo el trabajo que hacen en las comunidades para mejorar la calidad de vida de esta población. A la Dra. Mabel Gracia por recibirme en la Universitat Rovira I Virgili en Tarragona, España y aportar al proyecto.

A la Dra. Adriana Zambrano Moreno, mi guía y amiga, que sin su apoyo ni siquiera hubiera podido iniciar este desafío, en quien siempre he encontrado apoyo y motivación para seguir adelante y además que siempre me alienta a perseguir mis sueños.

A mis padres Isaías y Lourdes, que se convirtieron en tesis y me acompañaron a cada una de las comunidades, y que para mí siempre tendrán el título de maestros. A mi hermana que siempre ha apoyado todas mis decisiones y me ha acompañado en el camino. A mis tíos y primos por su apoyo económico y moral.

A mis amigas Gabriela A., Nancy C., Mariela C., Claudia C., Fabiola S., Silvia G., Rosi C., Rosalinda E., Blanca O., Julia T. y Deborah C. que han hecho un cambio en mi vida y que su apoyo fue fundamental para cumplir este sueño.

## Dedicatoria

A una mujer valiente, mi hermana Marisol

A dos ángeles que viven en mi corazón

## TABLA DE CONTENIDO

<b>Contenido</b>	<b>Página</b>
1. ANTECEDENTES	01
1.1. Introducción	01
1.2. Marco conceptual	02
1.3. Antecedentes	17
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	24
3. JUSTIFICACIÓN	25
4. HIPÓTESIS	27
5. OBJETIVOS	27
5.1. Objetivo general	27
5.2. Objetivos específicos	27
6. METODOLOGÍA	28
6.1. Diseño del estudio	28
6.2. Universo de estudio	28
6.3. Población de estudio	28
6.4. Criterios de selección	28
6.5. Técnica muestral	29
6.6. Cálculo del tamaño de la muestra	29
6.7. Variables	30
6.8. Instrumentos de medición	31



6.9.Procedimientos	31
6.10. Plan de análisis	33
7. CONSIDERACIONES ÉTICAS	35
8. RESULTADOS	36
9. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	61
10.CONCLUSIONES	64
11.REFERENCIAS	65
ANEXO A. Cuestionario de indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño	72
ANEXO B. Guía de entrevista semiestructurada	79
ANEXO C. Carta de consentimiento informado	82
ANEXO D. Seudonimos de entrevistas cualitativas	83

## Lista de Tablas

Tabla	Pagina
TABLA 1. Edad de las madres migrantes indígenas de la zona metropolitana de Monterrey en el año 2016-2017	36
TABLA 2. Escolaridad de las madres migrantes indígenas de la zona metropolitana de Monterrey en el año 2016-2017	37
TABLA 3. Estado civil de las madres migrantes indígenas de la zona metropolitana de Monterrey en el año 2016-2017	38
TABLA 4. Colonias de residencia de las madres migrantes indígenas de la zona metropolitana de Monterrey en el año 2016-2017	39
TABLA 5. Ocupación de las madres migrantes indígenas de la zona metropolitana de Monterrey en el año 2016-2017	40
TABLA 6. Estados de procedencia de las madres migrantes indígenas de la zona metropolitana de Monterrey en el año 2016-2017	41
TABLA 7. Hablantes de alguna lengua indígena en las madres migrantes de la zona metropolitana de Monterrey en el año 2016-2017	42
TABLA 8. Lenguas indígenas habladas por las madres migrantes de la zona metropolitana de Monterrey en el año 2016-2017	43
TABLA 9. Estado Nutricional de los hijos de madres migrantes indígenas de la zona metropolitana de Monterrey en el año 2016-2017	44

TABLA 10. Práctica de lactancia materna en las madres indígenas de la zona metropolitana de Monterrey en el año 2016-2017	45
TABLA 11. Práctica de lactancia materna exclusiva en las madres migrantes indígenas de la zona metropolitana de Monterrey en el año 2016-2017	46
TABLA 12. Duración de lactancia materna exclusiva en las madres migrantes indígenas de la zona metropolitana de Monterrey en el año 2016-2017	47
TABLA 13. Introducción de fórmulas lácteas en los hijos de madres migrantes indígenas de la zona metropolitana de Monterrey en el año 2016-2017	48
TABLA 14. Edad de introducción de fórmulas lácteas de los hijos de madres migrantes indígenas de la zona metropolitana de Monterrey en el año 2016-2017	49
TABLA 15. Edad de inicio de ablactación de los hijos de madres migrantes indígenas de la zona metropolitana de Monterrey en el año 2016-2017	50
TABLA 16. Tipo de ablactación de los hijos de madres migrantes indígenas de la zona metropolitana de Monterrey en el año 2016-2017	51
TABLA 17. Consumo de bebidas de los hijos de madres migrantes indígenas de la zona metropolitana de Monterrey en el año 2016-2017	52
TABLA 18. Consumo de grupos de alimentos de los hijos de madres migrantes indígenas de la zona metropolitana de Monterrey en el año 2016-2017	53

TABLA 19. Representaciones sociales de lactancia materna y  
ablactación en la población migrante indígena de la zona  
metropolitana de Monterrey en el año 2016-2017

58

## RESUMEN

Lic. Brenda Melina Gutiérrez Acosta  
Universidad Autónoma de Nuevo León  
Maestría en Ciencias en Salud Pública  
Programa Interfacultades

Fecha de graduación: Junio de 2017

Título del Estudio: ALIMENTACIÓN EN NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 24 MESES DE EDAD, EN POBLACIÓN MIGRANTE INDÍGENA DE LA ZONA METROPOLITANA DE MONTERREY, NUEVO LEÓN

Candidato para obtener el grado de Maestría en Ciencias en Salud Pública

Número de páginas: 97

**Propósito y Método del Estudio:** Ante la creciente migración interna en el país, el estado de Nuevo León resulta un atractivo lugar de residencia para los migrantes, una parte importante, son los migrantes indígenas, donde una de las características de identidad de cada grupo son las tradiciones y costumbres alimentarias, por lo que es de gran importancia conocer el impacto en su nutrición de la nueva realidad alimentaria de las grandes ciudades. Uno de los grupos vulnerables en esta población son los lactantes, cuya alimentación condicionará la nutrición y salud de una nueva generación. Por lo anterior se planteó el siguiente objetivo del estudio; analizar la alimentación en niñas y niños de 0 a 24 meses de edad, en población migrante indígena de la zona metropolitana de Monterrey, Nuevo León. Fue un estudio transversal, mixto cuantitativo-cualitativo, con predominio cualitativo, se entrevistaron 61 madres migrantes indígenas.

**Contribuciones y Conclusiones:** Aunque en migrantes indígenas se mantienen las costumbres de alimentación que practicaban en los lugares de procedencia, se presentan cambios importantes en los hábitos de alimentación de los lactantes de esta población, cambios en los que no se han profundizado y no se tienen datos específicos sobre las razones de las modificaciones en la dieta de origen, ahí la importancia de los resultados ya que aportan hallazgos destacables para conocer la situación actual de la alimentación de esta población. El porcentaje de madres que proporcionan lactancia materna es alto, sin embargo se encontraron prácticas como la introducción de fórmulas lácteas y alimentos industrializados a edades tempranas. Con las nuevas tendencias de promoción de la lactancia materna exclusiva y de la ablactación, conocer cómo alimentan a sus hijos las migrantes indígenas nos proporciona datos que podrán ser utilizados para programas de salud del menor y adentrarse en las necesidades tanto en asistencia alimentaria como en aspectos sociales que son fácilmente olvidados, pero de mucha relevancia para que los programas propuestos puedan tener el impacto deseado.

**FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS** \_\_\_\_\_

# **1. ANTECEDENTES**

## **1.1 Introducción**

La nutrición en todas etapas de la vida es uno de los aspectos vitales para la salud de las personas. Las etapas iniciales del ciclo de la vida marcarán la evolución de la salud y nutrición del hombre, es por eso que los organismos internacionales y nacionales están poniendo énfasis en la nutrición de las primeras etapas de la vida, mediante recomendaciones y programas para fomentar una nutrición saludable.

En el país existen algunas poblaciones que no tienen acceso a servicios de salud y quedan desprotegidas comprometiendo la salud, en particular de los menores de edad.

En este sentido un sector poblacional especialmente desprotegido es el indígena, que al vivir en lugares apartados o de forma no estable en las zonas urbanas quedan rezagados de la cobertura de los servicios de salud. Por otra parte, se enfrentan a un gran cambio de ambiente cultural, porque tienen que ajustarse a la disponibilidad de alimentos en zonas urbanas y hacen importantes modificaciones a su estilo de vida y hábitos alimentarios.

Conocer dichos cambios y sus causas son elementos fundamentales para las intervenciones que se vayan a planear y ejecutar en pro de la salud de esta población específica.

## 1.2 MARCO CONCEPTUAL

En un mundo en constante cambio, sería erróneo pensar que la alimentación se ha mantenido estática a través del tiempo. Según Popkin, se ha manifestado una transición demográfica, epidemiológica, alimentaria y de nutrición, donde se pueden identificar varias etapas o fases por las que la humanidad ha pasado, Popkin identifica 5 fases: la primera etapa llamada “recolección de alimentos” donde el hombre obtenía su comida a través de caza y recolección, esta dieta estaba basada en hidratos de carbono y fibra. La segunda fase es la de las hambrunas” que está caracterizada por el desarrollo de la agricultura y la dieta es menos variada, ya que está condicionada al resultado de la cosecha. La tercera fase conocida como la “disminución de las hambrunas” ubicada durante el periodo de revolución industrial y segunda revolución agrícola, hay un aumento en el consumo de frutas, verduras y alimentos de origen animal. En la cuarta fase “predominio de las enfermedades crónico-degenerativas” donde se aumenta la prevalencia de obesidad causada por dietas altas en grasa, colesterol, carbohidratos simples, la mayoría de las personas viven en las urbes. La última etapa llamada “cambio conductual” consiste en los cambios individuales de las personas y autoridades gubernamentales, y donde se trata de volver a la fase uno “recolección de alimentos” y adoptar dietas altas en fibra y un estilo de vida activo (Ortiz-Hernández, Delgado-Sánchez, & Hernández-Briones, 2006).

Para verificar esta teoría, el propio Popkin estudió este fenómeno en diferentes países, entre ellos: Rusia, Vietnam, España, Brasil, China y Japón y todos los países presentaron las características de las diferentes etapas de esta transición (Castelló, 2011).

Esta transición está fuertemente ligada a los cambios demográficos y epidemiológicos, estos cambios también se reflejan en la composición corporal, los patrones de alimentación y en la mortalidad de la población (Popkin &

Gordon-Larsen, 2004). La transición demográfica explica el aumento de la población, con todas las variaciones de natalidad, mortalidad, esperanza de vida, entre otras. Y la transición epidemiológica se encarga de explicar los cambios en los perfiles de insalubridad y deficiencia de nutrientes, que han evolucionado a lo largo de la historia iniciando con altos niveles de enfermedades infecciosas hasta la actualidad donde se mantiene una alta prevalencia de enfermedades crónicas-degenerativas (Pasca & Pasca, 2011).

Ante las grandes diferencias entre los países a causa de las características de población y recursos, cada uno se encuentra en una fase de transición nutricional diferente, estas diferencias dependerán del desarrollo económico. Se puede decir que los países de ingresos medios se encuentran en la fase de “recesión de las hambrunas” donde se consumen grandes cantidades de cereales y se realiza poca actividad física (Ortiz-Hernández, Delgado-Sánchez, & Hernández-Briones, 2006). Otros cambios característicos de esta fase son: la revolución de los aceites vegetales comestibles, los edulcorantes calóricos, aumento en la ingesta de alimentos de origen animal, pobre consumo de legumbres, granos enteros y vegetales (Popkin, Adair, & Shu, 2012)

En México son visibles los cambios de la transición alimentaria y nutricional planteada por Popkin, por ejemplo existe un incremento en la prevalencia de obesidad en mujeres de edad reproductiva y un aumento en la presencia de enfermedades crónico-degenerativas, esto observado a inicios de la primera década del segundo milenio. Otro aspecto que ha pasado un poco de largo son los determinantes de esta transición y que pueden ser ubicados en las áreas de organización social, avance tecnológico, crecimiento económico y acceso a alimentos. Entre los cambios que son observados concretamente en México que tienen efectos en la transición nutricional que atraviesa el país, es el del aumento de la urbanización, donde las zonas rurales se convierten en urbes, que puede ser por causa del crecimiento natural o de la migración interna del país, a esto se le añade un aspecto característico de los mexicanos, la gran parte de la población que vive en pobreza, esto afectando el poder adquisitivo



en alimentos, tanto la migración y pobreza dos rasgos bien cuantificados en la población indígena. Aunque el país cuenta con una gran disponibilidad de alimentos, el ámbito económico marca la diferencia en la fase de la transición nutricional donde se encuentra cada uno de los sectores de la población mexicana (Ortiz-Hernández, Delgado-Sánchez, & Hernández-Briones, 2006).

### Determinantes Sociales

Según la OMS (2016), los determinantes sociales de la salud son “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud” y estas circunstancias son los efectos que tiene la distribución de recursos económicos a nivel local, nacional y mundial. Dichos determinantes de la salud explican los grandes problemas de orden sanitario y diferencias evitables en los países.

Desde tiempo atrás se identificó el fuerte vínculo entre los determinantes sociales y la salud de las poblaciones. Se ha descubierto que los determinantes sociales de salud no solamente están relacionados con los sistemas de salud, sino con factores como los recursos económicos, educación, derechos humanos, situación ambiental, entre otros. Existen varios argumentos que tratan de explicar las situaciones y desigualdades en salud de las personas, el primer argumento se refiere a las condiciones materiales específicas del ambiente donde viven los grupos sociales, el segundo razonamiento se refiere a las diferencias de cultura y conducta de cada uno de los grupos y el tercer motivo se refiere al proceso de selección social, en otras palabras el entorno en que nacen y se desarrollan, estas condiciones limitarán o facilitarán el autocuidado y el uso de servicios de salud. Existen estudios en países latinoamericanos, donde se han identificado a la raza o etnia como condicionantes sociales que pueden explicar las diferencias en salud, ya que pertenecer a cierta etnia puede limitar el desarrollo social, educación, vivienda y otros beneficios (Santos, 2011).

En el caso de la población infantil, se debe de analizar el impacto de los determinantes sociales de la salud, en el caso de México comparándose con otros países de la OCDE muestra niveles bajos de bienestar infantil. Varios son los indicadores para medir este bienestar, tales como, proporción de comunidades rurales y urbanas, composición de las familias, pobreza, vivienda, educación, entre otros, tales situaciones a las que la población mexicana y en especial los niños migrantes indígenas son altamente vulnerables. Aun cuando los migrantes indígenas viajan a las zonas urbanas en búsqueda de mejorar su calidad de vida, y aunque encuentran alguna mejoría en su situación, en las ciudades también se ubican en zonas marginadas, donde los niños sufren de carencias, enfrentando las familias estos retos en su vida cotidiana (Jasso-Gutiérrez & López, 2014).

En la actualidad existe poca información sobre las condiciones de salud de las comunidades indígenas y del estado nutricional de los niños menores de cinco años y esto ha dificultado el apoyo de las autoridades encargadas para mejorar su condición. Los menores indígenas tienen más posibilidades de desnutrición crónica y mantienen un perfil de morbilidad y mortalidad similar a grupos menos favorecidos económicamente. Los determinantes que influyen en este estado son ambientales y psicosociales, por ejemplo falta de alimentos, poco acceso a educación, ingresos, agua, higiene y vivienda, por lo que las intervenciones deben ser intersectoriales (Arias, Tarazona, Lamus, & Granados, 2013).

