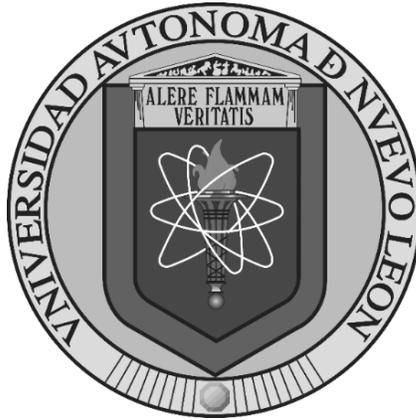


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
MAESTRÍA EN CIENCIAS EN SALUD PÚBLICA
PROGRAMA INTERFACULTADES



PRÁCTICAS DE LACTANCIA Y ESTRÉS EN MUJERES MIGRANTES USUARIAS DE
ALBERGUES Y COMEDORES COMUNITARIOS DE NUEVO LEÓN, MÉXICO.

Por

L.E. EDNA MARLENE MARTÍNEZ HERNÁNDEZ

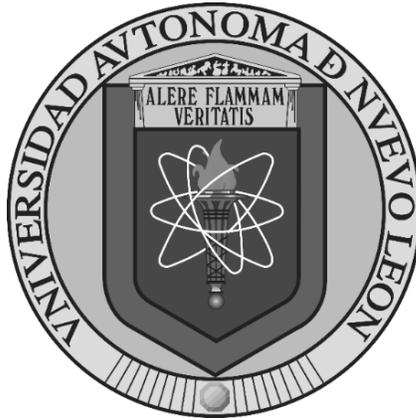
Directora de tesis:

Ph.D. ANA ELISA CASTRO SÁNCHEZ

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS EN SALUD PÚBLICA

Agosto, 2025.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
MAESTRÍA EN CIENCIAS EN SALUD PÚBLICA
PROGRAMA INTERFACULTADES



PRÁCTICAS DE LACTANCIA Y ESTRÉS EN MUJERES MIGRANTES USUARIAS DE
ALBERGUES Y COMEDORES COMUNITARIOS DE NUEVO LEÓN, MÉXICO.

Por

L.E. EDNA MARLENE MARTÍNEZ HERNÁNDEZ

Directora de tesis:

Ph.D. ANA ELISA CASTRO SÁNCHEZ

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS EN SALUD PÚBLICA

Agosto, 2025.

PRÁCTICAS DE LACTANCIA Y ESTRÉS EN MUJERES MIGRANTES USUARIAS DE
ALBERGUES Y COMEDORES COMUNITARIOS DE NUEVO LEÓN, MÉXICO.

POR

EDNA MARLENE MARTÍNEZ HERNÁNDEZ

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN CIENCIAS EN SALUD PÚBLICA

Aprobación de la Tesis:

Ph.D. Ana Elisa Castro Sánchez
Director de Tesis

Dr. Milton Carlos Guevara Valtier
Co-director de Tesis

Dra. Karina Janett Hernández Ruiz
Miembro de la Comisión de Tesis

Dra. en C. Blanca Edelia González Martínez
Subdirectora de Investigación, Innovación y Posgrado.

**PRÁCTICAS DE LACTANCIA Y ESTRÉS EN MUJERES MIGRANTES
USUARIAS DE ALBERGUES Y COMEDORES COMUNITARIOS DE NUEVO
LEÓN, MÉXICO.**

Este trabajo fue realizado en el Centro de Investigación en Nutrición y Salud Pública (CINSP) del Departamento de Salud Pública, en la Facultad de Salud Pública y Nutrición de la Universidad Autónoma de Nuevo León, bajo la Dirección de la Ph.D. Ana Elisa Castro Sánchez y la Co- dirección del Dr. Milton Carlos Guevara Valtier.

*Ph.D. Ana Elisa Castro Sánchez
Director de Tesis*

*Dr. Milton Carlos Guevara Valtier
Co-director de Tesis*

AGRADECIMIENTOS

Culminar una etapa más en mi vida me llena de gratitud y emoción, por ello quiero expresar mi más profundo agradecimiento a todas las personas e instituciones que hicieron posible alcanzar esta meta.

A mi familia, por el amor incondicional que me han brindado a lo largo de mi vida, su apoyo constante y su confianza en mí, ha sido mi mayor fortaleza en este camino.

Al Consejo Potosino de Ciencia y Tecnología del Estado de San Luis Potosí (COPOCYT), porque gracias al Programa de Incorporación de Mujeres Indígenas a Posgrados pude acceder a la maestría y continuar con mi formación académica.

A mi coordinadora de la maestría, por acompañarnos en cada paso, brindarnos su apoyo incondicional y motivarnos a seguir creciendo. Su guía ha sido fundamental en este proceso. Gracias Dra. Georgina, por ser un ejemplo de generosidad y vocación.

A mis profesores, por cada enseñanza que me brindaron, por compartir con nosotros experiencias inolvidables y por transmitirnos su sabiduría. Su orientación ha sido invaluable en este recorrido.

A mi asesora de tesis, la Dra. Ana Elisa, por su guía y paciencia. Más que una asesora, fue una mentora cuya experiencia me acompañó en cada etapa de este trabajo. Su confianza en mi capacidad para desarrollar este proyecto de investigación fue el motor que me llevó a culminarlo. Gracias por cada consejo, por cada palabra de motivación. Su pasión por la investigación y su compromiso dejaron una huella imborrable en mi formación y en mi corazón.

A mis compañeros de la maestría: Arce, Abi, Leydi, Fer, Luis, Frank y Leo; quienes enriquecieron mi aprendizaje con sus conocimientos y por hacer de este proceso una experiencia enriquecedora, con ustedes forjé una muy bonita amistad que siempre atesoraré en mi corazón.

A la Facultad de Salud Pública y Nutrición (FaSPyN) por las facilidades y el apoyo brindado durante mi formación en la maestría. Cada recurso, cada orientación y cada oportunidad que me proporcionaron fueron fundamentales para alcanzar mis metas académicas y profesionales.

Al Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (CONAHCYT¹) por la beca otorgada, la cual fue fundamental para que pudiera culminar mis estudios.

Finalmente, pero no menos importante, a todas las madres migrantes quienes confiaron en mí y en este proyecto, compartiendo sus experiencias y vivencias. Su participación ha sido fundamental, además de su valentía y resiliencia que han sido una inspiración para este trabajo y para mi vida.

Gracias al apoyo invaluable que cada persona e institución me brindó a lo largo de este recorrido. A todos ustedes, mi más sincero agradecimiento. Este logro también es suyo.

¹ Desde finales de 2024, con el inicio del sexenio de Claudia Sheinbaum, el CONAHCYT se ha convertido en secretaría de Estado, siendo hoy en 2025 la SECIHTI (Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación).

DEDICATORIA

A ti Dios, por ser mi fortaleza y mi esperanza. Gracias por iluminar mi camino. Tu amor y tu luz me dieron la sabiduría para superar los desafíos y la fe para seguir adelante. En ti encuentro paz y la certeza de que nunca estoy sola.

A mis padres y hermanos mi mayor tesoro, dedico este logro con todo mi corazón, especialmente a mi madre, mi guía, mi refugio y mi inspiración. Gracias por tu amor incondicional, por tus sacrificios silenciosos y por enseñarme con tu ejemplo el verdadero significado de la fortaleza y la bondad. Eres mi pilar, mi luz en los momentos oscuros y mi razón para seguir adelante. Te llevo en mi corazón en cada paso que doy.

A mis mejores amigas Rosa Aurora y Leydi, mis hermanas del alma. Gracias por estar ahí en los momentos de risas y lágrimas, por su apoyo incondicional, por escucharme sin juzgar y por ser mi red de contención cuando más lo necesito. Su amistad es un regalo que atesoro cada día.

Esta dedicatoria es un pequeño homenaje a quienes han hecho de mi vida algo extraordinario. Los llevo conmigo en cada logro, en cada sueño y en cada paso que doy. Gracias por ser mi razón, mi fuerza y mi felicidad.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	v
DEDICATORIA	vii
LISTA DE ABREVIATURAS	xii
LISTA DE TABLAS.....	xiii
LISTA DE FIGURAS.....	xiv
RESUMEN.....	xv
ABSTRACT	xvi
<i>CAPÍTULO 1</i>	<i>1</i>
1. ANTECEDENTES	1
1.2 MARCO TEÓRICO.....	3
1.2.1 El modelo socioecológico.	3
1.2.2 Teoría de la liminalidad	4
1.3 MARCO CONCEPTUAL	7
1.3.1 Migración.....	7
1.3.2 Emigrante.....	9
1.3.3 Migrante	9
1.3.4 Inmigrante	10
1.3.5 Refugiado.....	11
1.3.6 Movimiento migratorio.....	11
1.3.7 Estatus migratorio en México.....	12
1.3.8 Las mujeres migrantes.....	14
1.3.9 Refugios	22
1.3.10 Albergues	22
1.3.11 Maternidad	23
1.3.12 Atención Prenatal.....	23
1.3.13 Alojamiento conjunto.....	24
1.3.14 Prácticas de lactancia materna.....	25

1.3.15 Alimentación complementaria (Ablactación).....	35
1.3.16 Cuestionario de Experiencias de Lactancia Materna en Migrantes usuarias de Albergues (CELMMA).....	36
1.3.17 Estrés	37
1.3.18 Estrés en migrantes	38
1.3.19 Estrés en madres migrantes	39
1.3.20 El <i>Refugee Health Screener-15</i> (RHS-15)	40
1.3.21 Liminalidad	41
1.4 Estudios relacionados	41
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	47
3. JUSTIFICACIÓN	49
<i>CAPÍTULO 2</i>	50
4. HIPÓTESIS	50
<i>CAPÍTULO 3</i>	51
5. OBJETIVOS	51
5.1 Objetivo general	51
5.2 Objetivos específicos	51
<i>CAPÍTULO 4</i>	52
6. METODOLOGÍA.....	52
6.1 Diseño del estudio	52
6.2 Universo de estudio	52
6.3 Población de estudio.....	52
6.4 Criterios de selección.....	52
6.5 Técnica muestral.....	53
6.6 Cálculo del tamaño de la muestra	53
6.7 Variables.....	54
6.8 Instrumentos de medición.....	55
6.9 Procedimientos	56

6.10 Plan de análisis	59
7. CONSIDERACIONES ÉTICAS	60
<i>CAPÍTULO 5</i>	62
8. RESULTADOS CUANTITATIVOS	62
8.1 Perfil sociodemográfico.....	62
8.2 Lactancia materna, fórmula láctea y ablactación	66
8.3 Obstáculos y facilitadores hacia la lactancia materna.....	68
8.4 Apoyo hacia la lactancia materna en albergues y comedores comunitarios.....	71
8.5 Evaluación del estrés y nivel de angustia en madres migrantes.....	72
9. RESULTADOS CUALITATIVOS	73
9.1 Perfil sociodemográfico.....	73
9.2 Prácticas de lactancia materna.....	74
9.3 Significado de la lactancia materna	75
9.4 Actitudes hacia la lactancia materna	76
9.5 Estrés	77
9.6 Trayectoria migrante materna	80
<i>CAPÍTULO 6</i>	95
10. DISCUSIÓN.....	95
<i>CAPÍTULO 7</i>	101
11. CONCLUSIONES.....	101
<i>CAPÍTULO 8</i>	103
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	103
ANEXO A. Tabla de variables.....	118
ANEXO B. Cuestionario CELMMA.....	122
ANEXO C. <i>Refugee Health Screener-15 (RHS-15)</i>	125
ANEXO D. Guía de entrevista cualitativa.....	128

ANEXO E. Flujograma de procedimientos.....	132
ANEXO F. Carta de consentimiento informado.....	133

LISTA DE ABREVIATURAS

ACNUR	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
BEIRS	Breastfeeding Experiences in Informal and Refugee Shelters
BMS	Sustituto de la Leche Materna
CEE	Categoría Central Emergente
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
COMAR	Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados
CONAPO	Consejo Nacional de Población
DC	Diario de Campo
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
LM	Lactancia Materna
LME	Lactancia Materna Exclusiva
MSE	Modelo Socioecológico de Bronfenbrenner
OIM	Organización Internacional para las Migraciones
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PD	País destino
PPM	Protocolos de Protección de Migrantes
PT	Pre trayectoria
RHS-15	Refugee Health Screener-15
TEPT	Trastorno de Estrés Postraumático
TL	Teoría de la Liminalidad
TMM	Trayectoria Materna Migrante
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UPMRIP	Unidad de Política Migratoria Registro e Identidad de Personas
VT	Viaje – Travesía

LISTA DE TABLAS

Número	Tabla	Página
1	Variables de estudio.	119
2	Distribución sociodemográfica de las participantes.	63
3	Distribución por antecedentes de las migrante.	64
4	Distribución según perfil migratorio.	65
5	Distribución según práctica de lactancia materna.	66
6	Inicio de la alimentación complementaria (ablactación).	67
7	Distribución de las barreras hacia la lactancia materna.	68
8	Barreras: Razones por las que interrumpieron la LM.	69
9	Distribución de los facilitadores hacia la lactancia materna en las madres migrantes.	70
10	Descripción del apoyo hacia la lactancia materna en los albergues.	71
11	Distribución de la presencia de estrés en mujeres migrantes	72
12	Distribución según datos sociodemográficos.	74
13	Hallazgos relevantes relacionados al estrés.	77

LISTA DE FIGURAS

Número	Figura	Página
1	Perspectivas teóricas para explicar la lactancia materna y el estrés en madres migrantes y refugiadas.	6
2	Esquema de variables	54
3	Descripción de la trayectoria materna migrante.	81

RESUMEN

Título: Prácticas de lactancia y estrés en mujeres migrantes usuarias de albergues y comedores comunitarios de Nuevo León, México.

Introducción: El inicio y la duración de las prácticas de lactancia materna está influido por múltiples factores durante el trayecto migratorio que llevan a la interrupción de la misma, aunado al estrés por el contexto sociocultural y el entorno estructural en los albergues y refugios.

Objetivo del estudio: Analizar las prácticas de lactancia y estrés en mujeres migrantes usuarias de albergues y comedores comunitarios de Nuevo León, México.

Material y métodos: Estudio transversal mixto predominantemente cualitativo realizado durante 2023 en mujeres migrantes con hijos de hasta 24 meses de edad; fue un muestreo dirigido. Se aplicó el Cuestionario sobre Experiencias de Lactancia Materna en Migrantes usuarias de Albergues (CELMMA), RHS-15 y se realizaron entrevistas semiestructuradas cualitativas audiogradas. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva (SPSS 22) y análisis de discurso y textual.

Resultados: Participaron 142 mujeres; edad promedio de 26 años \pm 5.70; número de hijos con una media de 2 ± 1.18 ; 38.7% tenía escolaridad preparatoria; 60.6% vivía en unión libre; 44.4% provenía de Venezuela; 62% tenía menos de 1 mes de trayectoria migrante; 30.1% brindó LME durante 6 meses; 80.3% nunca recibió apoyo hacia la LM en los albergues y 66.9% presentó estrés. Las razones por las que optan por dar fórmula es la inseguridad alimentaria y contar con empleo. Mientras que, las razones por la que dejan de amamantar, es la percepción de que el hijo-a no queda satisfecho con la leche materna y la falta de condiciones higiénico-sanitarias durante el trayecto.

Conclusiones: La mayoría de las madres migrantes proporcionan algún tipo de LM, menos de la mitad lo hace exclusivamente (LME). Se necesitan políticas y programas de apoyo dirigido a esta población para garantizar el derecho humano a la alimentación y cumplir con las recomendaciones de la OMS.