### Representaciones Sociales

El concepto de representación social se le atribuye a Moscovici, en 1961 expone las bases de la teoría y el objeto de estudio. La teoría se basa en que la sociedad requiere de un pensamiento organizado, también llamadas representaciones colectivas, que concentran los pensamientos que dominan en una sociedad, todas las normas sociales, valores, creencias, etc. que forman al individuo (Piña & Cuevas, 2004).

La teoría de las representaciones sociales continúa en desarrollo y debate constante, para el área de la psicología es de gran interés esta teoría, ya que conlleva un planteamiento metodológico atractivo y una nueva forma de analizar el sentido común y para explicar la construcción social de la realidad (Materán, 2008).

En el siglo XX, con todos los cambios que se ocurridos, como el cambio industrial, la urbanización y divisiones sociales, se encontraron grandes diferencias entre las representaciones sociales a las de otras sociedades, por lo que el autor resalta la característica de particularidad para cada grupo o sociedad (Piña & Cuevas, 2004).

Algunas de las funciones de las representaciones sociales son: otorgar una forma definitiva a los objetos, individuos y situaciones de la vida cotidiana; iniciar la comunicación entre los integrantes de las comunidades; justificar las acciones y decisiones que se llevan a cabo en las interacciones entre los individuos (Materán, 2008).

Las representaciones sociales son el conjunto de ideas, conocimientos necesarios para que cada individuo entienda, interprete y actue en su realidad, estos conocimientos son parte de los pensamientos colectivos, de ahí la importancia de su estudio, ya que se puede aplicar a todas las áreas de la vida y explicar la situación actual o pasada de los diferentes grupos sociales (Piña & Cuevas, 2004).

El estudio de las representaciones sociales y los determinantes sociales en la lactancia materna y ablactación será de gran importancia ya que complementará y dictará las acciones a seguir para mejorar la situación actual de la población migrante indígena. Por lo que en este trabajo de tesis se analizaron variables que están involucradas en el problema a investigar desde los puntos de vista cuantitativo y cualitativo.

### **1.2.1 Situación de salud en la población infantil**

En los últimos años la población infantil mexicana ha dejado de crecer aceleradamente, sin embargo, aún representa una importante parte de la población. El número de niños en el país es de 32.5 millones, donde el 18.9% son menores de 2 años según el censo del 2010 (INEGI, 2014).

En cuanto al estado de salud de los niños se han tenido avances importantes, se ha logrado disminuir un 50% de la mortalidad infantil, sin embargo también existe un porcentaje de niños afectados en su salud, algunos problemas importantes de salud pública son, la sordera congénita que es la discapacidad más común en los recién nacidos y la falta de vitamina A que puede desarrollar patología ocular. Actualmente se trabaja en los programas para la prevención y tratamiento de infecciones respiratorias agudas y de la enfermedad diarreica aguda, ya que en el pasado y en el presente son problemas importantes de salud en los menores (Gutiérrez et al, 2012).

### **1.2.2 Población indígena**

Aunque la Organización Mundial para la Salud (OMS) no ha adoptado una definición oficial para pueblos indígenas, existe un concepto que incluye varias características, entre las que se encuentran: identificarse a sí mismos y ser reconocidos por la comunidad como indígenas; que por herencia tengan una conexión demostrada con sociedades precoloniales; tener fuertes lazos con sus territorios y recursos naturales; conservar las lenguas y creencias de sus antepasados y poseer un sistema tanto social, económico y político distinto. Actualmente se calcula que en 70 países se encuentran 370 millones de indígenas en el mundo (OMS, 2007).

En México, según la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas se considera población indígena “a todas las personas que forman parte de un hogar indígena, donde el jefe del hogar, su cónyuge o alguno de sus ascendientes declaró ser hablante de lengua indígena” (CONEVAL, 2015).

El país ha sido reconocido como una nación pluricultural por la diversa presencia de población indígena, según el Censo del 2010 residen 6.9 millones de personas de más de 3 años que hablan alguna lengua indígena, esta cifra representa el 6.6% de la población total de México siendo el sexo femenino el que predomina en esta población. Los estados donde se destaca su presencia Oaxaca, Yucatán, Chiapas, Quintana Roo, Guerrero, Hidalgo, Campeche, Puebla y San Luis Potosí. Actualmente se hablan 89 lenguas indígenas en México, siendo las principales: náhuatl, maya, mixteca, zapoteca, tzeltal y tzotzil. En el país existe migración interna de población indígena, los datos demuestran que se encuentran casi 738 mil personas de más de tres años que hablan alguna lengua indígena viviendo en un estado diferente al de nacimiento. Los estados que más atraen a los hablantes de lengua indígena son el Estado de México, Oaxaca, Distrito Federal, Quintana Roo, Veracruz, Nuevo León y Puebla (INEGI, 2013).

### **1.2.3 Migración**

El fenómeno de la migración se puede definir como aquel “fenómeno demográfico que implica cambios de residencia de ciudad, estado o país, ya sea que la gente llegue al lugar o se vaya” (INEGI, 2010). Este no es un fenómeno característico de México, desde el siglo XX se ha observado que en el mundo aproximadamente 175 millones de personas viven fuera de su país, de acuerdo a la Organización Internacional de Migración (OIM) y se calcula que 1 de cada 35 personas es migrante en el planeta (OIM, 2003).

Los grupos de migrantes más vulnerables son las mujeres y niños, indocumentados y entre ellos los grupos indígenas (Leco, Kido, & Molina, 2013). Algunos factores propician estos movimientos demográficos como las dificultades económicas que se viven en su lugar de origen, pobreza y marginación, oportunidad de mejores empleos (Secretaría de Asuntos Migratorios, 2013); o por situaciones políticas como guerras o cambios de gobierno, que derivan en migraciones forzadas, el resultado de esto son los 10.4 millones de personas refugiados que viven en campos ( OIM, 2003).

En el caso particular del indígena migrante, ha vivido y vive exclusiones y marginaciones cuando se insertan en las grandes urbes. Las actividades económicas donde se desarrollan estos migrantes en las ciudades, van desde el mercado informal, la construcción y el servicio doméstico (Olivares, 2010).

#### **1.2.4 Alimentación Infantil**

Es difícil encontrar una definición universal de hábito alimentario, ya que existen diversos conceptos, pero la mayoría coinciden en que es hablar de la manifestación habitual de comportamientos tanto a nivel individual como en plural en el aspecto de la alimentación. Estos dependerán directa e indirectamente de las prácticas de la sociedad donde se vive. Aquí intervienen tres importantes agentes, tanto la familia, medios de comunicación y la escuela. La adopción de hábitos alimentarios se da por medio de imitación de los otros integrantes de la familia (Macias, Gordillo, & Camacho, 2012).

Sin excepción todos los lactantes y niños pequeños tienen derecho a una buena alimentación según la Convención sobre los derechos del Niño,

los dos primeros años de vida son fundamentales para prevenir la mortalidad infantil y para el buen desarrollo del niño (OMS, 2017). La alimentación del primer año de vida se puede dividir en dos etapas: amamantamiento y alimentación complementaria o ablactación. Hablando fisiológicamente, después de los seis meses tanto el sistema gastrointestinal como el renal ya son lo suficientemente maduros para poder llevar a cabo todo el proceso digestivo que conlleva la asimilación de los nutrientes (Flores-Huerta, Martínez-Andrade, Toussaint, & Adell-Gras, 2006).

La lactancia materna (LM) es definida como aquella “proporcionada al recién nacido, con leche humana, sin la adición de otros líquidos o alimentos” (DOF, 2010). Además que es una de las prácticas que tiene más costo-beneficio tanto para el recién nacido como para la madre, beneficioso en el campo económico y como una gran fuente en la prevención de cáncer en las madres y en la mortalidad infantil (González de Cosío, Escobar-Zaragoza, González-Castell, & Rivera-Dommarco, 2013). La situación encontrada en México está muy alejada de lo ideal según la OMS, que recomienda seis meses de lactancia materna exclusiva (LME), definiendo a esta como aquella que consiste en dar al lactante únicamente leche materna, sin agregar ningún otro líquido o sólido, ni siquiera agua, vitaminas, medicamentos, entre otros (OMS, 2016) y se ha observado que sólo un 14.4% de los menores reciben lactancia materna exclusiva en el país (Gutiérrez et al, 2012).

Aunque existen estadísticas positivas sobre el incremento de hasta un 41% de la lactancia materna exclusiva en países en desarrollo, el abandono del amamantamiento todavía es un problema de salud pública ya que conlleva implicaciones importantes a nivel personal, social, sanitario y económico en los países (Gorrita, Terrazas, Brito, & Ravelo, 2015). Con el porcentaje de LME reportado, se ubica a México en el último lugar de Latinoamérica en este aspecto, junto con la República Dominicana (UNICEF México, 2015). Varias son las causas para el abandono de la LME, entre las más frecuente la creencia

de que el niño no se satisface y los padres, en ocasiones apoyados por profesionales de la salud introducen fórmulas lácteas antes de los seis meses. También se pueden presentar problemas anatómicos y sociales que impidan la continuación de lactancia materna exclusiva. En el estudio realizado por Gorrita y colaboradores las principales causas de abandono de la lactancia materna fueron: el bebé no llena, insuficiente leche, el bebé no aumenta de peso, el bebé rechaza y la madre no desea dar pecho (Gorrita, Terrazas, Brito, & Ravelo, 2015)

La segunda fase de la alimentación de los niños pequeños es la alimentación complementaria definida como “el proceso que se inicia con la introducción gradual y paulatina de alimentos diferentes a la leche humana, para satisfacer las necesidades nutrimentales del niño o la niña” y se recomienda que inicie a los seis meses de edad (DOF, 2012).

Según la OMS, a los seis meses es adecuada la introducción de la alimentación complementaria (ablactación oportuna), antes de esta edad las necesidades nutricionales se cubren con la LM, por lo que una ablactación temprana (antes de los seis meses) no es recomendable. Sin embargo si esta es retrasada (ablactación tardía) después de los ocho meses puede verse afectado el crecimiento del menor (OMS, 2017).

Las recomendaciones para el inicio de la alimentación complementaria, son ofrecer al niño alimentos naturales, de temporada y regionales, no alimentos procesados, también se menciona que la consistencia deberá de cambiar según la edad del niño. Algunos alimentos que no se recomiendan por tener probabilidad de causar algún problema al infante son quesos, huevos crudos y alimentos ricos en grasa, azúcar y sal (Flores-Huerta, Martínez-Andrade, Toussaint, & Adell-Gras, 2006).

En el país, en el año 2012 se encontraron mejores prácticas en alimentación complementaria en comparación a la LM con un consumo de



alimentos ricos en hierro en un 72.9% y que un 86.7% de los niños menores de dos años tienen una buena diversidad alimentaria mínima (Gutiérrez et al, 2012).

### **1.2.5 Estudio de alimentación y nutrición en menores de 24 Meses**

El estudio sobre la alimentación y nutrición no es tema nuevo, existen registros de encuestas de alimentación desde la década de los años treinta, donde se estudió la dieta de comunidades indígenas de alta marginación en México. En la década siguiente se conceptualizó el término dieta indígena, donde se vieron dos aspectos de la alimentación de estas comunidades. El primero, de forma positiva es que la alimentación es parte importante de la identidad nacional, pero de otra forma también se visualiza con carencias nutrimentales importantes y poca variedad en alimentos.

Los siguientes pasos en México sobre el estudio de la alimentación dependían del Instituto de Nutriología, dependencia de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, el estudio consistió en llevar a cabo un inventario de los alimentos que se consumían y describir su valor nutrimental, además que se realizó la encuesta sobre nutrición en la comunidad otomí en el estado de Hidalgo, estos programas continuaron por más de diez años, hasta la creación del Instituto Nacional de Nutrición, en cuyos registros se observa la preocupación por la situación económica y social que atravesaba el país, y que eran causantes de muchos de los problemas de alimentación y nutrición de la población. El instituto evolucionó al ahora llamado Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, y continúa con su visión inicial. Desde el año 1957 hasta 1969, se realizaron más de 30 encuestas nutricionales en zonas rurales y comunidades populares de la ciudad de México. En los años siguientes (de 1963 a 1974) se siguió una metodología diferente, ya que por medio de una muestra de familias residentes en comunidades menores de 2500 habitantes se aplicaron encuestas que consistían en registros diarios de consumo de

alimentos, y se evaluaban antropométricamente a niños en edad preescolar y se comparaban con los parámetros promedio para la edad.

Las zonas del sur han sido las más estudiadas, uno de los aspectos que se han estudiado en estas comunidades son la deficiencia de niacina, anemia, deficiencia proteica y la diabetes. Con los resultados obtenidos de las encuestas aplicadas durante un poco más de una década se aplicaron y surgieron dos conceptos; el de la dieta indígena que se calificaba como una dieta poco variada, donde el mayor aporte de energía provenía del maíz, frijol y otras leguminosas, y se observó que entre más se acercaba la urbanización a las zonas rurales la dieta se volvía más mestiza, que incorporaba alimentos de origen animal, verduras y frutas.

Desde un inicio uno de los grupos vulnerables son los lactantes, ya que resultados de los estudios de la época, se resaltaba la problemática de la alimentación en el niño pequeño, en específico la interrupción de la lactancia materna y la ablactación tardía, en varios estudios se relacionó esta situación con la situación de pobreza sobre todo en las zonas rurales, estos resultados fueron las bases de los programas de promoción de la lactancia materna y de una ablactación saludable, sin embargo no se tenían datos suficientes para conocer los patrones de alimentación infantil en las comunidades rurales. (Arroyo, 2006)

En el año 1986 la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud creó el Sistema Nacional de Encuestas de Salud (SNES), por lo que a finales de los años 80, se realizó la primera encuesta probabilística en nutrición y alimentación en el país, donde se conoció la situación nutricional que atravesaba México; 10 años después se planteó de nueva cuenta el objetivo de conocer la situación de nutrición nacional, para la llamada Encuesta Nacional de Nutrición 1999 (ENN-99) se dividió el país en cuatro regiones y se estudiaron tanto las zonas urbanas como las rurales. Las variables que se consideraron fueron indicadores antropométricos, ingesta dietética, consumo de vitamina A, E, C, ácido fólico, hierro y zinc por medio de pruebas bioquímicas, además de

características socioeconómicas, actividad física, consumo de alcohol y tabaco. En el caso de los niños pequeños sólo se planteó una clasificación de menores de 5 años y no se tenían datos clasificados por etnicidad o condición indígena (Rivera, Shamah, Villalpando, González, Hernández, & Sepúlveda, 2001).

Para el 2006, se aborda de forma integral la situación de nutrición y salud del país con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT-2006) donde se incluyó los problemas de nutrición, rezago epidemiológico; además de cobertura y utilización de servicios y programas en salud, alimentación, nutrición y desarrollo social. En el caso del aspecto de nutrición se evaluó una muestra representativa de niños menores de cinco años (Oláiz-Fernández, et al, 2006).

Los esfuerzos continuaron seis años después con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012) que permitió tener información actualizada sobre la situación de salud y nutrición de la población. En el caso de los niños pequeños también se consideró el grupo de 0 a 4 años (Gutiérrez, et al, 2012).

En el año 2016 se realizó la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino cuyo objetivo general era observar el comportamiento de los indicadores selectos sobre la condición de salud y nutrición en el país, se tienen datos importantes, sin embargo no se incluyó el grupo de edad de menores de 2 años, en la ENSANUT 2018 se tendrán más datos sobre la lactancia materna y ablactación (Hernández, et al, 2016)

Con los datos obtenidos se pudo observar en la ENN 99 un alto porcentaje de desmedro en niños menores de cinco años fue resaltado y se encuentra en mayor medida en el segundo año de vida, de ahí la importancia de la alimentación en los primeros dos años; en las zonas rurales del sur del país se encontró un mayor número de casos de esta mala nutrición. La presencia de anemia también resultó preocupante tanto en las zonas urbanas y rurales, se encontró un déficit de aproximadamente 25% en el consumo de energía y consumo por debajo de lo recomendado de hierro, zinc y vitamina A, se observó

consumo adecuado de proteínas y vitamina C. (Rivera, Shamah, Villalpando, González, Hernández, & Sepúlveda, 2001).

En la ENSANUT 2006 se encontró que el 5% se encontraba en la clasificación de bajo peso, el 12.7% en talla baja y el 1.6% se clasificó como emaciados. En comparación con las encuestas de 1988 y 1999 se encontró que la prevalencia de la desnutrición había disminuido para el año 2006. Para evaluar la prevalencia de anemia se evaluaron los niños de a partir de los 12 meses, siendo el grupo de 12 a 23 meses el que tuvo el porcentaje más alto de esta patología con un 37.8%. (Olaiz-Fernández, et al, 2006)

Para conocer las prácticas alimentarias de los menores de 2 años, en la ENN 99 se recolectaron datos en todos los menores de 24 meses, y para las ENSANUT 2006 y 2009 se consideraron hasta los 36 meses; para conocer la situación de LM se les cuestionó a las madres con el método del día anterior. En cuanto a la alimentación complementaria se cuestionaba a las madres de los niños mayores de 1 año con el método del día anterior, tanto en la ENN 99 y la ENSANUT 2012, de forma diferente a como se llevó a cabo en la ENSANUT 2006, que se llevó a cabo con el método de recordatorio semicuantitativo de frecuencia de consumo de alimentos de la última semana (Gutiérrez, et al, 2012).

Cabe señalar que en el aspecto de nutrición en los informes oficiales de resultados de las encuestas de nutrición y salud no se presentan de forma desagregada lo encontrado en la población indígena, sino que se muestran por grupo de edad y por zona urbana, rural y el resultado de la media nacional (Gutiérrez, et al, 2012).

Por lo mencionado anteriormente en la actualidad se tienen pocos estudios sobre la alimentación de los lactantes en población indígena, que nos proporcionen datos específicos para conocer los patrones de alimentación de estos niños (Arroyo, 2006).

Según la ENSANUT 2012, el estado nutricional de los niños menores de 5 años, por casi 25 años ha observado una disminución de la prevalencia de desnutrición aguda, en el periodo donde más se presentó fue en el periodo entre el año 1999 y 2006, la desnutrición puede traer consecuencias a mediano y largo plazo.

Aunque se ha tenido una disminución sostenida de la desnutrición, todavía se observa que casi 1.5 millones de niños menores de cinco años presentan talla baja, siendo este un indicador de desnutrición crónica, afectando tanto el desempeño intelectual y físico del niño en varias etapas de la vida. Otro de los problemas de salud pública importante es la prevalencia de anemia, sufriendola más frecuentemente las mujeres embarazadas y los niños menores de 2 años. La prevalencia a nivel nacional fue de 23.3%. El grupo de edad donde persistió la mayor prevalencia fue el de 12 a 23 meses y no existió diferencia estadística entre los preescolares que viven en zona urbana y zona rural, en 13 años se observó una disminución de 8.3 puntos porcentuales (Gutiérrez et al, 2012).

La mayoría de los estudios no han sido en población indígena, y sobre todo falta información sobre la realidad en cuanto alimentación de los niños menores de 24 meses que viven las comunidades migrantes indígenas en las urbes, no existe una gran variedad de literatura que ligue tanto las estadísticas como la explicación de los fenómenos de nutrición en esta población, se encuentran resultados en temas aislados, que dan algún antecedente, sin embargo no nos dan un panorama detallado de lo que ocurre en la comunidad migrante indígena, es de ahí la importancia del estudio que se expone y que aportará información valiosa que sirva como base para mejores intervenciones en salud.

Algunos de los estudios encontrados tanto en el grupo de edad como en el tipo de población, y que muestran hallazgos en México y otros países de Latinoamérica son los siguientes.

### **1.3 ANTECEDENTES**

#### **1.3.1 Estudios Cuantitativos**

##### **POBLACIÓN INDÍGENA**

El siguiente estudio comparó el estado nutricional entre niños indígenas y no indígenas. La población estudiada fueron niños indígenas y no indígenas chilenos de seis a ocho años. Los niños fueron sometidos a pruebas antropométricas de peso, talla y perímetro braquial para su posterior clasificación. También se subclasificó según el área de residencia rural y urbana y también según la vulnerabilidad en la que vivían. Se concluyó que los niños de etnia indígena presentaban una deficiencia mayor en el indicador de talla que los niños no indígenas y los niños indígenas presentaban en promedio mayor peso conforme la talla. En el grupo con mayores recursos presentaban mejores indicadores en talla, peso y perímetro del brazo. Los resultados presentaban elementos base para que se llevaran intervenciones en la población con mayores necesidades (Amigo, Bustos, & Erazo, 1999).

En el caso de México que gran parte de la población es de origen indígena, también se han hecho evaluaciones para conocer su estado nutricional, se realizó este estudio mediante los resultados de la ENN 99. En la metodología de la encuesta se tomó peso y longitud en niños menores de dos años y se pudo llegar a una comparación con niños no indígenas, también se obtuvieron muestras para poder realizar el diagnóstico de anemia. Los resultados fueron una prevalencia mayor de talla baja y bajo peso en niños indígenas, en cuanto a

la prevalencia de anemia se encontró un tercio mayor en niños indígenas en comparación a los no indígenas. Las estadísticas entre niños y niñas no tuvieron diferencias significativas estadísticamente (Monterrubio, González-Cossío, García-Feregrino, García-Guerra, & Sepúlveda-Amor, 2003).

## **ALIMENTACIÓN**

Otro aspecto estudiado ha sido el determinar si los niños menores de dos años incumplían con las recomendaciones dietéticas de la European Society for Pediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition. Se clasificaron en tres grupos los niños que ingresaron al hospital del mar de Barcelona según su etnia de origen, los grupos eran: autóctonos, de etnia gitana y no autóctonos. En total se estudiaron a 462 niños, un 45.5% de los niños eran autóctonos, un 17.7% de etnia gitana y un 36.8% eran no autóctonos. En los tres grupos de niños se encontró incumplimiento de las recomendaciones, en los grupo de niños de etnia gitana sobresale que existía un incumplimiento de la mayoría de las recomendaciones, como la corta duración de la práctica de lactancia materna, introducción de leche de vaca antes de cumplir el primer año, consumo de cereales refinados antes de los seis meses, entre otras prácticas inadecuadas. En el caso del grupo de origen no autóctono se encontró una menor prevalencia de abandono de la lactancia materna a corta edad, pero sí se encontró introducción de legumbres antes de los nueve meses y consumo de huevo entero, café y biberones con bebidas azucaradas antes del año. Las prácticas inadecuadas de alimentación en los primeros años de vida ponen en riesgo nutricional a los niños y compromete el crecimiento y desarrollo normal de los infantes por (García-Algar et al, 2009).

En otro estudio, se centraron en describir cómo eran los hábitos y conductas alimentarios y conocer la relación que mantenía con el apetito en niños menores de dos años con diagnóstico de desnutrición primaria y que habían recibido intervención nutricional ambulatoria. Fue un estudio correlacional, de diseño longitudinal, donde se revisaron 97 historias

nutricionales de primera vez y de seguimiento del servicio de nutrición, cuyas consultas fueron entre los años 2000 y 2010 de niños de ambos sexos (63.9% eran niñas). En cuanto a las conductas alimentarias se encontró en el primer contacto que un 75.3% de los niños consumía sus alimentos con la presencia de distractores; no se tenía establecido un horario para sus comidas en un 82.5%; que se presentaba una conducta rebelde en 56.7% y por parte del cuidador una conducta permisiva en un 57.7%; en las historias de seguimiento hubo una corrección de las conductas no saludables. En la parte de hábitos alimentarios en el ingreso se encontró deficiencia de macronutrientes y algunas vitaminas y minerales, así como dietas monótonas, uso de biberón y una dilución inapropiada de fórmulas lácteas. En las citas de control se encontraron cambios significativos en los hábitos de alimentación. En cuanto a la relación con el apetito se encontró que 71.1% de los niños tenían un apetito malo o regular antes de iniciar la intervención nutricional y este porcentaje disminuyó después de la implementación de la intervención hasta un 45.3%. Con estos resultados se indica que es posible mejorar las conductas y hábitos no saludables por medio de una intervención nutricional en niños menores de dos años con desnutrición primaria (Domínguez & Álvarez, 2014).

## **LACTANCIA MATERNA**

La situación de México con respecto a la práctica de lactancia materna, ha sido documentada en el estudio que tenía por objetivo presentar cuáles eran las prácticas de alimentación en la población infantil a partir de los resultados de la encuesta ENSANUT 2012. La población estudiada fueron mujeres madres de niños menores de 3 años que tuvieran de 12 a 49 años y tuvo representación de la totalidad de los estados del país y tanto en zonas urbanas y rurales. Se utilizaron los indicadores que la OMS recomienda, tales como la mediana de la duración de la práctica de lactancia materna, edad de inicio de la lactancia materna, porcentaje de infantes alimentados con seno materno por lo menos alguna vez, lactancia materna exclusiva en menores de seis meses, lactancia



en el primer año de vida, uso de biberón en niños de 0 a 24 meses, consumo de alimentos fuentes de hierro, inicio de la ablactación y la variedad de alimentos mínimos consumidos de 6 a 23 meses y la frecuencia de consumo. Se encontró una mediana de la edad de duración de la práctica de lactancia materna exclusiva o combinada fue de 10 meses y se presenta una disminución en comparación a las encuestas anteriores y esto se presentó en grupos más vulnerables del país. La lactancia materna exclusiva disminuyó hasta un 4%, un aspecto distintivo de estos resultados es que se presentan las razones por las que no se proporciona lactancia materna a los hijos, destacándose la sensación de no tener leche, por alguna enfermedad de la madre y la no aceptación por parte de la madre (González de Cosío et al, 2014).

La práctica de la lactancia materna se ha visto deteriorada en los grupos más vulnerables en el país y se asocia con el nivel de inseguridad alimentaria, los grupos de indígenas inmigrantes atraviesan situaciones de pobreza y falta de acceso a alimentos, en el estudio realizado en el 2014 se evaluó el efecto modificador de la lactancia materna exclusiva en niños menores de seis meses en relación entre inseguridad alimentaria de las familias y el estado nutricional de los niños. Se encontró que en los hogares con seguridad alimentaria la mediana de edad de duración de lactancia materna exclusiva fue de 4.8 meses, en hogares con inseguridad alimentaria leve 6.9 meses, en hogares con inseguridad moderada y severa 10.6 meses. Para conocer si el estado nutricional de los niños depende de que si recibe lactancia materna exclusiva por lo menos 6 meses y si también varía dependiendo del nivel de seguridad alimentaria, se encontró que la lactancia materna exclusiva de menos de seis meses se relaciona con un mayor peso para la longitud en niños que viven en hogares con inseguridad alimentaria moderada y severa, no se encontró relación entre el estado nutricional y el nivel de inseguridad alimentaria leve o seguridad alimentaria (González-de Cossio, Escobar-Zaragoza, González-Castell, Shamah-Levy, & Rivera-Dommaraco, 2014).

## **ABLACTACIÓN**

En el estudio realizado en Argentina, se determinó la edad de inicio de la ablactación o alimentación complementaria y cuáles eran los alimentos que se les proporcionaban a los lactantes en una población de escasos recursos. Se analizaron 240 encuestas, 80 eran de lactantes de 5 meses, 80 de seis meses y 80 de siete meses, se incluían cuestiones sobre el tipo de lactancia que tenía y si ya se alimentaba con otros alimentos, incluidas fórmulas lácteas y alimentos semisólidos o sólidos. Se encontró que la alimentación complementaria muy temprana en un 15% de los lactantes, siendo esto la introducción de otros alimentos diferentes a la leche materna antes de los cuatro meses, un 50% con alimentación complementaria temprana, inicio entre el cuarto y sexto mes, un 29% con alimentación alimentaria oportuna, al sexto mes y un 6% con alimentación complementaria tardía, con un inicio después de los 7 meses. Se concluyó que ante los altos porcentajes de niños que iniciaron la alimentación complementaria a edades tempranas, son necesarias mayores medidas de educación a las madres en este aspecto (Macias, Rodríguez, & Ronayne, 2013).

Otro de los estudios es de Colombia en donde se buscaba identificar qué conocimientos, actitudes y prácticas tenían los cuidadores de niños menores de 5 años en relación a la alimentación complementaria, es por eso que se utilizó el cuestionario de la OPS adaptado sobre prácticas clave en la alimentación complementaria; se les aplicó a 339 cuidadores de niños menores de 5 años y se obtuvo como resultados, que la alimentación complementaria en un 70% sí se introdujo de forma adecuada a los seis meses, donde los grupos de alimentos que con más frecuencia se proporcionaron fueron las frutas, carnes de res y pollo, verduras y cereales; en un 15% de esa población inicia la alimentación complementaria de forma tardía, que puede traer problemas en el crecimiento y desarrollo de los niños, en esta población se encontró que los cuidadores inician la ablactación de forma temprana por que el niño observa lo que está comiendo la familia frente a él. Además se encontró un déficit de

conocimiento sobre cuáles son los alimentos que debe comer el lactante de acuerdo a su edad. En un gran porcentaje de los casos se le confiere la responsabilidad de cuidar al menor a la abuela, quien de acuerdo a sus creencias inicia la alimentación complementaria y ofrece los alimentos al niño (Parada, 2011).

### **1.3.2 ESTUDIOS CUALITATIVOS**

Para explicar la realidad en cuanto a la alimentación de los menores de dos años, se encontró un estudio donde se quería conocer el estado nutricional y los hábitos alimentarios en una comunidad maya en Yucatán, pero desde una perspectiva de género, si se veía involucrada en la selección y preparación de los alimentos. En esta investigación primeramente se llevaron a cabo las mediciones antropométricas, posteriormente se aplicaron instrumentos para conocer los hábitos alimentarios, tales como registros de frecuencia alimentaria; finalmente se realizaron entrevistas a profundidad a cuatros parejas para conocer cuál era la situación con respecto al género en la selección y preparación de los alimentos que se ofrecían a la familia. En cuanto al estado nutricio de los niños preescolares (menores de cinco años) se encontró que un 77.8% de los niños y un 81.9% de las niñas se encontraban en peso normal, sólo se encontraron niños en niveles de sobrepeso y obesidad y no se encontró bajo peso en los niños de esta comunidad. Con respecto a los hábitos alimentarios se encontró que esta comunidad practicaba una dieta con poca variedad de alimentos, entre los alimentos que constituían la dieta diaria de la comunidad se encuentran el chile, frijol negro, huevo, tortilla de maíz, masa de maíz, pozoles y atoles, se resalta un bajo consumo de verduras y frutas. En las entrevistas se encontró que las mujeres son las que deciden qué comerán las familias, y estas decisiones estaban basadas en los recursos de alimentos o los recursos monetarios que proveen los esposos (Marín, Sánchez, & Maza, 2014).