Palabras clave: lactancia materna, estrés, migrantes, albergues.

ABSTRACT

Title: Breastfeeding Practices and Stress in Migrant Women Users of Shelters and Community Kitchens in Nuevo León, Mexico.

Introduction: The initiation and duration of breastfeeding practices are influenced by multiple factors during the migratory journey, leading to interruptions, compounded by stress from the sociocultural context and structural environment in shelters and refuges.

Objective: To analyze breastfeeding practices and stress in migrant women using shelters and community kitchens in Nuevo León, Mexico.

Materials and Methods: A predominantly qualitative cross-sectional study conducted in 2023 with migrant women who have children up to 24 months old. Directed sampling was used. The Breastfeeding Experiences in Migrant Shelter Users Questionnaire (CELMMA), RHS-15, and semi-structured qualitative interviews were audio-recorded and analyzed. Data were examined using descriptive statistics (SPSS 22) and discourse and textual analysis.

Results: A total of 142 women participated; the average age was 26 years (± 5.70); the average number of children was 2 (± 1.18); 38.7% had completed high school; 60.6% were in a common-law union; 44.4% were from Venezuela; 62% had been migrating for less than one month; 30.1% practiced exclusive breastfeeding (LME) for six months; 80.3% never received breastfeeding support in shelters; and 66.9% experienced stress. The main reasons for choosing formula were food insecurity and employment. The reasons for stopping breastfeeding included the perception that the child was not satisfied with breast milk and the lack of hygienic conditions during the journey.

Conclusions: Most migrant mothers provide some form of breastfeeding, but less than half do so exclusively (LME). Policies and support programs tailored to this group are needed to ensure the Human Right to food and to meet WHO recommendations.

Keywords: breastfeeding, stress, migrants, shelters.

CAPÍTULO 1

1. ANTECEDENTES

1.1 Introducción

En los últimos años, en México la migración ha ido en aumento y de forma compleja convirtiéndose en un país de origen, tránsito, destino y retorno, a través del arribo de olas de migrantes. De acuerdo con la Organización Internacional para las Migraciones (OIM, 2022), la ruta de México hacia Estados Unidos presenta mayor circulación por parte de los migrantes de Latinoamérica y otras regiones por su cercanía con Estados Unidos, debido a que es el principal destino.

Durante el 2023, a nivel nacional de acuerdo con una síntesis realizada por la Unidad de Política Migratoria Registro e Identidad de Personas (UPMRIP, 2023), el aumento de personas en situación migratoria irregular de los cuáles fueron deportados, procedían principalmente de Venezuela, Honduras, Guatemala, Ecuador, Haití, Cuba y otros países. Así mismo la Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados (COMAR, 2024), reportó que, en el 2023, más del 25% de los migrantes que solicitaron condición de refugiado el 41.8% eran mujeres.

Entre 2010 y 2017 la presencia de mujeres en la migración experimentó un leve incremento del 49.4% al 49.6%, de acuerdo con la UPMRIP (2023), en el estado de Nuevo León se atendieron un total de 15 mil personas en situación migratoria irregular, lo que equivale al 1.7% en comparación con otros estados de la frontera norte, destacando la participación de las mujeres que en ocasiones viajan con sus hijos.

En México las migrantes son vulnerables a diversas situaciones como: violencia por su condición misma de ser mujeres, y en su caso, de su situación irregular o ilegal e incluso por viajar con niños o estar embarazadas, además de ser víctimas de la delincuencia, y muchos otros obstáculos durante su

trayecto. Las mujeres migrantes con hijos menores de 2 años, cruzan varios países y lo hacen sin importar las condiciones a las que puedan enfrentarse, repercutiendo en la alimentación de los niños.

Las mujeres migrantes con niños en periodo de lactancia enfrentan una serie de obstáculos significativos durante su travesía. Estos desafíos incluyen la falta de acceso a instalaciones adecuadas para la lactancia materna, la escasez de servicios de atención médica especializada para las mujeres y los bebés, así como la vulnerabilidad a situaciones de violencia de género y explotación, sumado al estrés por su contexto. Además, la limitada disponibilidad de alimentos nutritivos y la exposición a condiciones climáticas adversas pueden afectar negativamente la salud y el bienestar tanto de las mujeres migrantes como de sus hijos lactantes.

Comprender el contexto de las prácticas de lactancia materna en mujeres migrantes es fundamental para abordar sus necesidades de manera efectiva. Puede afirmarse que el vacío de información, en especial, desagregada por sexo y sobre las mujeres migrantes en México, torna muy complicado dibujar los perfiles de este sector femenino que nos permita vislumbrar las principales dificultades a las cuales se enfrentan al llegar a los albergues y refugios. Por ello a continuación, se presenta la siguiente investigación cuyo propósito gira en torno a visibilizar, documentar y conocer sobre prácticas de lactancia materna y la vivencia del estrés en mujeres migrantes usuarias de albergues y comedores comunitarios de Nuevo León.

Contar con esta información ayudará a desarrollar estrategias y políticas públicas adecuadas para facilitar la lactancia materna, además de promover entornos favorables en los albergues y refugios para mejorar la salud materno-infantil y así reducir las desigualdades que enfrentan las madres migrantes en su tránsito migratorio por México.

1.2 MARCO TEÓRICO

Para abordar las temáticas del presente estudio, a saber, las prácticas de lactancia y el estrés en mujeres migrantes, se utilizaron dos perspectivas teóricas: el modelo socioecológico (MSE) de Bronfenbrenner (1987) y la teoría de la liminalidad (TL) (Víctor Turner, 1964).

1.2.1 El modelo socioecológico.

El MSE explica, que el sistema ambiental se sustenta en el crecimiento de una persona en los diferentes ambientes en los que se mueve, lo cual influye en sus cambios y en el desarrollo de su comportamiento. Este modelo considera el entorno ecológico como una estructura continua y lo construye en diferentes niveles, donde cada nivel contiene al otro, Bronfenbrenner (1987), argumentó que la formación de un sistema depende de sus relaciones sociales con otros sistemas. Los niveles que se proponen de este modelo son interdependientes, por lo que es necesaria la participación común de los diferentes contextos y los vínculos entre ellos.

En el MSE hay cuatro tipos de sistemas que pueden influir bidireccionalmente en el desarrollo y la vida de un sujeto denominados microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema de acuerdo con Bronfenbrenner (1987). El nivel más cercano a la persona es el microsistema, en este caso a la madre con su entorno donde hay interacciones individualizadas, por ejemplo, el hogar, el cuidado de los niños, la pareja y la familia. En el microsistema de una mujer con un hijo de hasta 24 meses, se compone de muchas personas que tienen el potencial de influir en el proceso de alimentación del menor tal como lo menciona Snyder et al. (2021), en dónde se incluye los conocimientos previos, las actitudes, percepciones, creencias y significados propios que tenga la madre. A pesar de la influencia sustancial que pueden generar en la experiencia de la progenitora, pocos estudios han intentado comprender la interacción recíproca entre las madres e individuos dentro de su microsistema.

El segundo nivel, es el interpersonal (mesosistema), incluye sistemas de apoyo social formales e informales. Este apoyo generalmente proviene de familiares, amigos, compañeros, de acuerdo con Abekah et al. (2020), en este nivel pueden encontrarse tanto facilitadores como obstáculos hacia la lactancia materna, ya que el entorno de la madre recibe influencias. El tercer nivel corresponde al exosistema que involucra a la comunidad y se enfoca en cómo las organizaciones comunitarias apoyan formal e informalmente a los albergues y refugios donde llegan las mujeres migrantes, que pueden ayudar positivamente o afectar la forma en que se les proporciona el servicio al no contar con espacios privados para que la madre alimente a su hijo.

El cuarto nivel denominado macrosistema, alude a la organización. Se centra en las normas, reglamentos, leyes, enfocándose en los gobiernos locales y estatales. A los efectos de este estudio, las políticas serán específicas de las políticas de migración referentes a la salud, salud materno infantil y lactancia materna en México y Nuevo León (Figura 1).

1.2.2 Teoría de la liminalidad

Las mujeres migrantes, en específico las migrantes que durante su trayectoria y movilidad cursan con distintas fases de la maternidad por ejemplo, embarazos, parto, lactancia y ablactación, experimentan barreras persistentes y sistemáticas sobre todo en los servicios de atención médica, puesto que a veces no responden a sus necesidades, Markey et al. (2022) indica que es necesario la creación de intervenciones específicas para apoyar la salud integral e incorporando el cuidado de la salud mental, prenatal, perinatal y postnatal.

En ese contexto, la teoría de la liminalidad permite comprender las fases de transición que experimenta la mujer en el proceso de migración al mudarse fuera de su país de origen. Este concepto se muestra en los escritos de Arnold Van Gennep (1909), en su trabajo sobre los ritos de paso y que Víctor

Turner (1980) continúa en su tomo, donde afirma la presencia de un ritual que marca el paso de una etapa a otra en la sociedad.

Lo opuesto a la fase de separación es la incorporación que requiere la reintegración en la sociedad desde una nueva perspectiva. Este proceso de disolución de un determinado lugar y la reincorporación a una nueva se le denomina período liminal o transitorio con una particularidad concreta y llena de riquezas simbólicas que varían de acuerdo al entorno social y cultural de los grupos representantes. Este período liminal es lo que Turner llama "entre lo uno y lo otro" (1980, Pág. 103-123).

Para Joseph et al. (2019), la liminalidad es una experiencia común entre las mujeres migrantes que buscan atención materna en el nuevo país afectando sus sentimientos de pertenencia, acceso a servicios y contacto con la sociedad. Para muchas mujeres es una experiencia difícil, un momento para reconstruir sus identidades como ciudadanas y madres, y más cuando las barreras culturales y de comunicación presentes impiden que las mujeres accedan a una atención equitativa.

La liminalidad social dibuja los periodos de estrés que conciben las mujeres migrantes en su fase de transición; Sutton et al. (2015), mencionan que la negociación cultural explica una forma de vivir al estar en un estado de constante tensión entre una cultura y otra, al mismo tiempo tratar de reaccionar positivamente a una sociedad extraña. A pesar de que estos procesos pueden ser estresantes, también apoya en la adaptación al generar pensamientos positivos en los nuevos entornos socioculturales, lo que a su vez conducirá al logro y mantenimiento de un mayor grado de bienestar emocional.

El MSE y la TL han podido complementarse (Figura 1) para comprender y explicar que la alimentación infantil, desde la propia lactancia materna, requiere una relación madre-hijo inmersos en una comunidad y familia; las madres son las responsables en la toma de decisiones sobre cómo alimentar-nutrir a los niños, así mismo la complejidad de las actitudes hacia la lactancia

materna. Dado que el objetivo del estudio está relacionado con la migración, el marco de liminalidad se combinó con el MSE para un mejor entendimiento de la fase de transición que enfrentan las mujeres en su contexto migratorio.

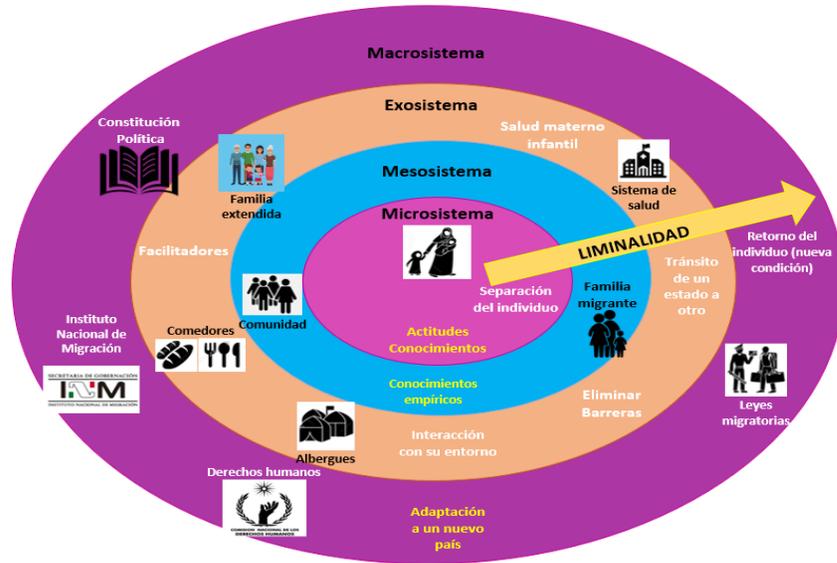


Figura 1. Perspectivas teóricas para explicar la lactancia materna y el estrés en madres migrantes y refugiadas.

1.3 MARCO CONCEPTUAL

1.3.1 Migración

De acuerdo con la Organización Internacional para las Migraciones (OIM, 2022), el inicio de los flujos migratorios más complejos y dinámicos en la historia de México tuvo lugar en el año 2022, caracterizado por el marcado aumento del número de personas registradas en tránsito desde diferentes puntos del país, así mismo este fenómeno se pudo observar en América Central, abarcando el Tapón del Darién ubicado al sur de Panamá.

La mayoría de las personas migrantes provienen de Centroamérica, especialmente de países como: El Salvador, Guatemala y Honduras, a los que se han sumado personas provenientes de Venezuela, Ecuador, Colombia y Haití. Dentro de este grupo se incluyen mujeres embarazadas y lactantes quienes realizan su trayecto por tierra desde Centroamérica hasta llegar al país de México, dónde se ubican temporalmente en los diferentes albergues y refugios hasta llegar a los Estados Unidos, país que más migrantes recibe de México y Centroamérica de acuerdo con informe de la OIM (2022).

En torno a esta situación se llevaron a cabo varios cambios importantes en la gobernanza y política migratoria. El gobierno de México participó en el primer Foro de Examen de Migración Internacional (FEMI) realizado en mayo del 2022, dónde resaltó los avances alcanzados en relación a los 23 objetivos del Pacto Mundial para la Migración Segura, Ordenada, y Regular (PMM). Se destacaron los esfuerzos encaminados a mejorar las condiciones para una migración segura.

Uno de los cambios más significativos en las políticas migratorias fue la decisión del Gobierno de los Estados Unidos de cancelar la inscripción de nuevas personas al Programa de Protocolos de Protección de Migrantes (MPP), así como la desafiliación de personas que ya formaban parte de dicho programa.

Para octubre del 2022, Estados Unidos anunció la expansión de las expulsiones bajo el título 423 incorporando al país de Venezuela, esto ante el aumento de los migrantes procedentes de esta nación, para lo cual se implementaron nuevas reglas para la elegibilidad de personas solicitantes de una migración segura y ordenada con un permiso de permanencia temporal de hasta dos años.

La Organización Internacional para las Migraciones (OIM, 2022) menciona que, la migración es el desplazamiento de una población la cual puede combinarse por diferentes motivos que tiene su origen en las cuestiones económicas o laborales, así como a la necesidad de huir de la violencia social o de situaciones que ponen en peligro sus vidas, comúnmente los que solicitan asilo han sido víctimas de la trata de personas, del mismo modo, niños que han sido separados violentamente de sus familiares. Además, el incremento de conflictos armados y la incapacidad de asegurar la protección adecuada en sus países de origen también contribuyen a esta situación.

Para la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2023), la migración puede ser conceptualizada de distintas maneras, siendo la definición que más se acepta en la actualidad aquella que describe a la migración como el cambio de residencia, lo cual implica cruzar algún límite geográfico o administrativo claramente establecido. Cuando dicho límite se trata de una frontera internacional entre países, se conoce como migración internacional; por otra parte, si el límite a cruzarse corresponde a demarcaciones dentro de un país, ya sea divisiones administrativas o áreas urbanas y rurales, se denomina migración interna.