Las elecciones de las madres al momento de alimentar a sus hijos pequeños también han sido estudiadas, uno de los ejemplos es el estudio del 2015, donde su objetivo era conocer cuáles eran las causas que influían en las decisiones que toman las madres para alimentar a sus hijos en familias de escasos recursos. En el estudio se utilizó el método del paradigma interpretativo, para un mejor entendimiento de los factores culturales, ambientales y socioeconómicos que guiaban las actitudes y comportamientos a la hora de elegir los alimentos para sus hijos. Se utilizaron entrevistas semi-estructuradas a 11 madres de niños menores de dos años y se les cuestionaba sobre las influencias en sus decisiones de alimentación. Los resultados que se obtuvieron fueron que las madres entrevistadas no tenían el suficiente conocimiento sobre cómo proporcionar una dieta saludable para sus hijos, y que para la toma de decisiones combinan los consejos de profesionales de salud y los consejos de miembros de la familia (Lovelace & Rabiee-Khan, 2015).

El estudio realizado en Tizimín, México (2008), donde el objetivo era comprender las representaciones sociales de las responsables del cuidado del menor de 5 años en relación a la alimentación y los componentes de nutrición del programa Oportunidades, considerando el contexto social y cultural. El estudio se realizó por medio de observación participante y entrevistas a profundidad, se entrevistaron 14 cuidadores de menores de 5 años. Con los datos recolectados se pudieron construir dos categorías empíricas, una llamada “dar de comer” y la otra “es una ayuda”, la primera engloba los significados que las entrevistadas dan a la alimentación, prácticas y conocimientos sobre la alimentación de los menores y la relación que se establece entre la salud y alimentación del niño; entre lo que se encontró el establecimiento de horarios de comida y el no proporcionar alimentos que pueden causar daño al menor, estas prácticas fueron adquiridas de generación en generación, de madre a hija. También se encontró que las entrevistadas dan un alto valor de importancia a la leche, así también se presentó la creencia de que alimentos como los caldos tenían un gran aporte nutricional, además que esta población cree que la combinación de pescado y leche produce un mal en la salud de las personas

(mal del pinto). En la otra categoría encontrada que se denominó “es una ayuda” se reunió todo lo que las entrevistadas perciben del programa oportunidades, se encontró como un buen programa ya que se ve beneficiado la alimentación y la salud de las familias que lo reciben, se percibe como un trato justo, por lo que al recibir una ayuda se cumplen con unas acciones por parte de los beneficiados. Se concluyó que con los datos encontrados permitirá a profesionales de la salud proporcionar una orientación de nutrición adecuada y contribuir a revertir creencias que no están científicamente comprobadas y reforzar las que ya tienen un sustento científico (Ulicab-Pool, Carvalho, Gomes, & Pelcastre-Villafuerte, 2009).

## **2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Según la OMS, en el mundo un 30% de los niños padecen un retardo del crecimiento en su talla, siendo esto un indicador de desnutrición y de inadecuadas prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria, y no sólo afecta esta etapa de la vida, sino que puede traer efectos negativos hasta en la etapa adulta. En Nuevo León según la ENSANUT 2012, un 8.5% de los niños presentan talla baja y un 2.5% bajo peso, esto en niños menores de cinco años. La Organización Mundial para la Salud considera “piedra angular” la alimentación del lactante y el niño pequeño en la prevención de la mortalidad en niños menores de 5 años que está altamente relacionada con la malnutrición. La malnutrición se puede deber a la falta de acceso a alimentos saludables, poca educación, pobreza extrema y discriminación, estas situaciones las atraviesa la población indígena en su vida cotidiana. En México la práctica de lactancia materna exclusiva va disminuyendo considerablemente y se observan altos porcentajes de malas prácticas en el momento de introducción de alimentos sólidos, estos favorecen la malnutrición. Actualmente a nivel local

existe escaso conocimiento de los hábitos alimentarios de los niños de 0 a 2 años de población indígena que reside en la zona metropolitana de Monterrey (ZMM), Nuevo León. Según el censo del 2010, en Nuevo León habitan 40 137 personas que hablan alguna lengua indígena; y esta entidad federativa se encuentra entre los primeros diez estados que más atraen la migración indígena por lo que es de suma importancia conocer el estado nutricional y los hábitos alimentarios de esta población específica, por lo que se plantea la siguiente pregunta de investigación ¿Qué caracteriza la práctica de la lactancia materna exclusiva, la introducción de fórmulas lácteas y la ablactación en población migrante indígena residente en la ZMM?

### **3. JUSTIFICACIÓN**

Varios son los factores que impulsan la migración de diferentes poblaciones hacia otro lugar geográfico, entre las migraciones más importantes que se han observado son las de las comunidades indígenas, las zonas rurales donde son originarios se caracterizan por una baja producción de recursos y donde no se tienen los necesarios para impulsar la productividad y mejorar la situación de la familia, por lo que se ven en la necesidad de buscar nuevas oportunidades en las urbes. Ya en las grandes ciudades, la difusión de información a través de los medios de comunicación masiva, ha llevado a una pérdida de costumbres, dialecto y tradiciones. Este fenómeno de la migración ha cambiado la ubicación y estructura poblacional de diversos pueblos indígenas, donde muchas veces los migrantes indígenas no han encontrado las oportunidades esperadas y en lugar de eso encuentran marginación, trabajos mal remunerados, poco acceso a servicios de salud y educación (Amigo, Bustos, Erazo, & Radrigan, 1999).

Nuevo León es uno de los estados que más recibe población migrante indígena, ya que a partir del año 2005 hasta el 2010, casi 11 000 personas llegaron al estado (INEGI, 2013). Según el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social en el informe *La pobreza en la población indígena de México, 2012* las condiciones de vida de la población indígena son más precarias que las de los habitantes no indígenas en el país. Las poblaciones indígenas enfrentan mayor discriminación, inseguridad alimentaria y malnutrición, analfabetismo y pobreza que la población en general (CONEVAL, 2014)

Por otra parte, el retardo en talla o la desnutrición crónica y la anemia son dos grandes problemas de salud en la población infantil. La etapa prenatal y los dos primeros años de vida constituyen una ventana para prevenir la mortalidad infantil atribuida a los problemas antes mencionados (OPS, 2008). En países latinoamericanos no se tiene suficiente información sobre la situación nutricional en niños indígenas, el ejemplo de Chile donde los estudios no son suficientes para conocer su situación y la mayoría de los realizados no tienen muestras representativas de esta población, sus resultados señalan que al igual que en otros países del continente hay presencia de talla baja, sobrepeso y problemas alimentarios (Amigo, Bustos, Erazo, & Radrigan, 1999).

Actualmente existe una laguna de conocimiento sobre los hábitos alimentarios de las niñas y niños migrantes indígenas que habitan en zonas urbanas. Se desconoce sobre los hábitos y patrones alimentarios de las niñas y niños migrantes indígenas que habitan en el Área Metropolitana de Monterrey.

En estudios se ha podido observar que la transición nutricional actual, en la población indígena que vive en las zonas rurales es más lenta que en la población urbana, por lo que sería interesante comparar los hábitos saludables que tienen en las zonas rurales y que les hace cambiar estos hábitos por los que se llevan en las urbes (Marín & Sánchez, 2014).

#### **4. HIPÓTESIS**

1. El porcentaje de madres que ofrecen lactancia materna exclusiva es mayor en migrantes indígenas que el 14% reportado en la ENSANUT 2012.
2. Existe asociación entre proporcionar lactancia materna exclusiva y las características maternas de escolaridad, edad y estado civil.

#### **5. OBJETIVOS**

##### **5.1 Objetivo general**

Analizar la lactancia y la ablactación en niñas y niños de 0 a 24 meses de edad, en población migrante indígena de la zona metropolitana de Monterrey, Nuevo León.

##### **5.2 Objetivos específicos**

*Cuantitativos:*

1. Examinar la práctica de la lactancia materna exclusiva, introducción de fórmulas lácteas y ablactación.
2. Describir la ablactación temprana, oportuna y tardía.
3. Describir el consumo de alimentos y bebidas
4. Analizar la relación entre la proporcionar lactancia materna exclusiva y las características maternas de escolaridad, edad y estado civil.

*Cualitativos:*

1. Describir la práctica de la lactancia materna, la introducción de fórmula láctea y de la ablactación
2. Analizar las representaciones sociales de la alimentación infantil y de la salud en las madres de infantes de 0 a 24 meses.



## **6. METODOLOGÍA**

### **6.1 Diseño del estudio**

El estudio fue transversal mixto, cuantitativo-cualitativo. Con predominancia Cualitativo.

### **6.2 Universo del estudio**

Mujeres de origen indígena residentes en el área metropolitana de Monterrey, Nuevo León.

### **6.3 Población de estudio**

Mujeres de origen indígena migrantes residentes en el área metropolitana de Monterrey, Nuevo León, que fueran madres de niños de 0 a 24 meses de edad.

### **6.4 Criterios de selección**

Para la selección de las participantes tanto en la fase cuantitativa como en la cualitativa se tomaron en cuenta los siguientes criterios:

#### *Criterios de inclusión:*

Mujeres migrantes de origen indígena con hijos de 0 a 24 meses, que dieron su consentimiento para participar en el estudio.

#### *Criterios de exclusión:*

Mujeres monolingües provenientes de comunidades que no contaran con el apoyo de un intérprete.

#### *Criterios de eliminación:*

Rechazo a participar en el estudio; no completar la totalidad de las mediciones contempladas.

## **6.5 Técnica muestral**

Intencional, casos seleccionados a partir de los resultados de la encuesta, hasta encontrar el punto de saturación. Fue una muestra dirigida a tres categorías: 1) Con Lactancia Materna Exclusiva 2) Sin Lactancia de ningún tipo 3) Con inicio de ablactación.

## **6.6 Cálculo del tamaño de la muestra**

Se calculó un tamaño de muestra para la fase cuantitativa, se realizó por medio del software Epidat 3.1 de la OPS, se calculó una muestra para una proporción, obteniendo una muestra de 186 madres migrantes indígenas. El tamaño de muestra cualitativa se determinó por medio de la saturación de datos. En estudios cualitativos, la saturación se refiere al punto en el que se han manifestado una diversidad de conceptos y que con nuevas entrevistas ya no se obtienen nuevos datos, mientras esto no suceda debe de continuar la búsqueda, por lo que al principio del estudio no se tiene un número determinado de entrevistas (Martínez-Salgado, 2012). Al ser un estudio con predominio cualitativo y por el tipo de población y grupo de edad se obtuvo una muestra de 61 casos.

## 6.7 Variables

<b>VARIABLE</b>	<b>Definición Conceptual</b>	<b>Indicador</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Fuente de la información</b>
Lactancia materna (LME)	“Alimentación proporcionada al recién nacido, con leche humana, sin la adición de otros líquidos o alimentos”(DOF, 2010).	LME entre 0-6 meses.	Cuestionario de indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño (IEPA) (OMS, 2007).	Encuesta directa
Ablactación	“Proceso que se inicia con la introducción gradual y paulatina de alimentos diferentes a la leche humana, para satisfacer las necesidades nutrimentales del niño o la niña” y se recomienda que inicie a los seis meses de edad.	Ablactación temprana: menor a los seis meses Ablactación oportuna: de seis a siete meses Ablactación tardía: mayor a los siete meses	Cuestionario de indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño (IEPA) (OMS 2007).	Encuesta directa

## **6.8 Instrumento de medición**

En la fase cuantitativa del estudio se utilizó el cuestionario de indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño de la Organización Mundial de la Salud del año 2007, se seleccionó este instrumento ya que los propósitos del cuestionario se acoplan a los objetivos del proyecto. Dicho instrumento consta de ítems sobre alimentación complementaria y lactancia materna (ANEXO A).

En la fase cualitativa se utilizó una guía de entrevista semiestructurada, para conocer las representaciones sociales de la alimentación y lactancia materna en esta población (ANEXO B). Se seleccionó esta técnica ya que se le ha conocido como la vía de acceso a los aspectos sociales humanos, esta técnica es adecuada porque fluyen las experiencias, vivencias y sentimientos de las personas, siempre y cuando sea posible establecer el rapport. La entrevista semiestructurada es ideal, ya que se tiene una guía para poder abarcar todos los datos que se persiguen, pero da libertad para que fluyan nuevos datos que no se habían considerado (Vela, 2004).

## **6.9 Procedimientos**

### **Fase 1**

1. Se hizo contacto con el Centro de Salud La Esperanza, que se encuentra dentro de la jurisdicción 4 de la Secretaría de Salud estatal, ya que dentro del área geoestadística básica (AGEB) de este centro se encuentra la colonia Héctor Caballero, donde se conoce que reside una comunidad indígena de aproximadamente 100 familias. El contacto con los líderes de la comunidad se llevó a cabo por medio de un promotor de salud del centro. Para la búsqueda de otras informantes se solicitó el apoyo de la Asociación Civil “Zihuame Mochilla”

para contactar en las comunidades madres migrantes indígenas. Posteriormente se explicó a los líderes de la comunidad que este estudio consistía en dos fases, la primera en el llenado del cuestionario de *indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño* de la OMS a madres de niños y niñas menores de 24 meses y se les mostró el cuestionario, así como el consentimiento informado. Se les mencionó que la fase dos consistía en la elección de algunas participantes para realizar una entrevista semiestructurada sobre la alimentación de su hijo y que sería grabada en audio y se le solicitó su apoyo para localizar a las madres de niños menores de 2 años.

2. Cuando ya se tuvieron localizadas a las familias, se acudió a visitarlas para que se llenaran los cuestionarios necesarios, se pesaron y midieron a los niños. Para clasificar el índice de masa corporal con los patrones de crecimiento de Puntaje Z de la OMS.

3. Posteriormente se seleccionó a las participantes para la entrevista semiestructurada.

## **Fase 2**

1. Para la recolección de datos se utilizó la técnica de entrevista cualitativa, por los motivos antes mencionados, se solicitó una cita con fecha y hora a cada una de las entrevistadas, se realizaron en un lugar donde se pudiera tener privacidad para que la participante pudiera expresarse libremente, en todos los casos se acudió a la vivienda de las madres.

2. A cada una de las participantes, al inicio de la entrevista se les explicó y firmaron un consentimiento informado, el cual mencionaba los objetivos del estudio, así como las responsabilidades tanto de la entrevistada como del investigador (ANEXO C).

## **6.10 Plan de análisis**

### **Fase 1**

Con la información recabada, se procedió a formar una base de datos para obtener estadísticas descriptivas de los datos obtenidos y realizar la prueba de hipótesis para dos proporciones para aceptación o rechazo de las hipótesis propuestas. Las estadísticas se llevaron a cabo por medio del software SPSS, versión 22.

### **Fase 2**

Con los datos obtenidos a partir de las transcripciones de las entrevistas cualitativas semiestructuradas, se procedió a realizar el análisis, siguiendo el siguiente procedimiento: primeramente se utilizó la técnica de codificación que consiste en fragmentar los datos en diferentes etapas. La primera etapa es la codificación abierta, que mediante una lectura a profundidad se etiquetaron fragmentos de las transcripciones de las entrevistas, luego la siguiente etapa, llamada codificación axial, consiste en organizar los datos en categorías por semejanza de propiedades; y por último la codificación selectiva, donde se construye la teoría a partir de las categorías resultantes de los datos (Strauss & Corbin, 2002). La codificación se realizó por medio del Software ATLAS.ti.