Dentro de los factores que influyen en la decisión de migrar se encuentran la violencia, la pobreza extrema y el desempleo en las Américas, por lo que varias personas abandonan su familia en busca de seguridad y mejores oportunidades en los Estados Unidos.

Para las madres que se encuentran en tránsito, amamantar en medio de la incertidumbre puede ser una lucha (Choung, 2021). Sin embargo, la Organización Panamericana de la salud (OPS, 2022) ha identificado que, al no contar con espacios privados en óptimas condiciones higiénicas así mismo la angustia emocional sumado al cansancio a nivel físico derivado del trayecto recorrido por las madres, hace que los bebés no aprovechen los beneficios que les puede ofrecer la lactancia materna. De acuerdo con Choung (2021) la experiencia traumática genera estrés en las personas migrantes y refugiados que al combinarse con la pobreza y el hambre comprometen la salud del niño al tener un efecto debilitante.

1.3.2 Emigrante

Hay diferentes tipos de migrantes, uno de los cuales es el emigrante, que son personas que viven en un país o una sociedad diferente a la que viven hoy en día, la OIM (2022) define que es la acción de salir de un país para radicar en otro y a su vez las políticas internacionales en materia de derechos humanos decretan que toda persona tiene el derecho a salir de su propio país.

1.3.3 Migrante

La Organización Internacional para las Migraciones (OIM, 2024), indica que el migrante es aquel individuo que se desplaza fuera de su lugar de residencia habitual, ya sea dentro de un país o a través de una frontera internacional, de manera temporal o permanente y por diversas razones. Esta expresión engloba varias categorías legales bien establecidas, como los trabajadores migrantes y aquellos cuyo modo particular de desplazamiento está legalmente definido, como los migrantes objetos de tráfico, así como aquellas personas cuya situación o medio de traslado no están explícitamente definidos en el derecho internacional, como es el caso de los estudiantes internacionales.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2018) indica que, un migrante es aquella persona que ha vivido en un país distinto por más de un

año, sin importar las razones detrás de su traslado, ya sea por elección propia o por circunstancias involuntarias, así como los métodos empleados, ya sean legales u otros. Aunque también, esta denominación incluye a los migrantes con un periodo más corto de establecimiento, un ejemplo son los que van a trabajar temporalmente en los campos agrícolas.

Para la OIM (2022), es un término general que no está definido en el derecho internacional y se refiere a toda persona que, por diversas razones, abandona temporal o definitivamente su residencia permanente, tanto dentro del país como a través de las fronteras. Incluye varias categorías jurídicas definidas especialmente a estas personas que salen a trabajar; personas a quienes se les reubicará de acuerdo a la ley como los que son traficados y los migrantes que circulan de forma ilegal. De acuerdo a los últimos datos en 2020 había 281 millones de migrantes a nivel internacional esto corresponde a un 3.6% de toda la población en el mundo.

Por otra parte, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR, 2016) señala que el término migrante se refiere a aquellas personas que deciden salir de su país de origen de manera voluntaria, sin que exista una amenaza directa, persecución o riesgo de muerte. En su lugar migran con el objetivo de mejorar su calidad de vida, ya sea mediante oportunidades laborales, educativas reunirse con sus familiares u otras razones. Esta es la principal diferencia con los refugiados, quienes no pueden regresar a su país debido a la violencia. A pesar de esta discrepancia, los migrantes también reciben protección del gobierno.

1.3.4 Inmigrante

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2020) menciona que, un inmigrante es una persona que llega y se asienta en un nuevo municipio, entidad o país. Mientras que la ACNUR (2020) determina al inmigrante como la persona que se muda a un país diferente al de su

nacionalidad o residencia habitual, de manera que el país de destino se convierte en su nueva residencia permanente.

1.3.5 Refugiado

Los refugiados generalmente son personas que han abandonado su país por temor a los conflictos armados, la persecución, aumento de la violencia u otras condiciones que afectan el orden público y por lo tanto requieren protección de otros países OMS (2018).

Las personas refugiadas son individuos que huyen de situaciones de conflicto y persecución. Su estatus y protección están respaldados por el derecho internacional y, de acuerdo con la ACNUR (2016), no deben ser forzadas a abandonar o regresar a entornos donde su vida o su libertad estén en peligro. Por lo general, estos grupos provienen de comunidades afectadas por guerras, conflictos o crisis económicas, presentando vulnerabilidades asociadas a las condiciones de su desplazamiento, como la falta de acceso adecuado a alimentos, agua, saneamiento y otros servicios esenciales. Están expuestos al riesgo de contraer enfermedades contagiosas y sufrir lesiones accidentales, hipotermia, quemaduras, embarazos no planificados y complicaciones relacionadas con el parto, así como diversas enfermedades no contagiosas. Además, existe la posibilidad de que los refugiados experimenten problemas de salud mental como lo menciona la OMS (2024).

1.3.6 Movimiento migratorio

Acorde con la ACNUR (2021), un movimiento migratorio se refiere al desplazamiento de personas de un país a otro. Aunque en ocasiones los términos *migrante* y *refugiado* se usan indistintamente, es importante destacar que tienen estatus jurídicos diferentes. Por consiguiente, el término *migrante* describe a quienes se trasladan por voluntad propia, ya sea de manera temporal o permanente, mientras que los refugiados son aquellas personas que huyen por temor a situaciones en su país de origen, como la guerra, la violencia o la persecución. Cuando el movimiento es forzado y ocurre dentro

del mismo país, se denomina desplazamiento interno, como lo menciona la OIM (2020).

México es una zona de tránsito por migrantes en situación regular e irregular, en su mayoría de Honduras, El Salvador y Guatemala, quienes buscan ingresar a los Estados Unidos. Según el Instituto Nacional de Migración (INM, 2022), desde el año 2010, 9 de cada 10 migrantes en tránsito ilegal han sido nacionales de alguno de estos países.

Dada la posición geográfica de México frente a Estados Unidos, nuestro país es un trampolín para migrantes centroamericanos. La mayoría de esta población viaja sin documentos legales, lo que los expone a mayores riesgos y limita el ejercicio de sus derechos, aumentando su vulnerabilidad. Aunque algunos migrantes viajan en caravanas, que les ofrecen cierto resguardo, muchos prefieren transitar desapercibidos para evitar el contacto con las autoridades migratorias, según revela la UPMRIP (2022).

Se estima que el volumen de movimientos migratorios centroamericanos ha ido en aumento desde 2011. Para 2014, se registraron 394.2 mil eventos, cifra que supera los 388.7 mil registrados en 2005. Entre 2014 y 2017, la media anual fue de aproximadamente 335.000 mil eventos, de acuerdo con la reportado por la UPMRIP (2022).

1.3.7 Estatus migratorio en México

En México la política migratoria se implementa mediante la ley migratoria que se fundamenta bajo los principios contenidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la cual refleja normas, programas, así como acciones concretas con la finalidad de atender el fenómeno migratorio mostrado en México.

Constantemente el Instituto Nacional de Migración, aplica leyes para promover procedimientos de migración en forma legal, ordenada y segura en base a los acuerdos internacionales. En los procedimientos administrativos

incluyendo la remisión, el alojamiento en estaciones migratorias o en centros de asistencia social (albergues) establece que se debe respetar en todo momento los derechos que los migrantes tienen y que son estipulados en el Título Sexto.

De acuerdo con la Ley de migración publicada en el Diario Oficial de la Federación (2022), se destacan los siguientes estatus:

a) VISITANTE POR RAZONES HUMANITARIAS: permite que los migrantes permanezcan en el país mientras se completa su proceso migratorio. Al finalizar, deben abandonar el país o realizar un nuevo trámite que les permita continuar en el país, así mismo salir de ella cuando lo requieran. Además, pueden obtener un permiso que les permita trabajar y recibir un salario. Posteriormente, tienen la posibilidad de solicitar un trámite para obtener la residencia permanente.

b) SOLICITANTE DE ASILO POLÍTICO: es el reconocimiento temporal otorgado al migrante como refugiado o cuando el Estado le brinda protección adicional, mientras se resuelve su estatus migratorio. En caso de que se apruebe su solicitud, puede obtener la residencia permanente.

c) RESIDENTE TEMPORAL: permite al migrante contar con un permiso de estancia en el país por un máximo de cuatro años. Durante ese periodo, puede trabajar, recibir un salario, acceder a empleos, y entrar y salir del país tantas veces como sea necesario. Además, tiene el derecho de traer a su familia, quienes podrán permanecer conforme a lo estipulado en el permiso de residencia temporal.

d) RESIDENTE PERMANENTE: Este estatus autoriza a los migrantes permanecer indefinidamente en el país, con el derecho de trabajar y recibir un salario.

La ley migratoria declara que los que son residentes temporales y permanentes tienen solamente treinta días, a partir de la entrada al territorio

mexicano, para que puedan solicitar ante el INM la tarjeta que les corresponda para su residencia en el país, misma que entra en vigor a partir de que se le haya autorizado y finaliza de acuerdo a lo estipulado por la autoridad migratoria.

1.3.8 Las mujeres migrantes

En el Informe sobre las migraciones en el mundo de la OIM (2022) indica que, aunque la pandemia de COVID-19 redujo temporalmente el ritmo de la migración, se observó un aumento notable en la migración a nivel internacional. Esto evidencia que los flujos migratorios no son uniformes, sino que están determinados por diversos factores que van desde los económicos, geográficos, demográficos, entre otros, que influyen en los patrones de movilidad conocidos como corredores migratorios, los cuales se configuran a lo largo del tiempo. En estos flujos participan mujeres, niños y adolescentes.

Para Fries (2019), durante el proceso migratorio, las mujeres y en especial las niñas migrantes suelen enfrentar una serie de desigualdades que limita el ejercicio y la protección de sus derechos. A ello se suman las crisis políticas y económicas, factores que influyen en su decisión de migrar. Las principales causas por las que deciden abandonar su país suelen estar relacionadas con la inseguridad, la violencia y las condiciones económicas adversas. Esta combinación de factores las vuelve especialmente vulnerables durante su trayecto migratorio, tal como lo señala Willers (2016).

Por otro lado, como menciona F. Sánchez (2020), la propia migración es una de las formas en que las mujeres están expuestas a diferentes tipos de violencia durante el tránsito o en los lugares en donde llegan. Es imposible entender las condiciones por las que se enfrentan las mujeres en el trayecto sin considerar los motivos que las obliga a pasar condiciones desfavorables y peligrosas en su tránsito por México.

1.3.8.1 Mujeres migrantes en el mundo

A nivel mundial, el 50% de la población refugiada está conformada por niñas y mujeres, según datos de la ACNUR (2021). Sin embargo, en 2014 únicamente el 4% de los fondos solicitados por la ONU para proyectos dirigidos específicamente a mujeres y niñas, fueron destinados a este grupo, tomando como referencia los presupuestos estatales del periodo 2012-2013.

De acuerdo con informes de la ONU, el 60% de las muertes maternas que podrían prevenirse ocurren en contextos humanitarios, y al menos 1 de cada 5 mujeres refugiadas o desplazadas ha experimentado violencia sexual tal como lo describe la Organización de las Naciones Unidas para las Mujeres (ONU, 2017). Los datos emergentes sugieren que las mujeres encontradas en esta situación tienen más dificultades en relación a los hombres que va empeorando conforme pasa el tiempo. Según el Centro de Desplazamiento Interno (IDCM, 2022), los conflictos suscitados y la violencia en el 2021 habrían causado en total 14.4 millones de movimientos.

Durante los años 2020 y 2021, también se han registrado desplazamientos masivos debido a desastres climáticos o condiciones meteorológicas adversas en diversas partes del mundo, incluyendo China, Filipinas, Bangladesh, India, los Estados Unidos de América y Haití. Entre esos dos últimos años, se han observado movimientos migratorios significativos y episodios de desplazamiento que han ocasionado considerables dificultades, traumas y pérdidas de vidas.

Entre los más severos se encuentran los desplazamientos internos o transfronterizos de millones de personas debido a conflictos, como los ocurridos en la República Árabe Siria, Yemen, la República Centroafricana, la República Democrática del Congo y Sudán del Sur, así como situaciones de grave inestabilidad económica y política, como las que afectaron a millones de venezolanos y afganos.

A nivel mundial hubo alrededor de 135 millones de mujeres migrantes durante el 2021 que corresponde un 3.5% de la población femenina en el mundo. Esta cifra refleja un aumento considerable respecto al 2019, cuando se contabilizaron 130 millones (3.4%), según cifras publicadas en el Informe sobre las migraciones en el mundo de la OIM (2022).

Se estima que a nivel mundial durante el 2022 hubo 281 millones migrantes internacionales equivalente al 3.6% de la población mundial, de los cuales 135 millones corresponde al sexo femenino dónde se incluyen mujeres y niñas. Esto refleja que la proporción estimada de migrantes internacionales del sexo femenino ocupa el 48% respecto al sexo masculino. Así mismo evidencia un aumento considerable en comparación al 2019 que solamente alcanzó los 130 millones (3.4%), cifras publicadas en el Informe de la OIM (2022).

En la declaración emitida por ONU Mujeres en el marco del Día Mundial de los Refugiados, señaló que, a las mujeres y niñas se les niega el acceso equitativo a los servicios esenciales como la salud y la educación. La falta de acceso a estos servicios tiene como consecuencias significativas para su bienestar físico y mental. Además, muchas mujeres enfrentan serias limitaciones para acceder a un empleo digno y bien remunerado, viéndose obligadas, en muchos casos, a aceptar trabajos mal pagados o en condiciones precarias.

1.3.8.2 Mujeres migrantes en Latinoamérica

Casi la mitad de las mujeres en América Latina forman parte de los 272 millones de personas migrantes registrados a nivel mundial, según la ACNUR (2021). En esta inmigración, las rutas de transporte a las que recurren las mujeres son particularmente difíciles padeciendo abuso sexual y violaciones que han sido demostrados por Willers (2016). Para Navarro (2020) las mujeres centroamericanas, migrar no representa simplemente un intento de mejorar su situación económica o elevar su calidad de vida; más bien, constituye una

resistencia directa a la intensa violencia presente en su entorno, que las impulsa a buscar refugio en otro lugar. Las mujeres y niñas migrantes pueden llegar a experimentar mayores tasas de violencia sexual y de género con un miedo latente a no poder hacer una denuncia debido a su estatus migratorio, aunado al no contar con los servicios de atención correspondiente.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2023), la tendencia migratoria en las Américas, particularmente hacia Norteamérica, ha experimentado un notable aumento en 2023. Según la Organización Internacional para las Migraciones (OIM, 2023), la migración irregular en México ha incrementado en un 62% durante los primeros ocho meses de 2023 en comparación con el mismo periodo del año anterior.

A pesar de que la migración desde naciones de Centroamérica y el Caribe, particularmente de Haití, ha aumentado debido a factores como el incremento de la violencia, la inseguridad y los impactos de fenómenos adversos como sequías y huracanes, junto con la escasez de oportunidades económicas; el aumento de personas en movimiento en las Américas en 2023 sigue estando principalmente relacionado con la migración proveniente de Venezuela y Ecuador tal como lo menciona la OPS (2023).

Además, la OPS (2023) también menciona que desde 2018, más de 7.7 millones de refugiados y migrantes venezolanos han abandonado su país, mientras que alrededor de 6.5 millones se encuentran acogidos en naciones de América Latina y el Caribe, especialmente en Colombia. Según informes de autoridades en Panamá hasta la última semana de noviembre de 2023, más de 501,297 mil migrantes han cruzado la región del Darién, siendo los venezolanos la nacionalidad predominante con 320,465 ingresos, seguidos por los ecuatorianos con 54,757, entre estas personas se encuentran mujeres embarazadas, lactantes y niños.

Esta cifra representa un notable incremento en comparación con los 248,000 ingresos en 2022 y los 133,000 en 2021. En Centroamérica, el flujo

de migrantes en tránsito por esta subregión se ha triplicado entre 2022 y 2023, al mismo tiempo que la estancia promedio de los migrantes en los países de acogida ha aumentado, generando una significativa presión sobre los sistemas de salud locales.

1.3.8.3 Mujeres migrantes en México

De acuerdo con las cifras de la OIM (2022), México se encuentra entre los principales países de los cuales provienen personas migrantes a nivel internacional, ubicándose en la segunda posición a nivel global después de India en el año 2020. Así mismo, México está experimentando un creciente fenómeno como destino para personas migrantes internacionales. En el periodo de 2000 a 2020, la población inmigrante aumentó en un 123%. Siendo en 2022 el año en que se registró la cifra más alta de eventos relacionados con personas en situación migratoria irregular jamás documentada en México, superando los récords establecidos en 2021. Del total de personas registrados, en situación migratoria irregular, el porcentaje de mujeres en 2021 fue de 22% mientras que para 2022 fue del 23% del total de personas migrantes.

De los poco más de 70,000 incidentes de personas en situación migratoria irregular identificados en 2022, 18% correspondieron a personas de nacionalidad hondureña, 18% de nacionalidad venezolana, 17% guatemalteca, 10% colombiana y 9% ecuatoriana, conformando así las cinco principales nacionalidades como lo indica la OIM (2022).

A México se le considera el segundo país en el mundo con la mayor cantidad de mujeres migrantes, con un total de 5.8 millones en 2015, de acuerdo a los datos arrojados por el Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2017). Las mujeres representan el 22.8% de los migrantes que transitan por México que vienen desde Centroamérica.

Las mujeres migrantes en tránsito por México en su mayoría son muy jóvenes que viven sin un esposo o pareja, sufriendo el abandono o particularmente son las que vienen de una familia disociada, enfrentándose a

la inestabilidad, el abuso y la explotación tanto en el país de origen como en el país al que llegan. Las mujeres están involucradas en casi todos los procesos de migración, aunque no siempre están incluidas en las deliberaciones y debates que tratan el tema como lo mencionan Fries (2019) y Willers (2016).

Desde 2014 la participación de los niños y jóvenes acompañados y solos en el tránsito ha aumentado de un 11.2% en 2013 a un 19.3% para el año 2017, según las estadísticas migratorias de personas entregadas a inmigración (UPMRIP, 2022). Sánchez F. (2020) señala que, las mujeres en su tránsito por México simbolizan a una población que se encuentra en movimiento padeciendo necesidades, aunque independientemente si está como ilegal o no deben respetarse sus derechos y su dignidad como ser humano.

Debido que, a lo largo de su recorrido, los migrantes comúnmente se encuentran en situaciones de extrema vulnerabilidad, enfrentando desafíos significativos como restricciones económicas, exposición a situaciones de abuso y violencia, especialmente las mujeres y niñas. Además, de que tienen un acceso limitado a los refugios y alimentos, infraestructuras básicas de agua y saneamiento, así como a servicios de salud, lo cual incrementa el riesgo de enfermedades y contribuye a tasas elevadas de mortalidad y morbilidad por causas que podrían prevenirse.

Se trata de mujeres que han decidido dejar su país en busca de nuevas y mejores oportunidades en la vida. En su travesía, encuentran refugio en los albergues y comedores que les proporcionan asistencia, ofreciendo un respiro para que se sientan protegidos, atendidos y puedan descansar antes de seguir hacia su destino.

1.3.8.4 Mujeres migrantes en Nuevo León

Debido a su posición geográfica, Nuevo León desempeña un papel estratégico en el paso de migrantes que se dirigen hacia Estados Unidos o

hacia regiones fronterizas colindantes en su intento de cruzar. En la actualidad, Nuevo León, al igual que otros estados del norte de México, alberga a numerosos migrantes, mayormente originarios de países centroamericanos, así como de naciones del Caribe y Sudamérica, que buscan solicitar asilo en Estados Unidos. Este fenómeno ha generado nuevos escenarios y desafíos, diferentes a los enfrentados en décadas anteriores.

Es importante destacar que en Nuevo León no hay una ley estatal de migración, ni ninguna otra regulación que implícitamente proteja los derechos de las personas en situaciones de movilidad. Asimismo, no existe una infraestructura establecida para la atención de este grupo de personas, es decir, no hay una entidad específica encargada de este tema. Aunque recientemente, la Secretaría de Igualdad e Inclusión del estado ha suscrito un acuerdo de colaboración con la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) con el objetivo de establecer una Ventanilla Informativa.

Esta iniciativa busca promover la protección de las personas migrantes y abordar las necesidades del entorno migratorio a través de una estrecha cooperación entre ambas partes esto de acuerdo al informe la Unidad de Política Migratoria, Registro e Identidad de Personas (UPMRIP, 2022) de la Secretaría de Gobernación (SEGOB) de Nuevo León.

A sí mismo en abril de 2023, la OIM estableció un acuerdo de Cooperación con la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), con el propósito de fortalecer el acceso a la información, derechos y servicios para la población migrante en este Estado. Este acuerdo implica la implementación de proyectos en colaboración con la Clínica Jurídica Migratoria. En diciembre de 2022, la Secretaría de Igualdad e Inclusión suscribió una carta de entendimiento con el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), con el objetivo de colaborar en la inclusión laboral de las personas refugiadas. Además, existe un convenio marco entre este organismo y el Estado de Nuevo León. Finalmente, en enero de 2023, la Secretaría de Igualdad e Inclusión formalizó un Memorándum de

Entendimiento con el Programa de las Naciones Unidas para llevar a cabo la implementación de la Estrategia Intégrate, una plataforma que facilita el acceso a programas sociales para la población en retorno tal como lo indica la OIM (2023).

Durante el año 2021 la UPMRIP del estado de Nuevo León (2022) señala que la mayoría de los eventos de presentación y canalización de personas en situación irregular, se llevaron a cabo en los municipios de Monterrey (31.4%), Galeana (20.7%) y Apodaca (9.4%). La mayor parte de las personas que transitan por esta región son originarios de América Central, principalmente de Guatemala, Honduras y El Salvador. Se observa en menor medida la presencia de personas procedentes de Nicaragua, Venezuela y Haití.

Basándonos en estos datos, se puede notar que el flujo no regulado de migrantes es un fenómeno destacado en Nuevo León; de hecho, la entidad ocupa el séptimo lugar a nivel nacional en relación con esta característica. Así mismo en el año 2021, hubo un total de 2,398 personas que completaron el proceso para obtener una Tarjeta de Residencia Permanente después de recibir el reconocimiento de su condición de refugiado por parte de la COMAR.

La OIM (2022) evidenció un aumento significativo en la emisión de Tarjetas de Visitante por Razones Humanitarias, pasando de 296 en 2019 a 1,371 en 2021, lo que representa un incremento del 363%. Los países principales de origen de las personas que obtuvieron estas tarjetas son Honduras, Venezuela, Haití y El Salvador.

En base a los datos de la UPMRIP (2022) la cantidad de personas que fueron registrados por inmigración durante enero-mayo del mismo año ascendió a un 90% en la cual fueron presentados 8,496 migrantes comparado al año anterior que durante ese lapso alcanzó los 4 mil. Aunque se disponga de estas estadísticas, no se tiene una precisión sobre la cantidad exacta de migrantes que ingresan al estado, ni se cuenta con datos específicos que

indiquen la proporción creciente de mujeres en este fenómeno. Este aumento de la presencia femenina parece ser evidente, según lo señalado por Chantaka (2022), con la intención de ingresar a Estados Unidos.

1.3.9 Refugios

Los refugios son lugares en la cual se proporciona abrigo a las personas, especialmente aquellos que vienen huyendo de conflictos armados o guerras o puede ser otra causa y que necesiten un refugio a dónde puedan llegar mientras esperan ser atendidos por alguna organización que les pueda resolver su situación tal como lo menciona la OIM (2022). El tiempo de permanencia en un refugio varía y depende de muchos factores. Según cifras de la ACNUR (2021) refiere que son aproximadamente 80 millones de personas los que han tenido que escapar.

Los problemas de salud que pueden generarse en estas casas de asistencia se deben principalmente a que algunos no cuentan con buenas instalaciones, viven hacinados y expuestos al consumo de alimentos contaminados por el manejo inadecuado de los alimentos, no contar con agua potable convirtiéndose en un gran potencial para la aparición de enfermedades infecciosas como diarreas y otros problemas estomacales de acuerdo con Fries (2019).

1.3.10 Albergues

ACNUR (2022) refiere que los albergues temporales suelen ser espacios públicos adaptados para recibir a personas que lo necesiten. La ubicación de estos centros sociales generalmente se difunde a través de los medios de comunicación o se transmite de manera informal entre las propias personas migrantes que comparten la información entre ellas. Este lugar brinda un techo a las familias que viajan independientemente de su estatus legal, también les permite quedarse el tiempo que requieran siempre y cuando sea justificado, son apoyados con atención médica, atención psicológica y alimentos.

Durante el tiempo que permanezcan en el albergue, los migrantes se les brinda seguridad, alimentos, un espacio para asearse y dormir, todo ello proporcionado por el personal asistencial de manera gratuita, sin recibir remuneración. Se sabe que estos lugares no cuentan con una suficiente privacidad, esto hace que las mujeres sean vulnerables a experimentar violencia sexual haciéndolas propensas a embarazos no deseados o enfermedades de transmisión sexual tal como lo narran Fries (2019) y Navarro (2020).

1.3.11 Maternidad

La maternidad está sujeto a diversos cambios particularmente para la mujer que lo experimenta, encontrándose con una constante adaptación a nivel personal y también social debido a todo lo que exige la maternidad. Ser madre en los primeros meses o incluso en los primeros años de vida del niño no siempre es fácil, empezando por la lactancia materna que es una de las tantas situaciones que debe afrontar una mujer para adaptarse a su nuevo papel.

Carreño et al. indicaron lo siguiente: “las mujeres migrantes tienden a tener menos controles prenatales y menor tasa de afiliación al sistema de salud nacional que las mujeres locales” (2022, p.81). Para Frank et al. (2021) los solicitantes de asilo tienen peores resultados perinatales que la población general de los países de ingresos altos.

1.3.12 Atención Prenatal

La OMS menciona que: “A nivel mundial solo el 64% de mujeres reciben atención prenatal cuatro o más veces a lo largo de su embarazo” (2016). En esta etapa el profesional de salud puede brindar apoyo, promoción y orientación a la futura madre, así como prevenir riesgos. La atención del embarazo es muy importante ya que puede evitar las muertes maternas.

La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016 referente a la atención perinatal y del recién nacido que se encuentra publicado en el Diario Oficial de la Federación (DOF, 2016) refiere lo siguiente:

“Es una serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con personal de salud, a efecto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto, el puerperio y el manejo de la persona recién nacida” (2016, p. 5).

Durante la atención del embarazo se deben identificar síntomas anormales, también se debe incluir información de cómo va evolucionando el embarazo tratando de brindar información clara y oportuna. Para garantizar el cumplimiento adecuado, se debe atender a la embarazada con respeto y sin discriminación, independientemente de su condición social, ofreciéndole un trato digno. Así mismo, es fundamental de contar con un plan de parto, previa identificación de la unidad de salud donde pueda recibir la atención médica oportuna y adecuada.

Aunque el embarazo debería representar una experiencia positiva para las mujeres, a nivel mundial se estima que muchas de ellas no tienen acceso adecuado a los servicios de salud, lo que incrementa el riesgo de complicaciones durante la gestación y el parto. Para Tang et al. (2021) los migrantes que no son elegibles para un seguro médico o programas de asistencia, recurren a pagar de su bolsillo dicho servicio. Además, los migrantes internos, especialmente las mujeres migrantes, tienen un acceso limitado al seguro médico y, a menudo, tienen bajos ingresos, un nivel educativo más bajo y, con frecuencia, carecen de conocimientos sobre atención prenatal. La suma de estas limitantes en conjunto puede dar lugar a embarazos de alto riesgo.

1.3.13 Alojamiento conjunto

De acuerdo con la NOM-007-SSA2 establece que en el alojamiento conjunto tanto la madre como el recién nacido deben de compartir la habitación

a fin de que se dé una interacción dónde pueda establecerse un vínculo madre-hijo: “Es la ubicación y convivencia de la persona recién nacida y su madre en la misma habitación para favorecer el contacto inmediato y permanente, así como la práctica de la lactancia materna exclusiva” (2016, p.5). Es en este momento donde se vigila y se toman los signos vitales al recién nacido.

Para Prokopowicz et al. (2022), es una práctica hospitalaria el cual le permite a la madre permanecer en la misma habitación con su bebé recién nacido 24 horas después del parto. Este sistema se implementó como resultado de la iniciativa global Baby-Friendly Hospital Initiative, cuyo objetivo principal era implementar atención materna basada en evidencia para apoyar y mejorar la lactancia así mismo construir un vínculo madre-hijo.

Aunque también puede haber un alojamiento conjunto parcial, que ocurre cuando el bebé permanece casi todo el día con la madre y se traslada a la sala de recién nacidos a intervalos de tiempo designados, generalmente por la noche y al mediodía. Tales separaciones madre-hijo se han relacionado con resultados negativos, como trastornos del neurodesarrollo (Handelzalts et al., 2021). Según Consales et al. Esto podría generar una confianza que ayude a disminuir el estrés generado: “Tiene un gran potencial para aumentar la confianza de las madres y disminuir el estrés psicológico” (2020, p.2). Cuando la madre comparte conjuntamente la habitación le permite aprender y reconocer las señales del bebé para ser alimentado permitiendo iniciar inmediatamente la lactancia materna.

1.3.14 Prácticas de lactancia materna

Para Ahishakiye et al. la lactancia materna (LM) sigue siendo muy baja en países donde los ingresos económicos son bajos: “Las prácticas de lactancia materna siguen siendo subóptimas en todo el mundo, especialmente en los países de ingresos bajos y medianos, donde solo el 38 % de los bebés de 0 a 6 meses reciben lactancia materna exclusiva” (2020, p.2). La lactancia

materna es un hábito humano de alimentar naturalmente al bebé que incluyen emociones y cambios físicos en el niño y su madre.

Mientras que, para Hitachi et al. la lactancia materna exclusiva (LME) puede prevenir enfermedades que pudieran ser mortales para los menores de 5 años: “Se ha pronosticado que la lactancia materna exclusiva durante los 6 meses posteriores al nacimiento previene 823 mil muertes anuales en niños menores de 5 años, al disminuir los riesgos de enfermedades infecciosas y desnutrición” (2019, p.2). Sin embargo, la LM está por debajo del 40% durante los primeros 6 meses.

La lactancia materna es una forma más natural de alimentar a un lactante y es un acto de amor. Por eso, cuando las madres amamantan significa más que alimentar al niño, porque cuando el bebé está cerca de su madre percibe su olor y a la vez se siente protegido, además de sentir el calor por el contacto con su madre.

Según Yin et al. (2020), existe una relación entre las prácticas de LM y no contar con una residencia permanente entre los migrantes que viven o dan a luz en los países de acogida. La prevalencia de estas prácticas suele diferir en comparación con las madres de la población local. La migración forzada y la condición de refugiado pueden tener un impacto adverso en las opciones de lactancia de las madres (Walters et al., 2023). Además, se han informado prácticas de lactancia materna deficientes entre las poblaciones vulnerables, incluidas las que viven en asentamientos de refugiados.