Para mantener la confidencialidad de los datos para cada una de las transcripciones se creó un seudónimo el cual constó de: las iniciales de la madre, edad, si proporcionó o no lactancia materna, el sexo de su hijo y la edad en meses del menor (ANEXO D).

Para el análisis de las representaciones sociales, se seleccionó el esquema de análisis de una representación social de Moscovici (1979; 1986) y Jodelet (1984) que proponen analizarlas mediante cuatro dimensiones: 1) Conocimiento

Social, 2) Conocimiento formal, 3) Actitud y 4) Campo de Representación, y finalmente se señala con una cita o discurso de las entrevistas.

Para asegurar la validez de los datos cualitativos, se tuvieron las consideraciones del lenguaje para que tanto las preguntas y respuestas pudieran ser entendidas. También se verificó que lo entendido por el investigador sea lo que el entrevistado quiso decir, corroborando los datos con los participantes. Se tuvieron los instrumentos para la entrevista por escrito, para disminuir sesgos y poder verificar que la recolección de datos se haya llevado de forma correcta.

## **7. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

El estudio se apegó a las disposiciones dictadas en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación (Secretaría de Salud, 1987), específicamente en los siguientes apartados: el Capítulo I, Artículo 13 menciona que en la investigación con seres humanos deberá prevalecer el respeto a la dignidad y protección de los derechos y bienestar de los sujetos de investigación.

Según el Capítulo I, Artículo 22 que trata sobre el consentimiento informado, el cual fue realizado por escrito y se solicitó que fuera firmado por las participantes. Dentro del consentimiento se les informó a las entrevistadas que no se les identificaría y se mantendría en confidencialidad la información relacionada con su privacidad, lo anterior mencionado en el Artículo 21, fracción VIII.

Se aseguró que se entendieran todos los aspectos mencionados en el consentimiento informado; al ser un estudio en dos etapas, en la etapa cualitativa, se volvió a solicitar autorización para que la entrevista cualitativa fuera audio grabada y la cual se mantuvo en resguardo por parte de los investigadores, y tanto la información escrita como en audio no se compartirán con personas ajenas al estudio.

El presente estudio también se apegó al Capítulo 14, fracción VI, ya que esta investigación fue realizada por el personal de salud y dirigida por profesionales de la salud con formación académica y experiencia en investigación.



## 8. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos, para una mejor lectura se han dividido en resultados cuantitativos y resultados cualitativos, en primera instancia se presentarán los datos cuantitativos y en una segunda parte los cualitativos.

### Resultados cuantitativos

Se entrevistó a madres de niños de origen migrante indígena, en total se encuestaron 61 personas, de cuatro municipios de la zona metropolitana, que fueron Monterrey, Pesquería, Escobedo y Juárez en el estado de Nuevo León. Las características sociodemográficas de la población se muestran enseguida (Tabla 1).

TABLA 1

Edad de las madres migrantes indígenas de la zona metropolitana de Monterrey en el año 2016-2017

EDAD	
Media	29.4262
Mediana	30.0000
Moda	23.00
Desviación estándar	7.42172
Total	61

Fuente: Encuesta  
Directa

N=61

En la tabla 1 se puede observar que el promedio de edad de las madres migrantes indígenas es de 29 años, con una desviación estándar de  $\pm 7.4$  años.

TABLA 2

Escolaridad de las migrantes indígenas de la zona metropolitana de Monterrey  
en el año 2016-2017

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
PRIMARIA	22	36.1
SECUNDARIA	30	49.2
PREPARATORIA	2	3.3
CARRERA TÉCNICA	1	1.6
NINGUNA	6	9.8
Total	61	100.0

Fuente: Encuesta Directa

N=61

Se cuestionaron varios aspectos sociales, como su escolaridad, en la tabla 2 se observa que el 36% había cursado la primaria, el 49% la secundaria, por otro lado el 9.8% de las madres no tenían ninguna escolaridad.

TABLA 3

Estado civil de las madres migrantes indígenas de la zona metropolitana de Monterrey en el año 2016-2017

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
SOLTERA	3	4.9
CASADA	28	45.9
UNIÓN LIBRE	29	47.5
SEPARADA	1	1.6
Total	61	100.0

Fuente: Encuesta  
Directa

N=61

Con respecto a su estado civil, en la tabla 3 se observa que más del 90% se encontraban casadas o en unión libre, sólo el 3% se encontraba soltera y en menor porcentaje se encontraba separada.

TABLA 4

Colonias de residencia de las madres migrantes indígenas de la zona metropolitana de Monterrey en el año 2016-2017

Colonia	Frecuencia	Porcentaje
HÉCTOR CABALLERO	15	24.6
ARBOLEDAS DE LOS NARANJOS	17	27.9
PEDREGAL DEL TOPOCHICO	6	9.8
LOMAS DE SAN MARTÍN	5	8.2
LOMAS MODELO	6	9.8
COLINAS DEL TOPOCHICO	1	1.6
VALLE DEL ROBLE	1	1.6
FERNANDO AMILPA	10	16.4
Total	61	100.0

Fuente: Encuesta Directa N=61

En la tabla 4 se puede observar la distribución de la población según su colonia de residencia. Un 24.6% en la colonia Héctor Caballero; 27.9% en la colonia Arboledas de los Naranjos; 9.8% en la colonia Pedregal del Topochico; 8.2% en la colonia Lomas de San Martín; 6% en la colonia Lomas Modelo; 16.4% en la colonia Fernando Amilpa y con el mismo porcentaje (1.6%) en las colonias Colinas del Topochico y en Valle del Roble.

TABLA 5

Ocupación de las madres migrantes indígenas de la zona metropolitana de Monterrey en el año 2016-2017

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
AMA DE CASA	51	83.6
COMERCIANTE	8	13.1
ARTESANA	1	1.6
VOLUNTARIA	1	1.6
Total	61	100.0

Fuente: Encuesta Directa

N=61

En la tabla 5 se observa la ocupación de las participantes en el estudio, donde se encontró que el 83.6% es ama de casa, el 13.1% comerciante; artesana y voluntaria en igual porcentaje 1.6% cada una.

TABLA 6

Estados de procedencia de las madres migrantes indígenas de la zona metropolitana de Monterrey en el año 2016-2017

Estado	Frecuencia	Porcentaje
NUEVO LEÓN	9	14.8
OAXACA	12	19.7
VERACRUZ	24	39.3
CHIHUAHUA	1	1.6
ZACATECAS	1	1.6
SAN LUIS POTOSÍ	10	16.4
TAMAULIPAS	1	1.6
GUANAJUATO	1	1.6
QUERÉTARO	2	3.3
Total	61	100.0

Fuente: Encuesta Directa N=61

Con respecto a su situación de migración, en la tabla 6 se observa que 39.3% procede del Estado de Veracruz; 19.7% de Oaxaca; 16.4% de San Luis Potosí; 14.8% de Nuevo León; el 3.3% de Querétaro; y en el mismo porcentaje, 1.6% de Tamaulipas y Guanajuato.

TABLA 7

Hablantes de alguna lengua indígena en las madres migrantes de la zona metropolitana de Monterrey en el año 2016-2017

Hablante de lengua indígena	Frecuencia	Porcentaje
SÍ	46	75.4
NO	15	24.6
Total	61	100.0

Fuente: Encuesta Directa

N=61

Para verificar si las madres pertenecían a algún grupo étnico, se les cuestionó si ellas o alguien de su familia eran hablantes de alguna lengua. En la tabla 7 se puede ver que el 75.4% respondió afirmativamente, mientras que el 24.6% no era hablante de lengua indígena, pero si algún miembro de su familia.

TABLA 8

Lenguas indígenas habladas por las madres migrantes de la zona metropolitana de Monterrey en el año 2016-2017

Lengua	Frecuencia	Porcentaje
MIXTECA	15	24.6
NÁHUATL	34	55.7
CHICHIMECA	1	1.6
OTOMÍ	6	9.8
HUASTECO	5	8.2
Total	61	100.0

Fuente: Encuesta Directa N=61

La tabla 8 muestra que en mayor porcentaje se habla el náhuatl, seguido por el mixteco, mientras que con menor frecuencia está el chichimeca.



TABLA 9

Estado nutricional de los hijos de madres migrantes indígenas de la zona metropolitana de Monterrey en el año 2016-2017

Estado Nutricio	Frecuencia	Porcentaje
EMACIADO	6	9.8
NORMAL	37	60.7
POSIBLE RIESGO A SOBREPESO	14	23.0
SOBREPESO	3	4.9
OBESO	1	1.6
Total	61	100.0

Fuente: Encuesta Directa N=61

En la tabla 9 se puede observar el estado nutricio que presentaban los menores de dos años; 60.7% peso normal; 23.0% con posible riesgo a sobrepeso; 9.8% con emaciación; el sobrepeso y obesidad se presentó en 4.9% y 1.6% respectivamente.

Se presentan a continuación los resultados encontrados con la utilización del Cuestionario de indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño (OMS, 2007):

TABLA 10

Práctica de lactancia materna en las madres indígenas de la zona metropolitana de Monterrey en el año 2016-2017

Lactancia Materna	Frecuencia	Porcentaje
SI	54	88.5
NO	7	11.5
Total	61	100.0

Fuente: Encuesta  
Directa

N=61

La tabla 10 muestra que el 88.5% de los menores reciben lactancia materna de cualquier tipo.

TABLA 11

Práctica de lactancia materna exclusiva en las madres migrantes indígenas de la zona metropolitana de Monterrey en el año 2016-2017

Lactancia Materna Exclusiva	Frecuencia	Porcentaje
<b>SI</b>	<b>21</b>	<b>42.9</b>
NO	28	57.1
Total	49	100.0

Fuente: Encuesta Directa

N=49

En la tabla 11 se observa que el 42.9% cumple con las recomendaciones de la OMS, que establece como mínimo 6 meses de lactancia materna exclusiva, sin la introducción de alimentos diferentes a la leche materna; el 57.1% recibe lactancia de forma mixta.

\*En el estudio se encontró madres que dieron lactancia materna exclusiva hasta siete y ocho meses.

TABLA 12

Duración de lactancia materna exclusiva en las madres migrantes indígenas de la zona metropolitana de Monterrey en el año 2016-2017

Duración	Frecuencia	Porcentaje
< 1 MES	11	22.4
1 MES	3	6.1
2 MESES	1	2.0
3 MESES	3	6.1
4 MESES	6	12.2
5 MESES	4	8.2
<b>6 MESES</b>	<b>17</b>	<b>34.7</b>
7 MESES	3	6.1
8 MESES	1	2.0
Total	49	100.0

Fuente: Encuesta  
Directa

N=49

En cuanto a la duración de la lactancia materna exclusiva (LME) en la tabla 12 se observa que el 34% recibió LME seis meses, el 8.2% cinco meses, el 12.2% cuatro meses y el 22.4% menos de 1 mes. La media de duración de la lactancia materna exclusiva en esta población fue de 3.8 meses con una desviación estándar de  $\pm 2.5$  meses.

TABLA 13

Introducción de fórmulas lácteas en los hijos de madres migrantes indígenas de la zona metropolitana de Monterrey en el año 2016-2017

Fórmulas lácteas	Frecuencia	Porcentaje
SÍ	30	49.2
NO	31	50.8
Total	61	100.0

Fuente: Encuesta  
Directa

N=61

En el caso de la introducción de fórmulas lácteas, se observa en la tabla 13 que el 49.2% consume fórmulas lácteas y el 50.8% no lo hacen.

TABLA 14

Edad de introducción de fórmulas lácteas de los hijos de madres migrantes indígenas de la zona metropolitana de Monterrey en el año 2016-2017

Edad	Frecuencia	Porcentaje
< 1 MES	15	50.0
1 MES	4	13.3
2 MESES	1	3.3
3 MESES	1	3.3
4 MESES	1	3.3
6 MESES	5	16.7
7 MESES	1	3.3
8 MESES	1	3.3
12 MESES	1	3.3
Total	30	100.0

Fuente: Encuesta

Directa

N=30

En la tabla 14 se observa que en mayor porcentaje la introducción de fórmulas lácteas se hace antes del mes de nacimiento del menor (50%) y le sigue la introducción a los seis meses con un 16.7% y la introducción al mes con un 13.3%. La media de edad de introducción de fórmulas lácteas es de 2.3 meses con una desviación estándar de  $\pm 3.2$  meses.

TABLA 15

Edad de inicio de ablactación de los hijos de madres migrantes indígenas de la zona metropolitana de Monterrey en el año 2016-2017

Edad	Frecuencia	Porcentaje
3 MESES	3	4.9
4 MESES	11	18.0
5 MESES	7	11.5
6 MESES	21	34.4
7 MESES	5	8.2
8 MESES	4	6.6
9 MESES	1	1.6
SIN INICIO DE ABLACTACIÓN	9	14.8
Total	61	100.0

Fuente: Encuesta Directa

N=61

En la tabla 15, se observa la edad de la introducción de alimentos sólidos y semisólidos; el promedio de edad de introducción de este tipo de alimentos fue de 5.5 meses con una desviación estándar de  $\pm 1.3$  meses. El 14.8% de la población no había iniciado la ablactación al momento de la entrevista, el 34.4% lo había iniciado a los seis meses de edad, el 11.5% a los cinco meses, el 18.0% a los cuatro meses, en menores porcentajes el 6.6% y el 4.9% a los ocho y tres meses respectivamente.

TABLA 16

Tipo de ablactación de los hijos de madres migrantes indígenas de la zona metropolitana de Monterrey en el año 2016-2017

Tipo de ablactación	Frecuencia	Porcentaje
TEMPRANA	21	40.3
OPORTUNA	30	57.6
TARDÍA	1	1.9
Total	52	100.0

Fuente: Encuesta Directa

N=52

En cuanto al tipo de ablactación según la edad en la tabla 16 se observa que el 40.3% de la población la realiza de forma temprana, el 57.6% de forma oportuna y el 1.9% de forma tardía.



TABLA 17

Consumo de bebidas de los hijos de madres migrantes indígenas de la zona metropolitana de Monterrey en el año 2016-2017

Bebida	Frecuencia	Porcentaje
AGUA NATURAL	54	23.5
FÓRMULA INFANTIL	20	8.7
LECHE ANIMAL	11	4.8
JUGOS	37	16.1
CALDOS	34	14.8
YOGURT	29	12.6
ATOLE	18	7.8
OTRO LÍQUIDO	26	11.3
Total	229	100.0

Fuente: Encuesta Directa N=229

En la tabla 17 con respecto al consumo de alimentos y bebidas que tiene esta población, se observa que el 23.5% consume agua natural, el 16.1% jugos, mayormente jugos industrializados; el 14.8% caldos, el 12.6% yogurt, el 8.7% formula láctea infantil, el 7.8% atole, el 4.8% leche animal. Sobre el consumo de otro líquido el 11.3% contestó que les proporcionaban refresco; 64.2% café y té (14.2%) y agua de sabor (7.14%). En cuanto a la práctica de uso de biberón, 42.6% mencionó que lo utilizaba.