Las prácticas LME se encuentra relacionadas a factores demográficos, fisiológicos y psicológicos. Los factores demográficos, como la edad, la paridad y el nivel educativo, han caracterizado sistemáticamente a las madres que amamantan exclusivamente (Shiraishi et al., 2020). Aunque la OMS emite información, las cifras mundiales sobre LM siguen siendo bajas, especialmente en poblaciones vulnerables, como aquellas que han sido desplazadas o refugiadas que viven en otro país.

1.3.14.1 Lactancia materna exclusiva (LME)

Para la OMS la LME se refiere a alimentar al bebé únicamente con leche materna, sin incluir ningún tipo de alimento ni bebida, ni siquiera agua:

“Significa que el niño recibe solamente leche materna, incluyendo leche extraída o de nodriza durante los primeros 6 meses de vida, y ningún otro alimento o bebida, ni siquiera agua, excepto por sales de rehidratación oral, gotas y los jarabes como: vitaminas, minerales y medicamentos” (2015).

Mientras que el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia alude a que la LME es cuando el niño solo se alimenta de leche materna sin recibir otro tipo de alimento: “La lactancia materna exclusiva (LME) es un tipo de alimentación que consiste en que el bebé sólo reciba leche materna y ningún otro alimento sólido o líquido a excepción de soluciones rehidratantes, vitaminas, minerales o medicamentos” (UNICEF, 2021). La LM es una forma de alimentación natural, comúnmente conocida como lactancia, que consiste en el consumo de leche humana por parte de un niño a través del pecho de una mujer (Ebrahimi, 2021).

La LME durante los primeros 6 meses reduce el riesgo de muchas enfermedades, principalmente gastrointestinales, infecciones respiratorias y enfermedades crónicas que afectan a los bebés (Ahishakiye et al., 2020). La lactancia materna a largo plazo reduce el riesgo de que el niño tenga sobrepeso y obesidad hasta un 12%, previniendo que se agraven las enfermedades que se presenten, cuanto mayor sea la duración más fuerte será la reacción de la madre y el vínculo.

Para Abdulahi et al. (2021) y Walters et al. (2023) la LME se recomienda en la primera hora de vida en el lapso de 6 meses y seguir continuando hasta los 2 años. Los recién nacidos que reciben lactancia materna después de una hora o más, tienen un mayor riesgo de morir dentro del primer mes de vida en

comparación con aquellos que son amamantados dentro de la primera hora de vida (Riaz et al., 2022).

Para Tran et al. cuando se da LM por más tiempo los niños desarrollan mejor su cognición: “Una mayor duración de la lactancia materna exclusiva se asocia con un mejor desarrollo cognitivo en los niños” (2023, p.2). Además, ayuda a disminuir el sangrado después del parto, previene la presión alta y la diabetes. Uno de los objetivos que se deben alcanzar sobre lactancia materna del Global Breastfeeding Scorecard para 2030 (OMS,2018), es iniciar tempranamente con la lactancia a un 70%; la LME en un 70 % y la continuación de la lactancia materna en más del 80 %.

1.3.14.2 Leche materna

La leche materna es considerada la mejor nutrición infantil debido a su influencia en el crecimiento y desarrollo óptimos, así como en el sistema inmunitario del niño. Los factores bioactivos que se encuentran en la leche humana mejoran el sistema inmunológico inmaduro del recién nacido y respaldan los mecanismos de defensa del huésped contra agentes infecciosos y otros agentes extraños (Akhter et al., 2021). La leche materna humana contiene células madre pluripotentes y leucocitos, además de citocinas inflamatorias y antiinflamatorias. Los ácidos grasos poliinsaturados, como los ácidos docosahexaenoicos (DHA) y araquidónico (ARA), tienen propiedades inmunomoduladores y participan en varios procesos cognitivos y del desarrollo (Caba et al., 2022).

Para Cortés et al. (2020), la leche materna es uno de los alimentos más óptimos para el recién nacido debido a que ofrece múltiples beneficios en la salud de la madre y el niño. La leche materna es lo mejor que se le puede brindar a un bebé debido a que le suministra protección de diversas enfermedades como es mencionado por la OMS:

“La leche materna es el alimento ideal para los lactantes. Es segura y limpia y contiene anticuerpos que protegen de muchas enfermedades

propias de la infancia. Además, suministra toda la energía y nutrientes que una criatura necesita durante los primeros meses de vida” (2023).

La leche materna de una madre es continuamente óptima para un niño, ya que cambia naturalmente en composición para satisfacer las necesidades dietéticas cambiantes del niño (Ebrahimi, 2021). Además, la OMS también refiere que aporta energía y diversos nutrientes que satisfacen las necesidades dietéticas del niño:

“Es una fuente importante de energía y nutrientes para los niños de 6 a 23 meses ya que puede aportar más de la mitad de las necesidades energéticas del niño entre los 6 y 12 meses, y un tercio entre los 12 y 24 meses” (2021).

Es una fuente indispensable de energía y de muchos nutrimentos cuando se llegan a presentar enfermedades en los niños ayudando a reducir la mortalidad infantil. Es un alimento que contiene anticuerpos para prevenir enfermedades, células vivas, hormonas, enzimas y otros componentes únicos mencionados por Hossain et al. (2021), así mismo aporta energía y los nutrientes que necesita el bebé en sus primeros meses de vida e inclusive continúa suministrando hasta el primer año.

Además de los beneficios que aporta a la madre y al bebé reconocidos actualmente, Verduci et al. señala que la leche materna representa un vínculo entre la salud materna e infantil: “La tríada madre-leche materna-bebé es un sistema interconectado en el que la dieta y el estilo de vida de la madre pueden tener efectos sobre la salud del bebé” (2021, p.2).

1.3.14.3 Tipos de leche materna

La leche humana es un biofluido extremadamente complejo con una composición dinámica, comenzando con la primera leche denominado calostro, pasando por la leche de transición y la leche madura. La producción

del calostro ocurre en los 4 días posteriores al parto que se caracteriza por ser de escaso volumen y alta densidad.

La leche del primer día contiene gran cantidad de proteínas, vitaminas e inmunoglobulinas, llamados sistemas de defensa que ingresan al torrente sanguíneo a través del intestino del bebé. Este a su vez contiene lactoferrina (Lf), una proteína que se encuentra en el calostro y que es la proteína principal de la leche materna; se ha demostrado que Lf tiene propiedades antimicrobianas, así como antiinflamatorias, y es potencialmente capaz de reducir la incidencia de sepsis y enterocolitis necrotizante (NEC), que son particularmente frecuentes en nacimientos prematuros (Schirmbeck et al., 2022).

El calostro es idóneo para alimentar al recién nacido dado que su estómago es tan pequeño, sus necesidades pueden cubrirse con tomas pequeñas y frecuentes alrededor de 8 a 12 veces al día. Por otra parte, la leche de transición empieza a producirse entre 4 a 15 días después del nacimiento, con un aumento repentino en la producción y el volumen en el día 5, de acuerdo con Salazar et al. (2009). Su composición cambia hasta alcanzar la composición de la leche madura. Para García (2011), “la producción comienza después del calostro y dura de cinco a diez días”. Sus concentraciones de lactosa y grasa aumentan gradualmente debido a la elevación de los niveles de colesterol, fosfolípidos. La alimentación con leche materna de transición mejora la protección inmunológica y los resultados del desarrollo neurológico (Hossain et al. 2021).

García (2011), indica que la leche madura tiene un menor contenido de energía y la producción de lactosa, grasas, glucosa, entre otros empieza a partir del día 15 después del nacimiento y puede durar más de 15 meses.

Por su parte Caba et al., afirma que la leche materna tiene una composición variada: “la composición de la leche humana madura contiene 88% de agua, 7% de carbohidratos, 4% de grasa y 1% de proteína” (2022),

aunque es menor la concentración de inmunoglobulinas en la leche madura a diferencia del calostro, brinda protección hasta el pleno desarrollo del sistema inmunológico del recién nacido (Akhter et al., 2021).

1.3.14.4 Sucedáneos de la leche materna

Los sucedáneos de la leche materna que se conocen mejor como leche de fórmula reemplazan total o parcialmente la leche materna. Para Brown et al. las fórmulas artificiales son fabricados con elevadas cantidades de nutrientes que hace difícil su digestión, además de que no contiene los anticuerpos que proporciona la leche materna: “Son manipuladas para que lleven cantidades más altas de nutrientes importantes, como proteínas, que contiene la leche materna, aunque a los recién nacidos les resulta difícil digerir la fórmula, así mismo no contienen los anticuerpos presentes en la leche materna” (2019, p.2), estos anticuerpos pueden proteger el intestino inmaduro de los bebés que nacen prematuros o con bajo peso, también ayuda a reducir infecciones y problemas estomacales.

Aunque las fórmulas infantiles tienen similitudes con la leche materna en muchos componentes, no existe un sustituto perfecto para la misma (Kim & Yi, 2020). Actualmente hay evidencias que demuestran los riesgos que ocasionan las fórmulas infantiles en la salud cuando se da esta leche antes de los 6 meses en lugar de la leche materna, así como lo menciona Rothstein et al. (2021). Los bebés alimentados con leche de fórmula ya sea exclusivamente o en combinación con leche materna (alimentación mixta) tienen mayores riesgos de morbilidad y mortalidad infecciosa durante los primeros 2 años siendo susceptibles a enfermedades crónicas y enfermedades a largo plazo Brown et al. (2019).

La leche de fórmula tiene un elevado riesgo de contaminación al momento de su preparación, sobre todo porque los biberones pueden producir infecciones que pueden ser potencialmente mortales para los niños pequeños cuando estos no son esterilizados y lavados adecuadamente tal como lo

advierte la OMS (2022). Este tipo de alimentación puede ser caro porque necesita prepararse con agua potable y durante la preparación la mamá tiene que seguir estrictamente las instrucciones para su preparación. Además de afectar la forma en que se prepara y manipula la fórmula en el hogar, las restricciones socioeconómicas también pueden influir en la selección y compra de marcas de BMS por parte de los padres.

Anteriormente se creía que las madres de escasos recursos protegerían la lactancia materna, debido a que se pensaba que las familias pobres no tenían acceso a las fórmulas infantiles. Sin embargo, investigaciones recientes indican que la prevalencia de la alimentación con fórmula infantil es particularmente pronunciada entre las poblaciones pobres, en parte como respuesta de las estrategias de comercialización (Rothstein et al., 2021).

La distribución de la leche de fórmula tiende a competir con la leche materna incluso, influir de forma negativa en las decisiones de las madres para elegir el cómo alimentarán a sus bebés. Estos productos reducen a la continuación con lactancia materna en niños menores de dos años. Por eso el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna de la OMS (2017), busca frenar la comercialización abusiva de estos productos.

1.3.14.5 Obstáculos hacia la lactancia materna

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia declara lo siguiente: “En los primeros seis meses de vida, sólo 2 de cada 5 niños son amamantados exclusivamente en América Latina y el Caribe, lo cual los priva de los nutrientes esenciales de la leche materna” (UNICEF, 2021). Para Kulkarni (2020) las principales afectaciones en la lactancia son los pezones adoloridos y agrietados producido por el mal agarre del bebé al seno materno, lo que hace que el bebé sólo agarre el pezón haciendo presión durante la succión.

Entre los factores individuales, la experiencia de las dificultades para amamantar contribuye en gran medida al cese temprano de la lactancia y hace

que las madres sean menos propensas a amamantar a un futuro hijo Gianni et al., 2019. La candidiasis en el seno materno aparece con frecuencia debido a infecciones fúngicas que pueden tener algunas madres llegando a presentarse en la boca del bebé y en la zona del pañal.

La UNICEF (2021) señala que la congestión de la mama se debe a que los senos se llenan de leche y se sienten duros al tacto, ocurre cuando hay vaciamiento incompleto, provocando que los pechos se hinchen, estén duros con presencia de dolor; suele ocurrir dentro de la primera hora al nacimiento cuando la madre coloca al bebé al seno materno y este no succiona correctamente conllevando así a interrumpir la LM de forma prematura, también ocasiona que no haya suficiente eyección de leche y que los pezones se agrieten, ocasionando la aparición de la mastitis. Mientras tanto Omranipour y Vasigh (2020), mencionan que la mastitis comienza con la presencia de infección en la zona mamaria a nivel de los tejidos que se encuentran alrededor de los conductos lácteos caracterizado por la iniciación de dolor, fiebre, calor enrojecimiento e inflamación de forma abrupta.

En ocasiones la desinformación o el surgimiento de conceptos erróneos durante la LM conducen al fracaso de la misma. De acuerdo con Campanha et al. (2019), una de las creencias que comúnmente aparecen es cuando la madre percibe que su bebé no está tomando suficiente leche o cuando el bebé llora demasiado piensa que es porque no está satisfecho; siente que sus pechos no tienen suficiente leche provocando que descontinúe la LM.

Las madres que no experimentan complicaciones son las que practican la lactancia materna exclusiva, más que aquellas con complicaciones en los senos. También se han descrito que los aspectos psicosociales, biológicos y culturales son las principales causas de interrupción de la LME. Las categorías principales que han surgido entre las madres migrantes como barreras hacia lactancia materna, son las condiciones de trabajo, condiciones socioeconómicas precarias y la falta de apoyo (profesionales de la salud, familia y sociedad).

Las mujeres que han tenido experiencias desagradables con algunos profesionales de la salud al igual que la familia, pueden interferir negativamente en el proceso de lactancia al ofrecer información inadecuada o errónea, también la sociedad juega un papel importante al emitir juicios (Iglesias y León, 2021).

Inclusive la condición de inmigrante es un factor ya que al no contar con una residencia propia puede poner en riesgo de no brindar lactancia materna exclusiva (Carreño et al., 2022). Para algunas mujeres la LME la perciben como un sacrificio, doloroso (Lundberg, 2018), asociada a personas con menos recursos económicos y estrés por el estigma social que genera su abandono (Blanco y Otero García, 2022). La lactancia materna puede resultar un proceso difícil con fases de satisfacción y otras de sufrimiento, regulado por la creencia y la experiencia propia de las madres.

1.3.14.6 Facilitadores de la lactancia materna

De acuerdo con Walters et al. (2023), los facilitadores incluyen el conocimiento sobre los beneficios de la leche materna, por lo que aquellas que tienen más conocimientos sobre los efectos negativos de alimentar al bebé con fórmula tienden a dar LME. Algo que también influye mucho es que tengan el apoyo de la pareja o la sociedad y también los provenientes de organizaciones del gobierno acorde con Ríaz et al. (2022).

Actualmente, se han identificado como particularmente eficaces los enfoques de intervención basados en la comunidad para ampliar las intervenciones tanto de apoyo como de promoción hacia la lactancia materna con la finalidad de llegar a las poblaciones con mayor riesgo señalado por Abdulahi et al. (2021), aunque estos enfoques no se han realizado en madres migrantes.

Otros factores encontrados han sido cuando la madre y los padres identifican a la lactancia materna como protector contra enfermedades y que los niños amamantados crecen bien (Riaz et al., 2022). También se han

encontrado datos importantes en las mujeres que han amamantado exclusivamente durante 3 meses, la cual incluye la autoeficacia, el apoyo a la lactancia, los suministros adecuados para la lactancia, el apoyo de las madres, la firme intención de amamantar antes del parto y la percepción de la lactancia materna como un ahorro de dinero (Tran et al., 2023.) La LME así mismo es facilitada cuando el sistema de salud brinda el apoyo necesario, además de ciertas creencias populares y espirituales (Blanco y Otero García, 2022).

1.3.15 Alimentación complementaria (Ablactación)

La UNICEF (2021) considera que la alimentación complementaria es una práctica de dar a un bebé alimentos sólidos o líquidos que no sean leche materna o fórmula infantil con el propósito de aportar fuentes de nutrición en lugar de reemplazarlas. Los niños en su gran mayoría tienen poco acceso a una alimentación complementaria que sea adecuada para sus requerimientos, en varios países se ha observado que menos de una cuarta parte de los niños de 6-23 meses son los que cumplen con los requisitos apropiados en la dieta.

A la edad de 6 meses, es importante ir introduciendo los alimentos complementarios, la mayoría de los bebés entre 6 y 8 meses reciben este tipo de alimentación. Aunque la mitad de los que se encuentran entre los 4-5 meses el 48% recibe alimentos diferentes a la leche materna. Esto nos da un panorama de que los niños inician con alimentos sólidos antes de los 6 meses. La alimentación es esencial para que mejoren su crecimiento y desarrollo. En los primeros años de vida de un niño son muy importantes ya que una nutrición adecuada en este lapso reduce la morbilidad y la mortalidad.

De acuerdo con la UNICEF (2021) “la introducción de alimentos complementarios seguros y nutricionalmente es a partir de los seis meses, continuando la lactancia materna hasta los dos años o más”. Debido a que después de 6 meses los bebés comienzan a necesitar más nutrientes que la leche materna ya no aporta. Para Jiménez (2021) la alimentación complementaria es aquella que “brinda los nutrientes necesarios para

completar los requerimientos nutricionales, previniendo sus carencias y ayudando al adecuado desarrollo del sistema nervioso del niño o la niña”.

1.3.16 Cuestionario de Experiencias de Lactancia Materna en Migrantes usuarias de Albergues (CELMMA)

Debido al aumento de la población migrante en México y la falta de evidencia existente en América Latina, se creó una herramienta de métodos mixtos que evalúa las prácticas y experiencias de lactancia materna en la comunidad migrante. Es así como surgió el instrumento *Breastfeeding Experiences in Informal and Refugee Shelters* (BEIRS), el cual fue desarrollado a partir de la modificación de una encuesta validada y probada en países como Irlanda y Nigeria con la finalidad de obtener una comprensión más profunda de la alimentación infantil entre la comunidad migrante acorde con Robledo (2022).

La encuesta original BEIRS consta de: 11 ítems con preguntas abiertas; una sección sobre la exposición a la lactancia durante el periodo prenatal y la intención de amamantar; prácticas de lactancia materna y las experiencias de vida en el refugio sumando un total de 44 ítems. La versión modificada del BEIRS hizo posible obtener un panorama más amplio sobre la alimentación infantil entre la comunidad migrante de Monterrey, Nuevo León, México, gracias a la versión modificada y validada previamente por expertos.

A partir de esta versión se realizó la adaptación de este instrumento denominado *Cuestionario de Experiencias de Lactancia Materna en Migrantes usuarias de Albergues* (CELMMA). Este instrumento tiene el objetivo de evaluar las experiencias y prácticas de lactancia materna en mujeres migrantes usuarias de albergues y/o comedores comunitarios. Quedando de la siguiente manera: la primera sección consta de los datos en general/perfil sociodemográfico; la segunda sección concierne a las prácticas de lactancia materna y la tercera las experiencias dentro de los albergues para migrantes.

Con la finalidad de evaluar la validez y confiabilidad de este instrumento adaptado, se realizó una prueba piloto con un tamaño de muestra de 20 mujeres de tres albergues diferentes mediante un muestreo dirigido. La prueba arrojó datos satisfactorios obteniendo un Alpha de Cronbach de índice de (0.83), indicando que CELMMA es confiable.

1.3.17 Estrés

De acuerdo con la OMS el estrés es definido como: “Un estado de preocupación o tensión mental generado por una situación difícil. Todas las personas tienen un cierto grado de estrés, ya que se trata de una respuesta natural a las amenazas y a otros estímulos” (2020). También la forma de responder puede llegar a afectar el cómo nos sentimos. Regularmente altera el cuerpo y a la mente. Aunque tiene partes positivas como el ayudar en las actividades cotidianas.

El estreñimiento, las molestias estomacales, los problemas para dormir y la falta del apetito son sólo algunos de los síntomas físicos que puede provocar el estrés. Los diversos factores que causan el estrés pueden llegar a ocasionar problemas mentales tales como la depresión y la ansiedad. Además del estrés, la ansiedad es uno de los problemas más frecuentes, caracterizada por el temor y mucha preocupación.

Si bien los cambios de humor y las breves reacciones emocionales a los problemas de la vida diaria son comunes, la depresión es diferente, porque la persona puede llegar a experimentar demasiada tristeza, estar irritable o inclusive no tener ningún interés de realizar las actividades que normalmente lleva a cabo y suele presentarse de forma constante. También pueden aparecer síntomas, como la falta de concentración, culpa o baja autoestima, en especial los pensamientos de suicidio, estas características son las que diferencian el estrés de la ansiedad y la depresión.

Para Roze et al. (2020), el trastorno de estrés postraumático (TEPT), es un trastorno de ansiedad que puede desarrollarse después de que una

persona pasa por un evento particularmente traumático, como ser herido o enfrentarse a una amenaza de muerte. Debido a sus traumáticas experiencias de viaje, la exposición a diversas formas de violencia junto con la opresión social y los persistentes sentimientos de rechazo, Carreño et al. (2022) menciona que los grupos de inmigrantes tienen más probabilidades de desarrollar TEPT.

1.3.18 Estrés en migrantes

Para Hayashi et al. (2023), las personas residentes en países extranjeros pueden experimentar numerosos factores estresantes, incluso vinculada a la economía y el entorno en el que se encuentran, aunado a las diferencias en las costumbres y la cultura que se convierten en fuentes de estrés.

La discriminación y la exclusión también pueden empeorar el estrés en el proceso de adaptación a una nueva cultura. Según Carreño et al. (2022), el estrés derivado de la migración se ha descrito en personas refugiadas, que se manifiesta por la discriminación y la añoranza del hogar, haciendo que el estrés aumente en otras etapas de la migración.

Los refugiados experimentan múltiples formas de trauma, incluida la persecución, la violencia física y sexual y situaciones que amenazan la vida, antes y durante el proceso de migración (Grupp et al., 2021; Sangalang et al., 2019). Estas experiencias pueden tener consecuencias graves y a largo plazo afecta la salud mental (Carreño et al., 2022). Además del trauma, los factores estresantes posteriores a la migración vinculados al reasentamiento en otro país representan un riesgo significativo de problemas psicológicos y problemas de salud mental (Li et al., 2016).

Según los datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2022,) afirma que existe una prevalencia de 31.46% de trastorno de estrés postraumático entre refugiados y los que solicitan asilo, quienes se ven sometidos a circunstancias desfavorables que pueden resultar en eventos

traumáticos como violencia, la desintegración familiar y obstáculos administrativos. A su vez la evaluación de las condiciones de estrés en las personas, permite el autoconocimiento de los trastornos de salud mental en una etapa temprana y la realización de la intervención adecuada (Hayashi et al., 2023).

1.3.19 Estrés en madres migrantes

Para Gross et al. (2022), los factores que desencadenan el estrés están de forma latente influyendo en que la madre no inicie con lactancia materna y a la vez que la interrumpa fácilmente. Mientras que Gila et al. (2020), indica que el estrés puede afectar la producción de leche materna de muchas maneras, estos procesos específicos están asociados con los efectos a corto plazo del cortisol, que aumentan debido al estrés. Las madres que no tienen una buena salud mental o emocional tienden a no amamantar exclusivamente (Gila et al., 2020).

Las barreras fisiológicas aumentan los niveles de estrés y hacen que las mujeres dejen de amamantar antes. Además, los factores psicosociales, incluida la autoeficacia relacionada con la lactancia materna, los niveles de estrés y el apoyo familiar, sumado al contexto migratorio también predice la práctica de la lactancia materna exclusiva (Shiraishi et al., 2020).

Las dificultades son muy frecuentes en las comunidades de inmigrantes sobre todo en las mujeres, las percepciones de dificultades económicas se han asociado con mayores niveles de síntomas depresivos en comunidades de inmigrantes emergentes, que frecuentemente carecen de apoyo social y recursos estructurales en comparación con las comunidades de inmigrantes más establecidas (Hill et al., 2019).

El estrés psicosocial es un factor de estilo de vida potente con la capacidad de afectar muchos procesos biológicos, incluida la reproducción. El afrontamiento prolongado y crónico del estrés induce efectos metabólicos y

conductuales, que requieren una cantidad considerable de energía (Ziomkiewicz et al., 2021).

1.3.20 El *Refugee Health Screener-15 (RHS-15)*

El *Refugee Health Screener-15 (RHS-15)*, es un instrumento de detección desarrollado para trastornos mentales comunes en refugiados. Las percepciones de la detección de salud mental en refugiados sugirieron que la detección es importante durante el reasentamiento. Se desarrolló para ser un evaluador válido, eficiente y eficaz para los trastornos mentales comunes en los refugiados y posteriormente en migrantes. Las fortalezas del instrumento son sus propiedades métricas, la eficiencia de la administración y su eficacia preliminar demostrada y su conveniencia para satisfacer una necesidad clara (Hollifield et al., 2013).

El RHS-15 es una herramienta de detección para evaluar los síntomas de los trastornos comunes entre los refugiados como lo son la ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático. Fue diseñado para ser una primera evaluación breve y culturalmente receptiva. Ha sido traducido a 17 idiomas diferentes y validado dentro de varias poblaciones de refugiados diferentes y, por lo tanto, es comprensible y aplicable a muchos grupos diferentes de refugiados (Bjærtå et al., 2018).

Las versiones en español del RHS-15 fueron traducidas por expertos en el campo, traductores profesionales y miembros de la comunidad de refugiados para que cada pregunta fuera comprendida de acuerdo al idioma y la cultura (Hollifield, 2011). Es un proyecto desarrollado por Pathways to Wellness para la traducción en español con el propósito de mejorar el uso y difusión del evaluador de salud de refugiados – 15 (RHS-15).

El RHS-15 comprende tres dimensiones: del ítem 1 al 7 evalúa los síntomas, del 10 al 14 corresponde a experiencias traumáticas vividas durante la migración; el ítem 15 es un termómetro de la angustia (del 0 al 10), sumando un total de 15 ítems de los cuáles del 1 al 14 son de escala Likert donde 0=

Nada, 1= Un poco, 2=Moderadamente, 3= Bastante = y 4= Muchísimo. La prueba es positiva si los ítems 1-14 suman igual o más de 12 puntos, o bien si el termómetro de la angustia es igual o mayor a 5 puntos. El Alpha de Cronbach de este instrumento está ubicado en 0.92.

1.3.21 Liminalidad

Los inmigrantes, especialmente aquellos que tienen un nivel socioeconómico bajo, pueden experimentar un fenómeno conocido como liminalidad (Blanco y Otero, 2022). La palabra liminal proviene de la palabra latina “limen”, que significa umbral.

El espacio liminal es estar al abismo de algo nuevo, pero no se está del todo. El antropólogo Arnold Van Gennep escribió por primera vez sobre el concepto de liminalidad cuando desarrolló la idea de los ritos de iniciación. Definió un “rito de separación” (rito preliminar), un rito de transición (rito liminal) y un rito de incorporación (rito post-liminal). Esta teoría de la transición explicaba que los cambios en las etapas de la vida de las personas siguen este patrón.

1.4 Estudios relacionados

En España se realizó un estudio con enfoque descriptivo cualitativo que indagó acerca de las experiencias de lactancia materna de las migrantes latinas residentes en ese país, Iglesias y León (2021), identificaron las principales barreras y facilitadores hacia la lactancia materna. Entre las cuales surgieron las condiciones de trabajo, socioeconómicas, falta de redes de apoyo (pareja, personal de salud, familia y sociedad), además de los cambios fisiológicos, ignorancia y creencias erróneas, país anfitrión versus país de origen. Mientras que los facilitadores fueron: las redes de apoyo esenciales para continuar con la lactancia. Las participantes consideraron importante el incremento de grupos de apoyo en el país de acogida para ayudar a las nuevas madres en el mantenimiento de la lactancia materna debido a que el origen y experiencia tienen influencia en las experiencias de las prácticas de lactancia.

Otro estudio exploratorio etnográfico cualitativo realizado en ese mismo país buscó explorar los factores que facilitan y dificultan la continuación de la LME en los primeros seis meses entre mujeres inmigrantes residentes originarias de Latinoamérica. Las entrevistas cara a cara se hicieron a 11 madres. Para Blanco y Otero García (2022), la LME viene siendo un proceso complejo, en donde hay etapas satisfactorias, pero también de sufrimiento que son regulados por las creencias y experiencias, por eso los gobiernos, el sistema de salud y la sociedad deben promover acciones encaminados a este tema.

Una investigación cualitativa realizada en Santiago de Chile tuvo como objetivo: “conocer las experiencias de maternidad de mujeres haitianas e indagar en los factores que han facilitado o dificultado el cuidado de la salud de sus hijos en Chile” (Carreño et al., 2022:81). De las 20 entrevistas semiestructuradas a mujeres migrantes, la salud mental surgió de factores de riesgo asociados a: las formas de crianza, soledad, barrera idiomática y pérdida de redes en el contexto migratorio y a estar expuestas a embarazos no deseados por no acceder al sistema de salud.

En Suecia se desarrolló un estudio cualitativo para describir las percepciones y prácticas de lactancia materna entre las mujeres somalíes que viven en Suecia después de la migración. Los datos recolectados a partir de 25 entrevistas semiestructuradas, arrojaron que las mujeres percibieron la lactancia materna como algo positivo, pero varias barreras entre ellas, sentir estrés después del parto en el nuevo país las llevaron al uso combinado de fórmula y lactancia, además de la introducción temprana de alimentos complementarios, esto demostró que las mujeres no habían cambiado mucho sus percepciones y prácticas de lactancia debido al cambio de su entorno; en su mayoría siguieron sus creencias y tradiciones culturales (Lundberg, 2018).

Mientras que, en Uganda Walters et al. (2023), investigaron las barreras y facilitadores hacia la lactancia materna en asentamientos prolongados en el Occidente. Los participantes formaron seis discusiones de grupos focales. Los

resultados arrojaron que los facilitadores de la lactancia materna incluyeron el conocimiento, el apoyo del esposo/padre, apoyo de la comunidad y el apoyo de organizaciones no gubernamentales. En tanto las barreras identificadas para la lactancia materna fueron: condiciones físicas, socioeconómicas, de conocimiento y psicosocial. Por lo tanto, la migración forzada y la condición de refugiado pueden tener un impacto adverso en las opciones de lactancia entre las madres.

Acorde con Rodríguez et al. (2022), en la investigación transversal realizada en Chile con el objetivo de determinar la asociación entre los factores maternos y la prevalencia de la no lactancia exclusiva en mujeres inmigrantes haitianas, estuvo conformada por 173 madres residentes, seleccionadas de una lista de centros comunitarios, la mayoría de los participantes tenían más de 12 meses de residencia en el país y se demostró que la prevalencia de LME a los 6 meses solo fue del 54.3%, estos resultados sugieren que la condición de inmigrante de las mujeres haitianas sin residencia legal, recién llegadas, con bajo nivel educativo más el escaso conocimiento de la lactancia materna tienen más riesgo de no brindar lactancia materna exclusiva.