TABLA 18

Consumo de grupos de alimentos de los hijos de madres migrantes indígenas de la zona metropolitana de Monterrey en el año 2016-2017

Grupo de alimentos	Frecuencia	Porcentaje
CEREALES	44	17.4
VERDURAS	10	3.9
FRUTAS	42	16.6
CARNES	31	12.3
LEGUMINOSAS	34	13.4
LÁCTEOS	31	12.3
GRASAS	34	13.4
AZÚCARES	26	10.3
Total	252	100.0

Fuente: Encuesta Directa N=252

En cuanto al consumo de grupos de alimentos, 17.4% consumía cereales (tortilla de maíz, fideos); frutas (plátano, manzana) 16.6%; leguminosas (frijoles) y grasas (aceite vegetal) 13.4%; carnes (pollo, res y cerdo) y lácteos (yogurt) 12.3%; azúcares (chocolate, pasteles, galletas) 10.3%; y 3.9% verduras (zanahoria, brócoli). Se encontró que esta población realiza 3 comidas diarias con una desviación estándar de  $\pm 1.1$  comidas.

Para comprobar la hipótesis propuesta se realizó una prueba de  $\chi^2$  y se calculó para las características de edad, escolaridad y estado civil en asociación con proporcionar lactancia materna exclusiva hasta los seis meses. Obteniendo una  $\chi^2$  para la característica de edad de 0.324 ( $p=.850$ ), para la característica de escolaridad de 6.578 ( $p=.254$ ) y para la característica de estado civil de 2.941 ( $p=.164$ ) por lo que no se acepta la hipótesis propuesta ya que no es estadísticamente significativa esta asociación.

## **Resultados Cualitativos**

La muestra cualitativa fue de 20 entrevistas realizadas a madres migrantes indígenas, cuya media de edad fue de 27.5 años con una desviación estándar de  $\pm 4.6$  años. El 52% eran casadas, el 35% en unión libre y el 12% solteras y separadas. El 88% eran hablantes de lengua náhuatl y el 12% el huasteco. Y provenían de los estados de Veracruz y San Luis Potosí, los municipios donde residían al momento de la entrevista eran Escobedo y Juárez, Nuevo León. Dichas entrevistas fueron audiograbadas y tuvieron una duración de entre 9 y 28 minutos, posteriormente se transcribieron y se codificaron en el software Atlas.ti.

Para el análisis de los datos cualitativos se utilizó el esquema propuesto por Moscovici (1979; 1986) y Jodelet (1984), donde se consideran cuatro dimensiones: 1) Conocimiento social, se refiere a lo adquirido a través de la comunicación social y la observación; 2) Conocimiento formal, adquirido mediante estudios, lecturas, recomendaciones profesionales; 3) Actitud, se refiere a la afectividad, a la vivencia del propio sujeto y 4) Campo de representación, se refiere a la conexión del conocimiento con lo ya representado.

### **Representación social de la alimentación infantil**

Con respecto a la representación social "*Alimentación infantil*" se encontró como Conocimiento Social que las entrevistadas la consideran la base para prevenir enfermedades; que está restringida a los recursos que tiene la familia; que todos los miembros de la familia tienen la misma dieta y que se lleva a cabo en referencia a lo que la madre recuerda de su alimentación durante su propia infancia; solo una participante declaró haber buscado información en internet. El conocimiento formal lo obtienen por medio de profesionales de la salud, pediatra, médico familiar y enfermera; además de sesiones de orientación que reciben en unidades de primer nivel de atención (centros de salud). En cuanto a la actitud con que lo viven, manifiestan que la alimentación infantil es la

esperanza de un futuro mejor y de bienestar para sus hijos, que da unidad familiar y apego a las costumbres; también se presentó que se vive con resignación a la situación económica precaria. En esta población coincide lo aprendido con lo que se experimenta personalmente. Entre los discursos que refirieron las madres sobre esta representación social se encuentra el siguiente: *“Veía a mi mamá, como nos daba de comer y conforme lo que yo me acuerdo lo que yo comía desde chiquita, es lo que ahorita y les estoy dando.”*

### **Representación social de la lactancia materna exclusiva (LME)**

Como conocimiento social las madres refieren a la leche materna como el alimento ideal para lactantes y niños pequeños, es importante para formar el vínculo emotivo de madre e hijo; que es una práctica sin costo económico y cómodo y que se transmiten en la comunidad mitos, sobre la interrupción a cierta edad de la lactancia materna. El conocimiento formal lo reciben en unidades de primer y segundo nivel de atención (centro de salud y hospital) por medio de médicos y enfermera; y se informa sobre beneficios para la madre e hijo, como serían la prevención de cáncer de mama y control de peso. Las madres entrevistadas lo viven como el cumplimiento de una obligación, pero al mismo tiempo una demostración de amor a sus hijos, alivio por ahorro de recursos económicos y rechazan las recomendaciones de interrumpir a corta edad la proporción de leche materna. Y coincide con lo aprendido tanto socialmente como formalmente. Un ejemplo de los discursos sobre esta representación social es el siguiente: *“... es de lo mejor que le podemos dar, la leche materna.”*

### **Representación social de no dar lactancia materna**

*“No dar lactancia materna”* tiene un conocimiento social que lo señala como no siendo la mejor opción. Además las mujeres son sancionadas socialmente en sus comunidades por no proporcionar lactancia materna. No se encontraron datos de conocimiento formal sobre este aspecto; acorde a lo anterior, estas madres viven la “No lactancia materna” con culpabilidad y resignación. El

campo de representación no coincide con el conocimiento adquirido. Lo que mencionaron las madres sobre esta representación fue lo siguiente: *“No, pues ellas dicen que le de la leche materna, bueno me regañan, que porque no se la di, quien sabe qué y no pues él se come todo, no le hace daño nada.”*

### **Representación social de fórmula láctea**

Los conocimientos adquiridos socialmente se centran en que es buena pero como último recurso (por enfermedad, impedimento físico); permite una mayor movilidad y libertad, les permite tener un empleo remunerado. Por un lado algunas mujeres la consideran más cara y complicado, sin embargo otro sector de ellas lo acepta por comodidad y practicidad. No se encontró que se recibiera información formal en este aspecto. Las madres migrantes indígenas lo viven con rechazo en condiciones normales, pero con aceptación y comodidad en condiciones especiales o necesarias. El rechazo es congruente con lo aprendido socialmente, y lo llegan a integrar pero con una jerarquía menor a la Lactancia Materna. Un ejemplo de lo que mencionan las madres es lo siguiente: *“Pues es que muchas mamás no le sale la leche o algunos no pueden, por que decir tienen que trabajar y no pueden darle pura leche materna y por eso prefieren darle la fórmula, pero yo digo que está bien también”*

### **Representación social de ablactación**

Las madres migrantes indígenas han aprendido a alimentar a sus hijos por medio de observación y experimentación; consideran que la leche materna, la tortilla de maíz y las frutas son los alimentos ideales para sus hijos; y los alimentos saludables, el frijol, huevo y caldos; como alimentos dañinos, la comida chatarra, comida grasosa y picante. De manera formal por medio de médicos en unidades de salud aprendieron que es recomendable ofrecer a sus hijos leche, frutas y verduras. Las madres viven la alimentación de sus hijos como el cumplimiento con una obligación y proporcionar estos alimentos lo perciben como una esperanza de un buen futuro. Lo aprendido coincide con los alimentos que proporcionan a sus hijos. Lo que las madres refirieron sobre esta

representación social fue: *“Pues para nosotros los indígenas yo lo que más he consumido desde mi niñez es la tortilla, porque pues contiene mucha vitamina, lo que es el calcio, este como que para mí la tortilla es la base, ya si le hago su caldito, ya con la tortilla.”*

### **Representación social de ablactación temprana**

Como conocimiento social se encontró que las madres consideraban que el bebé se queda insatisfecho cuando sólo consume leche materna y por lo cual se ofrecen otras bebidas como agua, atole de masa, té de manzanilla y fórmulas lácteas; así como que se mantienen y se siguen recomendaciones y costumbres familiares. Lo viven con preocupación, ansiedad y necesidad de proteger a sus hijos, es por esto que proporcionan otros alimentos, coincide con lo aprendido socialmente. Un discurso que mencionaron las madres sobre este aspecto es: *“Sí, porque como no llenan con el pecho y te dicen le falta comer y que le des fórmula.”*

### **Representación social de ablactación tardía**

El conocimiento social que sustenta la ablactación tardía en la población estudiada es que existe peligro de ahogamiento por proporcionar trozos pequeños de comida. En cuanto a información formal, se encontró que el médico es la persona que indica la edad para introducir alimentos semisólidos y sólidos. Las madres lo viven con temor de asfixia de su hijo por algún trozo de comida. Existe coincidencia entre el conocimiento adquirido socialmente con lo representado, ya que retrasan la introducción de alimentos para evitar ese peligro. Lo que mencionó una madre acerca de esta representación social es lo siguiente: *“De un año le dí de comer, es que tengo miedo, a los siete y ocho no le dí, es que no sabía, es que yo de la niña primera estaba en Oaxaca, si y casi no le dí de comer, porque tengo miedo que se tragara carne o algo, de un año le dí poquito, caldito, frijoles...A los cuates les dí pronto, a los ocho, porque dijo el doctor, ahí donde nacieron, en el materno, que la comida hay que darle, que la fruta y el agua de arroz.”*

Del análisis de estos datos emergen 3 hipótesis:

- 1) Existe asociación entre no proporcionar Lactancia Materna con problemas físicos de la madre y/o del hijo
- 2) Existe asociación entre no proporcionar Lactancia Materna con la necesidad de la madre de mantener una actividad remunerada fuera del hogar o un empleo formal.
- 3) La introducción de fórmula láctea está asociada a la necesidad materna de mayor movilidad y libertad personal.

TABLA 19

Representaciones sociales de lactancia materna y ablactación en población migrante indígena en la zona metropolitana de Monterrey en el año 2016-2017

REPRESENTACIÓN SOCIAL	DISCURSO/CITA
Alimentación Infantil	<p>EM35LMH17: <i>“Es muy importante darle todo, una mejor alimentación para que crezcan sanos, para que no presente enfermedades.”</i></p> <p>EI32LMM20: <i>“...eso le damos a los niños, porque pues no tenemos más opción de darle otra cosa y más que nada por los recursos.”</i></p> <p>EZ23LMH20: <i>“Igual que nosotros, lo que comemos nosotros.”</i></p>

	<p>EM35LMH17: “Veía a mi mamá, como nos daba de comer y conforme lo que yo me acuerdo lo que yo comía desde chiquita, es lo que ahorita y les estoy dando.”</p>
Lactancia Materna Exclusiva	<p>EM35LMH17: “... es de lo mejor que le podemos dar, la leche materna.”</p> <p>EI32LMM20: “...es darle un poquito de mí... pues es bonito.”</p> <p>EI32LMM20: “...aparte de que ahorras dinero.”</p> <p>EF32LMH16: “Depende de cuánto tiempo quieras darle la lactancia materna, no es de que una fecha límite, de que ya no tienes que dar porque le hace daño, yo digo que no.”</p>
No dar lactancia materna	<p>ER24SLMH20: “No, pues ellas dicen que le de la leche materna, <u>bueno me regañan</u>, que porque no se la di, quien sabe qué y no pues él se come todo, no le hace daño nada.”</p>
Fórmula Láctea	<p>EF32LMH16: “Pues es que muchas mamás no le sale la leche o algunos no pueden, por que decir tienen que trabajar y no pueden darle pura leche materna y por eso prefieren darle la fórmula, pero yo digo que está bien</p>



	<p><i>también”</i></p> <p>EF32LMH16: “...porque no es como el biberón que lo tienes que preparar y todo eso y al momento que quiere y llora.”</p> <p>EJ24LMM18: “Pues que también está bien por comodidad, porque es fácil y a veces da pena.”</p>
Ablactación	<p>EM35LMH17: “Pues para nosotros los indígenas yo lo que más he consumido desde mi niñez es la tortilla, porque pues contiene mucha vitamina, lo que es el calcio, este como que para mí la tortilla es la base, ya si le hago su caldito, ya con la tortilla.”</p> <p>ER24SLMH20: “Pues de comida yo prefiero darle huevito con frijoles.”</p> <p>EJ24LMM18: “No se les debe de dar carne, ni cosas grasosas.”</p>
Ablactación temprana	<p>EJ24LMM18: “Sí, porque como no llenan con el pecho y te dicen le falta comer y que le des fórmula.”</p> <p>EI32LMM20: “Un mes después ya le daba manzanilla, agüita, oh sea nada de alimentos, sólo agua y manzanilla.”</p>

Ablactación tardía	ER35LMH24: <i>“De un año le dí de comer, es que tengo miedo, a los siete y ocho no le dí, es que no sabía, es que yo de la niña primera estaba en Oaxaca, si y casi no le dí de comer, porque tengo miedo que se tragara carne o algo, de un año le dí poquito, caldito, frijoles...A los cuates les dí pronto, a los ocho, porque dijo el doctor, ahí donde nacieron, en el materno, que la comida hay que darle, que la fruta y el agua de arroz.”</i>
--------------------	--

## 9. DISCUSIÓN

### Fase Cuantitativa

En comparación con otras poblaciones, la población migrante indígena que reside en el área Metropolitana de Monterrey, Nuevo León presenta un mayor porcentaje de práctica de lactancia materna con un 88.5%, ya que según datos presentados en el segundo Foro Nacional de Lactancia Materna en México el porcentaje en general de la práctica de cualquier tipo de lactancia materna en el país va disminuyendo del 81% al 55%(Instituto Nacional de Salud Pública, 2015). Sin embargo coincide con el 90% de práctica de lactancia materna encontrado en el estudio en la comunidad Kiní, comunidad de Yucatán en el 2010 (Reyes, 2012). Con respecto a la mediana de la duración de lactancia materna se observó por arriba de la mediana nacional con 11 meses (Gutiérrez et al, 2012).

En relación a la lactancia materna exclusiva, se encontró que un 42.9% de las madres si proporcionan LME a sus hijos, lo cual representa 10 puntos porcentuales por arriba de lo encontrado en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del 2012 que reporta un 27.5% para la población indígena y más alejado del porcentaje nacional que es de 14.4% (González, Escobar-Zaragoza, González-Castell, & Rivera-Dommarco, 2013)

En cuanto a la introducción de fórmulas lácteas, según la ENN de 1999, junto con el agua, la leche fresca o en polvo, es el suplemento de mayor consumo en los menores; se tienen datos de la introducción de formula láctea en comunidades indígenas se realiza en promedio a los 7 meses de edad (Reyes, 2012). En nuestro estudio se observó que en promedio se introducía fórmulas lácteas a los 2.3 meses difiriendo al estudio de Reyes (2012). En cuanto al uso del biberón, se encontraron cifras similares con las encontradas en la ENSANUT 2012, que menciona que el porcentaje nacional de uso de biberón para proporcionar cualquier bebida es de 41.3%; mientras que en esta población fue de 42.6% (Gutiérrez et al, 2012).

En alimentación complementaria los resultados de este estudio difieren por el realizado en el 2013 (Macías, Rodríguez & Ronayne, 2013), ya que en su caso encontra con mayor proporción un inicio de ablactación de forma temprana (antes de los seis meses). En Argentina se encontró una ablactación temprana en un 50% y en este estudio casi diez puntos porcentuales menos (40.3%). Por otro lado, también se difiere con lo encontrado en la ENSANUT 2012, que reporta que un 86.9% de los menores reciben una ablactación oportuna (entre seis y ocho meses) muy por arriba del porcentaje encontrado en esta población que es de 57.6% (González, Escobar-Zaragoza, González-Castell, & Rivera-Dommarco, 2013).