Por su parte Shiraishi et al. (2020), examinaron los factores modificables relacionados con la lactancia materna exclusiva a los 3 meses del posparto mediante un estudio de cohorte prospectivo realizado en Japón, centrándose en las variables psicosociales y relacionadas con la lactancia al mes del posparto. Las variables relacionadas con la lactancia materna y las variables psicosociales se obtuvieron mediante cuestionarios al mes posparto. Los niveles de cortisol salival diurno antes y después de amamantar 1 mes después del parto se midieron como un marcador biológico de las respuestas de estrés asociadas con la lactancia. Los resultados mostraron que más del 40% de las participantes presentaron un aumento en los niveles de cortisol después de amamantar. Este incremento, pese a la acción de la oxitocina, indica la presencia de estrés fisiológico y psicológico asociado con la lactancia.

Señalando los factores siguientes: multiparidad, tener un título universitario, no tener planes de volver al trabajo a los 6 meses después del parto y nivel de cortisol más bajo después de la lactancia se asocian significativamente con la lactancia materna exclusiva a los 3 meses posparto. Concluyendo que los niveles de estrés tras la lactancia, la autoeficacia en la lactancia y la presencia de complicaciones mamarias pueden ser factores modificables asociados a la lactancia materna exclusiva posterior.

En Portugal, Lopes et al. (2024) evaluó los conocimientos, actitudes, creencias y prácticas de madres refugiadas, migrantes y solicitantes de asilo. Encontró que sólo 40% de las madres recibieron consejería prenatal sobre los beneficios y manejo de la lactancia materna, 50% tenía conocimientos sobre lactancia materna, 70% tenían actitudes y creencias justas y 60% tenían prácticas justas de lactancia materna. Por lo tanto, hubo una correlación positiva entre las actitudes de las madres hacia la lactancia materna y su conocimiento sobre la misma. Los hallazgos de este estudio sugieren que se pueden estimular conductas saludables de LM recibiendo el asesoramiento adecuado de los profesionales de la salud.

Para Roze et al. (2020), las madres migrantes sin hogar tienen altos niveles de trastorno de estrés postraumático (TEPT) esto se evidenció a través de un estudio realizado en Francia sobre la prevalencia del TEPT en madres inmigrantes sin hogar en la región de París, al momento del estudio el 7.8% estaban embarazadas, el 20.8% estuvo alojado en un refugio a largo plazo y el 37.1 % experimentó inestabilidad residencial. El 18.9% de las madres migrantes sin hogar tenían altos niveles de TEPT en los 12 meses anteriores al estudio, a su vez asociado con la salida del país de origen debido a la violencia, haciendo que las madres migrantes sin hogar acumulen estrés de múltiples factores.

De acuerdo con Odeniyi et al. (2020), en su revisión sistemática de métodos mixtos que tuvo como objetivo identificar, sintetizar y evaluar la literatura internacional sobre el conocimiento y las experiencias de lactancia

materna de las madres inmigrantes africanas residentes en países de altos ingresos. Dentro de los hallazgos surgieron conceptos como prácticas de lactancia, donde las madres que iniciaron con lactancia fueron del 90%, además de los conocimientos, creencias y actitudes que en su mayoría eran positivas. La influencia de factores sociodemográficos, económicos y culturales conducen a la suplementación temprana. Las madres inmigrantes africanas tenían una actitud positiva hacia la lactancia materna estando dispuestas a adoptar mejores prácticas, pero enfrentaron desafíos en el estilo de vida después de la migración.

En Turquía Yalcin et al. (2023) con el objetivo de examinar la asociación entre el estado de lactancia en niños refugiados sirios menores de dos años y las características sociodemográficas de las madres refugiadas en este país, realizaron un estudio transversal, en la cual se encontró que el porcentaje de lactancia materna en niños menores de dos años era del 62.4% y la duración promedio era de 14.6 meses, también se detectó que la tasa de lactancia materna era 3.6 veces mayor en las inmigrantes que dieron a luz en Turquía en comparación con las que dieron a luz en Siria. En conclusión, las características sociodemográficas, culturales y los factores perinatales tienen un papel en el estado de lactancia de los niños refugiados sirios.

Estudios realizados en México por Edelblute y Altman (2021), examinaron la asociación entre residir en un hogar migrante y los síntomas depresivos de las mujeres teniendo en cuenta las redes sociales y el apoyo social. Los resultados sugieren que residir en un hogar con dos o más inmigrantes se asoció a mayores probabilidades de síntomas depresivos, mientras que tener parientes inmediatos en la comunidad redujo las probabilidades de síntomas depresivos. Por lo que los servicios destinados a mejorar la salud de las mujeres deben dirigirse a las mujeres que residen en hogares con múltiples migrantes y centrarse en reducir el estrés y los impactos en la salud mental asociados con estas relaciones.

Otros autores como Candiz y Bélanger (2018), también desarrollaron en México un estudio con el objetivo de examinar el papel de las casas del migrante como lugares de espera que permiten a los migrantes hacer un alto en su ruta hacia el norte, a través de entrevistas cualitativas realizadas entre 2013 y 2015 a migrantes centroamericanos y a trabajadores que asisten a los migrantes. Se determinó que los albergues participan en la gestión migratoria a través de la regularización en los tiempos de espera al brindar servicios y contribuir a facilitar la movilidad, configurando e influyendo en las trayectorias de los migrantes.

Desde este marco podemos apreciar que en México se ha encontrado poca información respecto a las madres migrantes durante el tránsito y estadía en los albergues, y menos sobre el estrés percibido debido al contexto migratorio y de los refugios; artículos como el de Mata (2020) destaca la narración de las trayectorias migratorias y la vulnerabilidad que padecen las migrantes y sus familias. Por su parte Torre (2021), analizó de manera integral la experiencia de las mujeres migrantes en tránsito por México en base la Encuesta sobre Migración en la Frontera Sur (EMIF). Respecto al estrés Luis y Hernández (2016), exploraron la presencia de estrés migratorio en un grupo de migrantes mexicanos en relación con el consumo de drogas y Temores et al. (2015), identificaron en los migrantes signos y síntomas de daños en su salud mental relacionados con experiencias vividas en el tránsito por México.

Los estudios mencionados anteriormente no se refieren específicamente al papel de la madre migrante, en lo concerniente a la maternidad en sí misma, ni en las prácticas de lactancia materna y el estrés percibido durante su tránsito migratorio; no se enfocan en temas de angustia física y emocional por viajar con niños menores, así mismo, las dificultades para alimentarlos. Esta constatación evidencia un vacío de datos y de conocimiento sobre los temas y variables centrales del presente proyecto de investigación.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel internacional durante el 2022 hubo un total de 135 millones de mujeres migrantes, 3.4% más que el año 2019 de acuerdo con cifras de la OIM (2022). México se ha convertido en un país de origen, tránsito, destino y retorno de inmigrantes que buscan llegar a los Estados Unidos. En 2010-2017, la participación de mujeres en la migración aumentó de 46.5% a 48.1%, según cifras de la Unidad de Política Migratoria. En lo que respecta al 2022 la cantidad total de personas registrados en situación migratoria irregular, las mujeres representaron el 22% en 2021, y para el año 2022, su participación aumentó al 23% del total de personas migrantes.

Además, el año 2022 presencié algunas de las dinámicas migratorias más complejas y de cambio rápido en la historia de México, destacando el aumento significativo en el número de personas registradas en tránsito en varios puntos de México y América Central, como el Tapón del Darién en el sur de Panamá. Estos flujos incluyen a un gran número de mujeres, entre ellas embarazadas y lactantes.

Monterrey, Nuevo León debido a su proximidad con Estados Unidos, representa el 12% de la atención a migrantes de toda la frontera Norte y se han registrado 12 mil 335 personas en situación migratoria irregular. Sin embargo, no se ha registrado el número exacto de mujeres y niños inmigrantes. Las familias inmigrantes están expuestas a eventos traumáticos durante su trayecto que son particularmente vulnerables a la depresión y el estrés (Carreño et al., 2022), enfrentan factores asociados como la angustia mental posterior a la migración. Las madres al estar en exposición pueden experimentar dificultades con la lactancia (Lundberg, 2018).

El inicio y la duración de las prácticas de lactancia materna se ve influida por varios factores, a menudo se sienten discriminadas, cuestionadas, confusas y atemorizadas (Iglesias y León, 2021), agravando los desafíos que enfrenta cualquier mujer durante la experiencia de maternidad (Pangas et al.,

2019). La probabilidad de interrupción de la lactancia materna exclusiva aumenta en los lugares no formales (Rodríguez et al., 2022), sumado a la falta de apoyo familiar y social dan como resultado el abandono de las prácticas de lactancia materna. Cuando no hay lactancia materna el niño no tiene nutrientes y anticuerpos para prevenir enfermedades como diarrea y neumonía, dos de las principales causas de muerte en los lactantes de acuerdo con la UNICEF (2021) y los bebés que no son amamantados tienen seis veces más probabilidades de morir a causa de infecciones.

Se han identificado barreras hacia la lactancia materna como la falta de conocimientos, creencias culturales y religiosas, no contar con una residencia permanente (K. Sánchez et al., 2018). También que la migración influye en la lactancia materna en países de ingresos bajos y medios, como lo menciona Odeniyi et al. (2020) en su trabajo sobre las creencias y experiencias de lactancia materna de madres inmigrantes africanas.

Sin embargo, pocos estudios han explorado las prácticas de lactancia materna en las mujeres que viven en los albergues y refugios, y menos estudios han examinado cómo el estrés por el contexto sociocultural y el entorno estructural afecta en las prácticas de la lactancia materna. La presente investigación pretende aportar datos que puedan subsanar ese vacío de conocimiento y, asimismo, responder a la siguiente pregunta:

¿Cómo se practica la lactancia materna y se presenta el estrés en mujeres migrantes usuarias de albergues y comedores comunitarios de Nuevo León, México?

3. JUSTIFICACIÓN

En los últimos años el fenómeno de la migración ha ido en aumento de acuerdo con las últimas estimaciones realizadas por la Unidad de Política Migratoria, 9 de cada 10 personas migrantes irregulares en tránsito son originarias de Centroamérica, además ha habido un incremento sustancial en la participación de las mujeres en el periodo de 2010 a 2017 (UPMRIP, 2022).

La relevancia en estudio radica en la problemática que enfrentan las mujeres migrantes, en especial a las madres y a las que se encuentran en periodo de lactancia, por ello se plantea realizar una investigación que nos permita visibilizar el problema de las prácticas de lactancia materna dentro de los albergues y comedores comunitarios de Nuevo León bajo el paradigma predominantemente cualitativo, el cual tratará de generar un conocimiento científico que contribuya en las propuestas que den solución a la misma.

Además, esta metodología permitirá realizar un análisis más completo del problema logrando una perspectiva holística hacia las prácticas de lactancia, al poder identificar las necesidades que tienen para continuar la LM, los motivos que las llevan a interrumpir o a introducir otros alimentos y el estrés generado dentro del contexto migratorio. Este estudio, podrá generar hallazgos relevantes, los resultados generados permitirán orientar futuros proyectos al poder observar las dificultades a las cuales se enfrentan las madres migrantes en estos centros de ayuda. Cabe mencionar que el análisis de las prácticas de lactancia materna y estrés dentro de los albergues y comedores comunitarios de Nuevo León no se ha considerado en ningún otro estudio.

CAPÍTULO 2

4. HIPÓTESIS

En los estudios cualitativos “No se parte de hipótesis, sino que se generan” mencionado por Strauss y Corbin (2002); Glaser y Strauss (1967); Creswell (2009). De acuerdo con Martínez (2004:74): "en la metodología cualitativa se está abierto a todas las hipótesis posibles y se espera que la mejor emerja del estudio de los datos y se imponga por su fuerza convincente”.

CAPÍTULO 3

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo general

Analizar las prácticas de lactancia y estrés en mujeres migrantes usuarias de albergues y comedores comunitarios de Nuevo León, México.

5.2 Objetivos específicos

Cualitativos:

- Describir las prácticas de lactancia materna.
- Identificar el significado de la lactancia materna.
- Examinar las actitudes hacia la lactancia materna.
- Describir el estrés físico y psicológico.

Cuantitativos:

- Describir la lactancia materna, uso de fórmula láctea y ablactación.
- Describir obstáculos y facilitadores hacia la lactancia materna.
- Describir el apoyo hacia la lactancia en albergues y/o comedores.
- Evaluar el estrés (RHS-15).

CAPÍTULO 4

6. METODOLOGÍA

6.1 Diseño del estudio

La metodología desarrollada fue transversal mixta predominantemente cualitativa.

De acuerdo con Hernández et al (2018) y Creswell (2014), en los estudios mixtos cualitativos el enfoque de la investigación se deriva de diseños y procesos analíticos adaptados a las necesidades específicas. Implica tener la flexibilidad de seleccionar inicialmente un diseño mixto general y posteriormente desarrollar uno en específico, en este caso fue cualitativo; además se ajustó al contexto de la investigación y al planteamiento del problema. El método con menor peso (cuantitativo) sirvió para validar los resultados obtenidos mediante metodología predominante (cualitativa), y el proceso ocurrió en dos etapas. Donde quiera que se produzca esta integración, se generan conexiones significativas entre los datos y los métodos utilizados.

6.2 Universo de estudio

Mujeres migrantes de Monterrey, Nuevo León.

6.3 Población de estudio

Mujeres migrantes con hijos de hasta 24 meses.

6.4 Criterios de selección

6.4.1 Criterios de inclusión:

- Usuarías de albergues y comedores comunitarios.
- Con hijos de hasta 24 meses
- Durante la trayectoria:
 - a) Haber dado a luz a un bebé
 - b) Haber transitado con un bebé-hijo (a) de hasta 24 meses.

6.4.2 Criterios de exclusión:

- Mujeres embarazadas.
- Mujeres no hispanohablantes

6.4.3 Criterios de eliminación:

- Mujeres que no desearan continuar en el estudio.
- Datos incompletos en 50% o más.
- Incomprensión a las preguntas del cuestionario.

6.5 Técnica muestral

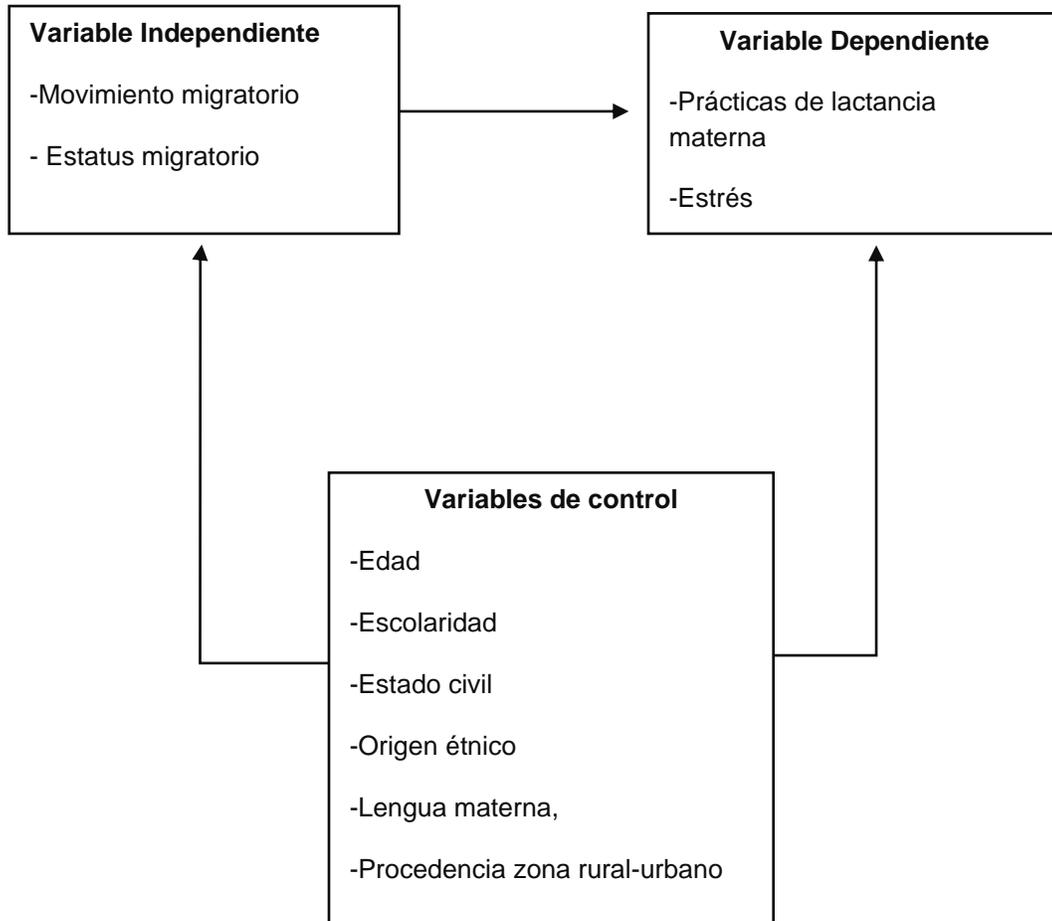
Cualitativo: muestreo dirigido.