## **Fase Cualitativa**

Los hallazgos que emergieron de las entrevistas semiestructuradas, coincide con los resultados obtenidos en el estudio de Uicab-Pool y colaboradores (2009) donde en la categoría “dar de comer” las entrevistadas tenían preocupación por la saciedad de sus hijos y esto es similar a lo encontrado para la representación social de “Ablactación temprana” de nuestro estudio. Otra de las coincidencias que en los dos estudios apareció es que las madres aprenden a alimentar a sus hijos por medio de sus madres y familia, así como que la dieta está condicionada por los recursos disponibles, y que al darle prioridad a la alimentación de sus hijos se presenta el sentimiento de cumplir con esa obligación o responsabilidad (Uicab-Pool, Carvalho, Gomes, & Pelcastre-Villafuerte, 2009).

Se encontró que las razones por las que las madres en esta población no dieron LM fueron dificultades físicas (dolor) y esto coincide con el obstáculo número 1 encontrada en el estudio de Bueno-Gutiérrez y Chantry (2015), donde las principales razones para no proporcionar LM fueron dolor, percepción de que la leche no era suficiente y la necesidad de tener que dar pecho en público.

Otros de los hallazgos encontrados es el aspecto afectivo que se encontró en la representación social de “Lactancia Materna Exclusiva” donde además de los beneficios para la salud del bebé, las madres refieren que dar lactancia materna es la demostración del amor y cariño hacia sus hijos y esto coincide con lo encontrado en el estudio en una comunidad nativa de Perú, el cual indica que con la lactancia materna inicia el rol de madre y cuidadora (Chávez, Arcaya, Garcia, Surca, & Infante, 2007).

En cuanto a la representación social de “No dar Lactancia Materna” el sentimiento de las madres que no proporcionan leche materna a sus hijos, en este estudio fue de culpabilidad, además de que hay una sanción social y este mismo hallazgo aparece en el estudio realizado en Buenos Aires, Argentina (Errecaborde, 2010).

## 10. CONCLUSIONES

Menos de la mitad de las participantes están unidas legalmente a sus parejas; y predominando la escolaridad de nivel básico.

En cuanto a la entidad de procedencia, predominan Oaxaca, Veracruz, Nuevo León y San Luis Potosí; y en lenguas, el náhuatl y el mixteco con una presencia importante del otomí.

Casi el 90% de las participantes práctica la Lactancia Materna (LM) sin embargo menos de la mitad lo hace en forma Exclusiva (LME) y acorde a lo establecido por la OMS; aun así, la LME es 2 veces más alta que lo reportado por la ENSANUT 2012.

Aunque predomina la costumbre y valoración positiva de dar lactancia materna, 1 de cada 2 mujeres ha incorporado la práctica de alimentar con fórmula láctea a sus hijos.

Cerca de la mitad de los infantes reciben una ablactación temprana o bien tardía.

Aún y cuando reconocen que la comida chatarra es dañina, reportaron un importante consumo de bebidas azucaradas, refrescos y otros dulces.

En cuanto a los grupos de alimentos, el grupo de las Verduras, es el de menor variedad y consumo.

La alimentación infantil está determinada por los recursos disponibles y por las costumbres de la comunidad.

La lactancia materna es el deber ser, es una norma y cuya falta es sancionada por la comunidad. No dar LM causa culpabilidad en las mujeres.

La fórmula láctea es considerada como alimento complementario que se utiliza sólo en ciertos casos: enfermedad o problemas físicos, necesidades económicas.

Si bien quienes la rechazan dicen que es caro, la utilización de fórmula láctea permite a las mujeres mayor movilidad, libertad personal y tener una actividad remunerada.

La principal fuente de conocimiento formal de las participantes proviene del personal de los Centros de Salud.

## 11. REFERENCIAS

Amigo, C., Bustos, M., Erazo, M., & Radrigan, K. (1999). Comparación del estado nutricional indígenas y no indígenas. *Revista médica de Chile*, 127(8), 903-910.

Arias, M., Tarazona, M., Lamus, F., & Granados, C. (2013). Estado nutricional y determinantes sociales asociados en niños Arhuacos menores de 5 años de edad. *Revista Salud Pública*, 15(4), 565-576.

Arroyo, P. (2006). Estudios sobre antropología y nutrición en México. En M. Bertran, & A. Pedro, *Antropología y nutrición* (págs. 13-26). México: Fundación Mexicana para la Salud.

Bueno-Gutiérrez, D., & Chantry, C. (2015). "Life does not make it easy to breast-feed": using the socio-ecological framework to determine social breast-feeding obstacles in a low-income population in Tijuana, Mexico. *Public Health Nutrition*, 18(18), 3371-3385.

Castelló, I. (2011). *Transición alimentaria y evolución de la mortalidad asociada a causas nutricionales. La experiencia española (1900-2005)* (tesis doctoral). Universidad de Alicante, Alicante, España.

Chávez, R. A., Garcia, G., Surca, T., & Infante, M. (2007). Rescatando el autocuidado de la salud durante el embarazo, el parto y al recién nacido: representaciones sociales de mujeres de una comunidad nativa en Perú. *Texto Contexto Enferm*, 16(4), 680-687.

Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. (1 de Noviembre de 2015). *Indicadores de la Población Indígena*. Recuperado el 18 de Enero de 2016, de <https://www.gob.mx/cdi/documentos/indicadores-de-la-poblacion-indigena>

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2012). *La pobreza en la población indígena de México*, México, DF.

Diario Oficial de la Federación. (2010). PROYECTO de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-007-SSA2-2010, *Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido*. México

Diario Oficial de la Federación. (2012). NORMAS Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, *Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria*. Criterios para brindar orientación. México

Domínguez, C., & Álvarez, M. (2014). Modificaciones de conductas alimentarias, hábitos alimentarios y apetito en lactantes con desnutrición. *Anales Venezolanos de Nutrición*, 27(2), 242-251.

Errecaborde, A. (2010). *Relación entre las representaciones sociales de la lactancia materna de las madres y el estado nutricional de los niños* (tesis de licenciatura). Universidad FASTA. Buenos Aires, Argentina.

Flores-Huerta, S., Martínez-Andrade, G., Toussaint, G., Adell-Gras, A., & Coptp-García, A. (2006). Alimentación complementaria en los niños mayores de seis meses de edad: Bases técnicas. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 63(2), 129-144. Recuperado el 8 Diciembre 2015, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-1146006000200008&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-1146006000200008&lng=es&tlng=es).

García-Algar, O., Gálvez, F., Delgado, I., Boada, A., Puig, C., & Vall, O. (2009). Hábitos alimentarios de niños menores de 2 años según el origen étnico de los progenitores en un área de Barcelona. *Anales de pediatría*, 70(3), 265-270.

González de Cosío, T., Escobar-Zaragoza, L., González-Castell, L., & Rivera-Dommarco, J. (2013). Prácticas de alimentación infantil y deterioro de la lactancia materna en México. *Salud Pública de México*, 55(2), 170-179.

González-de Cossio, T., Escobar-Zaragoza, L., González-Castell, D., Shamah-Levy, T., & Rivera-Dommaraco, J. (2014). La lactancia materna exclusiva en menores de seis meses se asocia con un mejor peso para la longitud en hogares con inseguridad alimentaria en México. *Salud Pública de México*, 56(1), 31-38.

Gorrita, R., Terrazas, A., Brito, D., & Ravelo, Y. (2015). Algunos aspectos relacionados con la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida. *Revisita Cubana de Pediatría*, 87(3), 285-294.

Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M, Hernández-Ávila M. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012: Resultados Nacionales*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2012.

Instituto Nacional Estadística y Geografía. (2013). *Censo de Población y Vivienda (2010)*. Perfil sociodemográfico. México.

Instituto Nacional Estadística y Geografía. (2014). *Perfil sociodemográfico de niños*. Recuperado el 30 de Agosto de 2015, de <http://www.beta.inegi.org.mx/app/biblioteca/ficha.html?upc=702825056629>

Instituto Nacional Estadística y Geografía. (2010). *Migración. Los que se van y los que llegan*. Recuperado el 3 de Diciembre de 2015, de <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/migracion.aspx?tema=P>



Instituto Nacional de Salud Pública. (2015). *Lactancia Materna en México*, México. Recuperado el 7 de abril de 2016, de <https://www.insp.mx/avisos/3367-lactancia-materna-mexico.html>

Jasso-Gutiérrez, L., & López, M. (2014). El impacto de los Determinantes Sociales de la Salud en los niños. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 71(2), 117-125.

Leco, C., Kido, A., & Molina, R. (2013). Educación, Migración e Indígenas. Purhépechas en Burnesville, Norte Carolina. *CIMEXUS*, 3(1), 107-129.

Lovelace, S., & Rabiee-Khan, F. (2015). Food choices made by low-income households when feeding their pre-school children: a qualitative study. *Maternal and Child Nutrition*, 11(4), 870-881.

Macias, A., Gordillo, L., & Camacho, E. (2012). Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. *Revista Chilena de Nutrición*, 39(3), 40-43.

Macías, S., Rodríguez, S., & Ronayne, P. (2013). Patrón de alimentación e incorporación de alimentos complementarios en lactantes de una población de bajos recursos. *Revista Chilena de Nutrición*, 40(3), 235-242.

Marín, A., Sánchez, G., & Maza, L. (2014). Prevalencia de obesidad y hábitos alimentarios desde el enfoque de género: el caso de Dzutóh, Yucatán, México. *Estudios Sociales* 44, 22(44), 64-90.

Martínez-Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 613-619.

Materán, A. (2008). Las representaciones sociales: un referente teórico para la investigación educativa. *Geoenseñanza*, 13(2), 243-248.

Monterrubio, E., González-Cossío, T., García-Feregrino, R., García-Guerra, A., & Sepúlveda-Amor, J. (2003). Estado nutricional de los niños indígenas menores de 5 años de edad en México: resultados de una encuesta nacional probabilística. *Salud Pública de México*, 45(4), 1-11.

Olaiz-Fernández, G., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Rojas, R., Villalpando-Hernández, S., Hernández-Avila, M., et al. (2006). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.

Olivares, M. (2010). *Migración y presencia indígena en la ciudad de México*. En L. Aresti, *Mujer y migración: Los costos emocionales* (págs. 293-314). Distrito Federal: Universidad Autónoma de Nuevo León.

Organización Internacional de Migración. (2003). *Migración en un mundo globalizado*. Octogésima Sexta Reunión, 1-8.

Organización Mundial de la Salud. *La salud de los pueblos indígenas*. (2016). Who.int. Recuperado el 8 de Diciembre 2015, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs326/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2007). *La salud de los pueblos indígenas*. Recuperado el 2015 de Octubre de 25, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs326/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Alimentación del lactante y del niño pequeño*. Recuperado el 20 de Julio de 2017, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/es/>

Ortiz-Hernández, L., Delgado-Sánchez, G., & Hernández-Briones, A. (2006). Cambios en factores relacionados con la transición alimentaria y nutricional en México. *Gaceta Médica de México*, 142(3), 181-193.

Parada, D. (2011). Conocimientos, actitudes y prácticas del cuidado del menor de cinco años. *Ciencia Y Cuidado*, 8(1), 29-39.

Pasca, A., & Pasca, L. (2011). Transición nutricional, demográfica y epidemiológica. Determinantes subyacentes de las enfermedades cardiovasculares. *Insuficiencia Cardíaca*, 6(1), 27-29.

Piña, J., & Cuevas, Y. (2004). La teoría de las representaciones sociales. Su uso en la investigación educativa en México. *Perfiles educativos*, 26(105-106), 102-124.

Popkin, B., & Gordon-Larsen, P. (2004). The nutrition transition: worldwide obesity and their determinants. *International Journal of Obesity*, 28, 52-59.

Popkin, B., Adair, L., & Weng, S. (2012). Now and then: The Global Transition: The Pandemic of Obesity in Developing Countries. *Nutrition Reviews*, 70(1), 3-21.

PRI | Secretaría de Asuntos Migratorios - La Migración y sus Causas. (2013). *Migrantes.pri.org.mx*. Recuperado el 8 Diciembre 2015, de <http://www.migrantes.pri.org.mx/TemasInteres/MigracionyCausas.aspx>

Reyes, G. (2012). *Creencias y prácticas de alimentación infantil en una comunidad rural de Yucatán* (tesis de maestría). Cinvesta, México.

Rivera, J., Shamah, T., Villalpando, S., González, T., Hernández, B., & Sepúlveda, J. (2001). *Encuesta Nacional de Nutrición 1999. Estado nutricional de niños y mujeres en México*. Cuernavaca, Morelos México: Instituto Nacional de Salud Pública.

Santos, H. (2011). Los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como temas de investigación. *Revista Cubana de Salud Pública*, 37(2), 136-144.

Strauss, A & Corbin, J. (2002 1 edición). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Editorial Universidad de Antioquía, Colombia.

Ulicab-Pool, G., Carvalho, M., Gomes, R., & Pelcastre-Villafuerte, B. (2009). Representaciones sobre la alimentación y el programa de nutrición entre mujeres responsables de niños mexicanos menores de 5 años. *Rev Latino-am Enfermagem*, 17(6), 1-8.

UNICEF México. ( 2015). *Centro de Prensa*. Recuperado el 10 de Febrero de 2017, de [https://www.unicef.org/mexico/spanish/noticias\\_29440.htm](https://www.unicef.org/mexico/spanish/noticias_29440.htm)

Vela Peón, Fortino (2004 1ª reimpresión). Un acto metodológico básico de la investigación social: la entrevista cualitativa, en: Tarrés, M.L. (Coord.) *Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social*. FLACSO México, El colegio de México y Porrúa, México D.F. p.p 63-91.

ANEXO A. Cuestionario de indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño

FOLIO

FECHA \_\_/\_\_/\_\_

Nombre del entrevistado:	
Parentesco con el menor: MADRE:____ PADRE:____ CUIDADOR:_____	
Edad:	Escolaridad: PRIMARIA__ SECUNDARIA__ PREPARATORIA__ CARRERA TECNICA__ LICENCIATURA__ OTRO_____
Estado Civil: SOLTERA _____ CASADA _____ UNION LIBRE _____ DIVORCIADA _____	
Dirección:	
Teléfono:	
Ocupación:	
Tiempo de radicar en la ciudad:	
¿Es hablante de alguna lengua indígena?: SI:_____ NO:_____	
¿Algún integrante de su familia habla alguna lengua indígena: SI _____ no: _____	
En el caso de hablar alguna lengua indígena, indique cuál es: _____	
HABLA _____ ENTIENDE _____ LEE Y ESCRIBE _____	
Etnia:	

NOMBRE DEL MENOR: \_\_\_\_\_

Módulo de inicio de la Lactancia Materna.

No.	Preguntas. (cuidadora o madre)	Categoría de los códigos.	SKIP
1	¿La entrevistada tiene entre 15 y 45 años?	Sí.....1 No.....2	(2) Final del módulo
2	Comprobar la pregunta: ¿El último nacimiento ocurrió en los últimos 2? Si, ____ No ____ Voy al final del módulo.		
3	¿Cuál es el sexo de su hijo?	Hombre.....1 Mujer.....2	
4	¿Alguna vez le dio lactancia materna a su hijo (a)?	Sí.....1 No.....2	
5	¿Cuál fue el método que utilizó para dar a luz?	_____	
6	¿Cuánto tiempo después del nacimiento le dio a su hijo (a) lactancia materna?	Inmediatamente....000 O Horas.....1 __ __ O Días .....2 __ __	
7	¿Hasta qué edad dio lactancia materna exclusiva a su hijo/hija?	_____	
8	¿A qué edad le dio a su hijo (a) alimentos distintos a la leche materna?	_____	

Módulo de alimentación del lactante y del niño menor.

No.	Preguntas y filtros.	Categoría de los códigos.
1	¿En qué mes y año nació (nombre)?	Día:..... __ __

	¿Cuál es su cumpleaños?	Si el día no es conocido, inserte "98"	
	Si responde que no sabe exactamente, pregúntele:		
	¿Tiene (nombre) una tarjeta de salud o la cartilla de vacunación con la fecha de nacimiento registrada?	Mes..... ____ ____	
		Año..... ____ ____ ____	
2	¿Cuál es la edad en meses de (nombre)?	Edad en meses completos....	
		____ ____	
3	Revisa la pregunta 3. ¿Es el niño menor de 24 meses?	Sí.....1	
		No.....2	Fin del módulo
		No sé.....8	Fin del módulo
4	¿(Nombre) ha recibido lactancia materna alguna vez?	Sí.....1	Ir a 5
		No.....2	Ir a 6ª
		No sé.....8	Ir a 6ª
4a	En caso de que el niño (a) ya no reciba leche materna, ¿Por cuánto tiempo se le dio?	_____	
5	¿Ayer (Nombre) fue amamantado durante el día o la noche?	Sí.....1	Ir a 6
		No.....2	Ir a 5a
		No sé.....8	
5a	Puede suceder que una madre no pueda amamantar a su propio bebé y veces los bebés son alimentados con leche materna de diferentes maneras, por ejemplo con una cuchara, taza o biberón. ¿Acaso en el día de ayer durante la mañana o la noche, (NOMBRE) consumió leche materna con cuchara, taza o biberón?	Sí.....1	
		No.....2	
		No sé.....8	

6	¿Ayer durante el día o por la noche le dieron a (NOMBRE) gotas de vitaminas u otros medicamentos en gotas?	Sí.....1	¿Cuál?:
		No.....2	
		No sé.....8	
7	¿Ayer durante el día o la noche se le dio [Soluciones Orales de Rehidratación] a (NOMBRE)?	Sí.....1	
		No.....2	
		No sé.....8	
8	¿Alguna vez su Hijo(a) ha usado (o usa) chupón?	Sí.....1	¿Por qué?:
		No.....2	
			¿Por cuánto tiempo lo usó?:



Lea la lista de líquidos uno a uno y seleccione “sí o no”.

No.	Pregunta y filtros.	Códigos de las categorías.	Preguntas y códigos de las categorías.
10	Ahora me gustaría preguntarle acerca del consumo de algunos líquidos que (nombre) pudo haber consumido ayer durante el día o la noche.  ¿(NOMBRE) tiene cualquier (PUNTO DE LISTA)? : Lea la lista de líquidos que empiezan con 'agua natural'.		11. ¿Ayer cuantas veces durante el día o la noche dio a (nombre) comer (ítem de la lista)?  Agregue “98” si no sabe.
		Sí No NS	
A	¿Agua natural?	A.... 1 2 8	
B	Fórmula infantil como (agregue ejemplos locales)	B.... 1 2 8	B. Veces ____ /día
C	¿La leche, en polvo o leche animal fresca?	C.... 1 2 8	C. Veces ____ /día
D	¿Jugos?	D.... 1 2 8	
E	¿Caldos? (ej. Pollo, frijoles, res, etc.)	E.... 1 2 8	
F	¿Yogurt?	F.... 1 2 8	F. Veces ____ /día
G	¿Atole?	G.... 1 2 8	
H	¿Algún otro líquido como [otros líquidos a base de agua disponibles en el ámbito local]?	H.... 1 2 8	¿Cuál?:
I	¿Cualquier otro líquido?	I.... 1 2 8	¿Cuál?:
12	¿Ayer, qué fue lo primero que (nombre) comió al despertar en la mañana?		

13	¿Ayer (nombre) comió fuera de casa?	1.Sí 2.No	13a. ¿Qué fue lo que comió?:
14	¿Ayer durante el día o la noche, (nombre) bebió o comió cualquiera (Ítems de los grupos de alimentos)?		

No.	Pregunta y filtros.	Categorías de los códigos.	Categorías de los códigos.		
			Sí	No	NS
A	Atole de avena, pan, arroz, fideos, tortillas de maíz, tortillas de harina de trigo u otros alimentos elaborados con granos	A	1	2	8
B	Zanahorias	B	1	2	8
C	Papas	C	1	2	8
D	Cualquier verdura de color verde oscuro, ej. Acelgas, brócoli, lechuga, espinacas, etc.	D	1	2	8
E	Mango, papaya, plátano, melón o (insertar otras frutas locales ricas en vitamina A)	E	1	2	8
F	Cualquier otra fruta o vegetal, ej. Manzana, piña, sandía, guayaba, etc.	F	1	2	8
G	Vísceras como hígado, riñón, corazón, tripas o machitos.	G	1	2	8
H	Cualquier carne, como carne de res, cerdo, borrego, cabrito o pollo.	H	1	2	8
I	Huevo	I	1	2	8
J	Pescado fresco o seco, mariscos, o cualquier producto del mar	J	1	2	8
K	Cualquier alimento a base de frijoles, chícharos, lentejas, nueces o semillas	K	1	2	8
L	Queso, yogur u otros productos lácteos	L	1	2	8
M	Cualquier aceite, grasas o mantequilla, o alimentos preparados con cualquiera de éstos	M	1	2	8
N	Cualquier alimento con azúcar, tales como chocolates, dulces, caramelos, pasteles, galletas, pan dulce.	N	1	2	8
O	Condimentos para el sabor, como chiles, especias, hierbas, cebolla, tomate o consomé de pollo.	O	1	2	8

Revise las categorías A-O

Si todos son NO: Ve a 13

Si por lo menos un SI o todos fueron NS:  
ve a 14

No.	Preguntas y filtros.	Códigos y categorías.
15	¿Ayer durante el día o la noche (NOMBRE) comió alimentos sólidos, semisólidos o blandos? Si la respuesta es 'SI'	Sí.....1 Que VOLVER A Q12 Y ALIMENTOS comidos. Después continuar con Q14 No.....2 No sé.....8 Ir a 15 Ir a 15
15a	¿Qué tipo de alimentos sólidos, semisólidos o blandos comió (NOMBRE)?	
16	¿Ayer durante el día o la noche cuántas veces (NOMBRE) comió alimentos sólidos, semisólidos o blandos que no sean líquidos?	Número de veces.... — — No sé.....98
17	¿Ayer durante el día o la noche (NOMBRE) bebió a partir de un biberón?	Sí.....1 No.....2 No sé.....8

## **ANEXO B. Guía de entrevista semiestructurada sobre Lactancia Materna y Ablactación**

### **ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA SOBRE LACTANCIA MATERNA Y ABLACTACIÓN**

#### **a) Preguntas Introductorias**

1. Piense en su embarazo un momento, y dígame, ¿recuerda algún tipo de información que haya Ud. Recibido acerca de la opción de alimentar a su bebé con lactancia materna o con fórmula?
  - a. ¿Qué conoce acerca de la lactancia materna?
  - b. ¿Cuáles fueron sus primeros pensamientos acerca de la alimentación de su bebé?
  - c. ¿Qué factores influyeron en la decisión de cómo alimentar a su bebé, ¿cómo influyó el factor del costo en su toma de decisión?
  - d. Cree que la lactancia materna le proporcione a usted y a su hijo algunos beneficios, Cuáles?
  - e. De qué forma cree que la lactancia materna le pueda perjudicar a usted o a su hijo.

#### **b) Experiencia de práctica de lactancia**

1. ¿Usted recibió lactancia materna? ¿por qué?
2. Su esposo o pareja ¿recibió lactancia materna? ¿por qué?
3. Cuénteme ¿cómo ha sido la alimentación de su hijo-a desde que nació? ¿tuvo algún problema? ¿Si Ud. Dio lactancia, que es lo que Ud. Recuerda de su experiencia de amamantar? ¿Desde cuándo y hasta cuándo? ¿por qué?
4. Ud. ¿Alguna vez utilizó el tira-leche o saca leche? , cuénteme, ¿cuál fue su experiencia?
5. ¿Cuánto tiempo dio lactancia materna exclusiva y por qué dejó o de ser exclusiva o por qué sigue siendo exclusiva?
6. ¿Qué es lo que piensan quienes la rodean acerca de la lactancia materna?
7. ¿Cómo se siente (io), al amamantar en público?
8. Ya que hemos hablado un poco acerca de lactancia, ahora hablemos de la leche de fórmula; ¿Cuáles son sus pensamientos acerca alimentar al bebé con leche de fórmula?
9. Sé que muchas veces otras personas pueden influir en nuestra toma de decisiones, por lo que me gustaría saber, si ¿Ud, cree que alguien pudiera haber impactado en su decisión de cómo alimentar a su bebé?

10. ¿Cómo cree que su esposo/compañero influyó en su decisión de amamantar o utilizar fórmula?
11. ¿Qué es lo que Ud. desea que su esposo/compañero hubiera hecho para apoyar en la decisión relacionada con la alimentación de su bebé?
12. ¿Cómo cree que su familia o amigos influenciaron en su decisión de amamantar o utilizar fórmula?

**c) Conocimientos sobre alimentación**

13. ¿Cuál considera usted qué es el mejor alimento (o “alimento ideal”) para un bebé o niño-a pequeño? ¿por qué?
14. ¿Sabe usted o le han dicho, qué alimentos son dañinos o que no deben darse a los niños-as? ¿por qué? ¿quién le dijo o cómo supo?
15. ¿Cómo aprendió o quién la apoyó para saber alimentar a sus hijos? ¿por qué?
16. ¿Qué le dicen, le aconsejan o qué le han dicho las mujeres (madre, suegra, hermanas, vecinas, etc), su esposo u otros familiares sobre cómo alimentar a sus hijos?
17. ¿Algún médico o profesional de la salud (nutriólogo, enfermera, etc.) le ha dicho cómo alimentar a su hijo-a?

**d) Hábitos alimentarios**

¿Cómo alimentó a su bebé antes de los 6 meses? Con fórmula, lactancia o ambos.

¿Cómo cambio la forma de alimentación después de los 6 meses?

¿Cómo cree que deba ser la alimentación de los niños menores de 2 años?

¿Cuándo empezó a darle alimentos a su bebé que no fuera leche o leche materna? ¿por qué?

¿Cuáles alimentos?

***Por favor describa todo lo que (nombre) come durante un día normal en el día y la noche, y si fue en la casa o fuera de ella.***

- a) Piense en un día normal, cuando (NOMBRE) despertó ¿Acaso (NOMBRE) comió algo en ese momento? En caso afirmativo: Por favor, dígame todo lo que come (NOMBRE) en ese momento. Investigue: ¿Algo más?
- b) ¿Qué hizo (NOMBRE) después de eso? ¿Acaso (NOMBRE) no come en ese momento? Si: Por favor dígame todo lo que (nombre) coma en ese tiempo. Investigue: ¿Algo más?

Repita la pregunta b) hasta que el entrevistado responde que el niño se fue a dormir hasta el día siguiente.

18. ¿Cómo es la alimentación de su hijo-a durante los fines de semana? ¿es diferente respecto a entre lunes y viernes? ¿Por qué?

**e) Representaciones sociales de la alimentación infantil y de la salud en las madres de infantes de 0 a 24 meses:**

19. Si yo digo “alimentación para mi hijo o hija” qué es lo primero que se le viene a la mente?

20. ¿Podría describir en pocas palabras lo que significa para usted “dar pecho a su hijo o hija”? ¿por qué?

21. Si se le pidiera escoger una imagen o una foto para representar darle pecho al hijo o hija, ¿cuál escogería usted? Y ¿por qué?

22. ¿Cuáles son los mitos que ha escuchado sobre la lactancia materna?

23. Y para finalizar, existe algún comentario el cual desee realizar acerca de esta entrevista? Hay alguna pregunta que usted. desee que le hubiera hecho y no fue realizada?

Gracias por su participación en esta investigación, su participación es muy valiosa y todos los datos proporcionados estarán al resguardo de los investigadores y no se compartirán con nadie más.

## ANEXO C. Carta de consentimiento informado

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la Investigación	Alimentación en niñas y niños de 0 a 24 meses de edad, en población migrante indígena del área metropolitana de Monterrey, Nuevo León.
Institución	Facultad de Salud Pública y Nutrición de la Universidad Autónoma de Nuevo León
Investigador Responsable	Dra. Ana Elisa Castro Sánchez
Teléfono de contacto	13 40 48 91

Su participación en esta investigación es voluntaria, por lo que le pedimos que lea este documento y entienda en qué consiste su participación.

El objetivo de la investigación es analizar los hábitos alimentarios en niñas y niños de 0 a 24 meses de edad, en población migrante indígena del área metropolitana de Monterrey, Nuevo León. Para participar es necesario que su hijo o hija sea menor de dos años, la participación necesaria es descrita a continuación:

Por lo que entiendo que mi participación consiste en:

- 1) Responder un cuestionario acerca la alimentación de mi hijo o hija, desde que nació hasta la edad actual.
- 2) También en que puedo ser seleccionada para ser entrevistada, y que dicha entrevista tendrá una duración entre 30 y 45 minutos y será grabada en audio.
- 3) La participación de mi hijo o hija consistirá en la medición de su peso y talla, para que sea lo más real posible, la medición se llevará a cabo con la menor cantidad de ropa. Dichas mediciones no implican molestias o riesgos para la salud.

El beneficio de participar en esta investigación será el conocer el diagnóstico del estado nutricional de su hijo o hija.

Las mediciones realizadas en esta investigación no tendrán ningún costo y tampoco recibirá pago alguno por su participación en la investigación. La información recabada durante el estudio será confidencial y se mantendrá el anonimato. En caso de alguna duda o pregunta se puede comunicar con el investigador responsable.

Al firmar este consentimiento reconozco que mi participación es voluntaria y puedo negarme o suspenderla en cualquier momento sin sanción alguna. Acepto que la información proporcionada puede utilizarse y transferirse para nuevos estudios de investigación.

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

#### ANEXO D. Lista de seudónimos de entrevistas cualitativas

EA25LMM24
EE37LMH24
EF32LMH16
EJ24LMM18
EJF30LMM21
EL20LMH24
EM24LMM15
EM27LMH19
EM30LMH06
EM35LMH17
ER24SLMH20
EZ23LMH20
EZ23SLMM12
EI32LMM20
ER35LMH24
EMLMM21
ER20LMM08
EC37LMH18
EM24LMM12
EG37LM24



Brenda Melina Gutiérrez Acosta  
Candidata para el Grado de  
Maestro en Ciencias en Salud Pública

Tesis: ALIMENTACIÓN EN NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 24 MESES DE EDAD, EN POBLACIÓN MIGRANTE INDÍGENA DE LA ZONA METROPOLITANA DE MONTERREY, NUEVO LEÓN

Campo de Estudio: Ciencias de la Salud Pública

Datos Personales: Nacida en Monterrey, Nuevo León el 21 de Noviembre de 1986, hija de Isaías Gutiérrez Martínez y María de Lourdes Acosta Ríos.

Educación: Egresada de la Universidad Autónoma de Nuevo León, grado obtenido Licenciada en Nutrición en el año 2009.

Experiencia Profesional: Licenciada en Nutrición de la Clínica Universitaria 21 de Enero del 2009 al 2015. Coordinadora técnica de la coordinación de Nutrición Comunitaria, del 2012-2015, Profesor de Asignatura A del 2013-2015. Profesor becario del 2016-2017 de la Facultad de Salud Pública y Nutrición de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Estancia de Investigación en la Universitat Rovira I Virgili en Tarragona, España, 2017.