6.6 Cálculo del tamaño de la muestra

Se desarrolló mediante el muestreo teórico el cual es importante cuando se exploran áreas nuevas o poco conocidas y/o de difícil acceso, consistió en la selección de participantes conforme a las necesidades del estudio hasta llegar a la saturación teórica; que fue una N=14 entrevistas cualitativas por no emerger datos nuevos importantes, por lo tanto, la colecta se dio por finalizada, tal como lo indican Glaser y Strauss (2002); y una N=142 para los instrumentos (cuestionario) de medición cuantitativos.

6.7 Variables

Figura 2. Esquema de variables



A continuación, en la tabla 1, se presenta la operacionalización de las variables de estudio (Anexo A).

6.8 Instrumentos de medición

El primer instrumento que se aplicó fue el CELMMA (Cuestionario Experiencias de Lactancia Materna en Migrantes usuarias de Albergues), de elaboración propia con validez de contenido y un alfa de cronbach de (0.83) e integrado por cuatro secciones (Anexo B). Primeramente, el consentimiento informado; luego, la segunda sección correspondió al perfil sociodemográfico, en donde se identificaron los datos generales como: folio, edad, estado civil, escolaridad, país de origen, etc. La tercera sección concierne a las prácticas de lactancia materna; en esta sección los ítems evalúan la descripción de la LME, ablactación, obstáculos y facilitadores hacia la lactancia materna. La última sección evaluó las experiencias dentro del albergue para migrantes.

El segundo instrumento es el *Refugee Health Screener- 15* (RHS-15), que permitió la detección de estrés específicamente en refugiados y migrantes (Anexo C). El RHS-15 comprende tres dimensiones: del ítem 1 al 7 evalúa los síntomas, del 10 al 14 corresponde a experiencias traumáticas vividas durante la migración; el ítem 15 es un termómetro de la angustia (del 0 al 10), sumando un total de 15 ítems de las cuales del 1 al 14 son de escala Likert donde 0= Nada, 1= Un poco, 2=Moderadamente, 3= Bastante = y 4= Muchísimo. La prueba-resultado es positiva si los ítems 1-14 sumados dan igual o más de 12 puntos, o bien si el termómetro de la angustia fue igual o mayor a 5 puntos. Ambos instrumentos fueron aplicados y llenados por el investigador de forma simultánea que en conjunto examinaron la relación entre la angustia emocional, las prácticas de lactancia materna y las experiencias de vivir en un albergue.

Por último, se aplicó una entrevista semiestructurada cualitativa, la cual constó de 41 preguntas (Anexo D); el cual profundizó sobre las experiencias de migración, prácticas de lactancia, estrés y las experiencias dentro del albergue. Dicho instrumento englobó las siguientes dimensiones: descripción

de las prácticas de lactancia, significado, percepciones y actitudes hacia la lactancia materna y por último la descripción del estrés físico y psicológico.

El tercer instrumento utilizado para el desarrollo de la investigación fue el diario campo (DC), donde se registraron las observaciones, eventos y detalles más relevantes durante la permanencia en el campo, con la finalidad de no perder información valiosa, capturando de manera inmediata y auténtica enriqueciendo de esta forma la colecta de datos en el proyecto.

Además de facilitar la reflexión sobre las experiencias y percepciones que se tengan en el momento, el DC ayudó a comprender mejor el contexto, a identificar sesgos potenciales y a desarrollar nuevas ideas o preguntas de investigación. De igual manera permitió el seguimiento de cambios a lo largo de la permanencia y la identificación de patrones emergentes. Al registrar estos datos de manera continua, se pudo captar la evolución de situaciones, comportamientos o condiciones en el campo.

6.9 Procedimientos

Primeramente, se identificaron los albergues y comedores comunitarios de migrantes en Nuevo León. A continuación, previo al inicio de trabajo de campo, se dirigieron oficios elaborados por la FaSPyN UANL a diferentes albergues y comedores ubicados en el área metropolitana de Monterrey; posteriormente se realizó una reunión con los directivos con previa cita para explicar los detalles del proyecto, así mismo los beneficios sobre los beneficios que conllevaba su participación.

Una vez obtenida la autorización para el acceso, se dio inicio con el trabajo de campo en los siguientes albergues: Casa Indi, Casa el Buen Samaritano y Casanicolás. Se programaron fechas de visita con los encargados de cada centro, así mismo se informó al personal sobre el propósito del proyecto.

Primeramente, se llevó a cabo una prueba piloto con la finalidad de evaluar la fiabilidad de los instrumentos y técnicas, permitiendo identificar: A) los instrumentos no eran auto aplicables; era necesario que el propio investigador los administrara; B) necesidad de mayor claridad a algunas preguntas, por lo que se realizaron algunos ajustes en la encuesta; C) inconvenientes para generar mayor confianza con los participantes antes de llevar a cabo la investigación principal.

Una vez identificadas las principales dificultades, se llevaron a cabo las siguientes estrategias al inicio de la colecta de datos: portar el uniforme clínico; acudir diariamente con la finalidad de identificar a mujeres migrantes con hijos de hasta 24 meses; para lo cual, el trabajador del albergue desempeñó un papel crucial como informante clave en la identificación de nuevas usuarias, manteniendo estrecha comunicación y sirviendo de enlace con las mujeres para establecer un buen *rapport*, propio del trabajo etnográfico. Para la aplicación de los instrumentos, a las participantes se les explicó el objetivo del proyecto y del consentimiento informado; se les preguntó si deseaban participar en el estudio; quienes se interesaron y lo aprobaron procedieron a su firma.

Cuando se tuvo el consentimiento informado se procedió a la colecta de datos en 2 momentos. A) Responder las preguntas del cuestionario CELMMA y RHS-15; B) Aplicación de la entrevista:

1. Para dar inicio, se les pidió a las madres migrantes responder el cuestionario CELMMA posteriormente el RHS-15, ambos fueron aplicados por profesionales con experiencia en el área de investigación en este caso el investigador del proyecto; uno de los principales retos posterior a las encuestas fue concretar una entrevista, ya que muchas madres aceptaban responder los instrumentos más no la entrevista grabada en audio, puesto que algunas recién iban llegando y referían estar cansadas, mientras que otras expresaban temor o desconfianza

respecto a la información solicitada. Por ello, durante la aplicación de las encuestas se identificaron posibles candidatas para la entrevista.

2. Una vez que se acordaba la entrevista, se establecía un espacio específico del albergue y/o comedor para su realización y se grababa en audio.

Al finalizar, como agradecimiento y beneficio, cada participante recibió artículos de aseo personal tanto para ella como para su hijo-a. A continuación, se presenta el flujograma de procedimientos (Anexo E).

6.10 Plan de análisis

Cuantitativo: Los datos generados en la investigación fueron procesados en el programa estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 22.0, para llevar a cabo el análisis estadístico primeramente se utilizó una estadística descriptiva: se calcularon las medias, desviaciones estándar en las variables continuas; y una distribución de frecuencias y porcentaje para las variables categóricas (Pallant, 2017).

Cualitativo: la transcripción de las entrevistas se llevó a cabo con el programa ATLAS.ti versión 24.0 con base a la teoría fundamentada; la cual establece recoger los datos, realizar la codificación abierta, axial y selectiva y el análisis en forma sincrónica, mas no consecutivamente, este es un proceso metodológico característico de la metodología cualitativa (Strauss y Corbin, 2002).

7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente investigación se realizó en cumplimiento al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud estipulado en el Diario Oficial de la Federación (DOF, 2014) Título Segundo haciendo énfasis en el apartado de Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos (Capítulo I), en la cual se consideraron las siguientes deliberaciones:

El estudio se fundamentó bajo el apartado del Capítulo I, Artículo 13 en donde menciona que toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio debe prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Para ello, el estudio fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Salud Pública y Nutrición de la Universidad Autónoma de Nuevo León con el número de registro **23-FaSPyn-SO-01.TP**. Atendiendo al artículo 16, en todo momento, se protegió la privacidad del sujeto de estudio así mismo sólo se identificó mediante un folio (DOF, 2014).

Además, en correspondencia al artículo 17 fracción II esta investigación se consideró de riesgo mínimo, debido a que sólo se analizaron las prácticas de lactancia materna y se evaluó el estrés dentro de los albergues y comedores comunitarios de Nuevo León, el cual consistió en responder solamente a las preguntas del cuestionario y la realización de entrevistas audiograbadas sin alterar su salud físico y/o mental. En apego al artículo 51, Capítulo IV sobre las mujeres en periodo de lactancia, se llevó a cabo sin riesgo para el bebé y solamente cuando la madre se encontraba disponible para no interrumpir las horas de lactancia, esto con la finalidad de asegurar la alimentación del menor. Esta investigación se observó el Capítulo 14, Fracción VI, ya que fue realizado por profesionales en materia de salud con experiencia en el área de investigación. El estudio fue aprobado por un comité de ética

Con base al Artículo 21 se elaboró un consentimiento informado (Anexo F) en el cual se describieron los objetivos de la investigación,

beneficios y riesgos, privacidad y confidencialidad. Los sujetos de estudio recibieron una explicación clara y concisa, para que lograran comprenderla, también se les dio la libertad de retirarse en cualquier momento si así lo deseaban sin que ello fuera perjudicial. Como retribución social se ofrecieron talleres sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva (LME) en los primeros seis meses de vida.

Bioseguridad: Acorde con el Título Cuarto en materia de la bioseguridad de las investigaciones, en este estudio no aplicó debido a que no se realizaron experimentos ni se utilizaron dispositivos que puedan representar un riesgo para la salud.

CAPÍTULO 5

8. RESULTADOS CUANTITATIVOS

8.1 Perfil sociodemográfico

El grupo de estudio estuvo constituido por 142 madres migrantes usuarias de tres albergues públicos ubicados en el área metropolitana de Nuevo León, durante el periodo comprendido entre marzo 2023- enero 2024. La edad promedio fue de 26 ± 5.7 , con un valor mínimo de 17 y un máximo de 43. Número de hijos con una media de 2 ± 1.18 , con un valor mínimo de 1 y un máximo de 7.

Del total de las madres encuestadas, 38.7% tenía escolaridad media superior (preparatoria). La distribución según su estado civil refleja que 60.6% vivía en unión libre y 29.6% eran madres solteras.

La gran mayoría era originaria de Venezuela (44.4%), seguido de Honduras 38.7% y 4.2% eran procedentes de Guatemala. Por otro lado, gran parte de las mujeres (38.0%) no tenía actividad económica remunerada (ama de casa) y 33.8% contaba con algún empleo en su país de origen (Tabla 2).

Tabla 2.- Distribución sociodemográfica de las participantes.

<i>Escolaridad</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Sin escolaridad	7	4.9
Primaria	28	19.7
Secundaria	29	20.4
Preparatoria	55	38.7
Educación Universitaria	23	16.2
Total	142	100
<i>Estado civil</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Soltera	42	29.6
Casada	13	9.2
Unión Libre	86	60.6
Divorciada	1	0.7
Total	142	100
<i>Ocupación en el país de origen</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Ama de casa	54	38.0
Trabajadora doméstica	2	1.4
Empleada	48	33.8
Cocinera	4	2.8
Vendedora	8	5.6
Negocio propio	11	7.7
Otro	15	10.6
Total	142	100

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta 2023.

En la Tabla 3 se observa que, 94.4% de las madres no provenía de una comunidad indígena, 93.0 % no hablaba alguna lengua indígena y 60.6% vivía en área rural (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución por antecedentes de las migrantes.

<i>País de origen</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Honduras	55	38.7
Guatemala	6	4.2
El Salvador	3	2.1
Ecuador	5	3.5
Venezuela	63	44.4
Haití	4	2.8
Colombia	4	2.8
Costa Rica	1	0.7
Cuba	1	0.7
Total	142	100
<i>Procedencia de comunidad indígena</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Sí	8	5.6
No	134	94.4
Total	142	100
<i>Hablante de lengua indígena</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Sí	10	7.0
No	132	93.0
Total	142	100
<i>Área de procedencia</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Rural	86	60.6
Urbana	56	39.4
Total	142	100

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta 2023.

De acuerdo con el análisis realizado, a 62% de las participantes les llevó un mes o menos realizar su trayecto migrante desde su país de origen y hasta llegar al estado de Nuevo León. Una gran parte (63.4%) no había realizado trámites migratorios en México; 74.6% se encontraba en condición de ilegal (no formal); y, 19% contaba con la tarjeta de visitante por razones humanitarias (Tabla 4).

Tabla 4.- Distribución según perfil migratorio.

<i>Tiempo de trayecto migrante</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
1 mes o menos	88	62.0
Entre 2 y 4 meses	38	26.8
Entre 5 y 7 meses	8	5.6
Entre 8 y 10 meses	2	1.4
11 meses o más	6	4.2
Total	142	100.0
<i>Trámite migratorio</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Sí	52	36.6
No	90	63.4
Total	142	100
<i>Estatus migratorio</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Visitante por razones humanitarias	27	19.0
Solicitante de asilo político	3	2.1
Residente temporal	1	0.7
Residente permanente	5	3.5
Ilegal (No formal)	106	74.6
Total	142	100

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta.

8.2 Lactancia materna, fórmula láctea y ablactación

Para responder al objetivo 1 (Describir la LM, uso de fórmula láctea y ablactación) a continuación se presentan los siguientes datos. 98% de las madres proporcionaron algún tipo de lactancia materna. Entre ellas 38.3% dieron Lactancia Materna Exclusiva (LME) antes de los 6 meses y 30.1 brindó LME durante los primeros 6 meses de vida del bebé (Tabla 5).

Tabla 5. Distribución según práctica de lactancia materna.

<i>Cualquier tipo de LM</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Sí	140	98.6
No	2	1.4
Total	142	100.0
<i>Tiempo (duración) de LME</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
No hubo LME	35	26.3
Antes de los 6 meses	51	38.3
6 meses	40	30.1
Más de 6 meses	7	5.3
Perdidos*	9	0
Total	133	100.0
<i>Alimentación en los primeros 6 meses</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Leche materna	40	30.1
Fórmula láctea	39	29.3
Lactancia mixta	54	40.6
Perdidos*	9	0
Total	133	100

*Madres con hijos menores de 6 meses.

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta 2023.

El análisis realizado muestra que 53.8 % de las madres iniciaron con la alimentación complementaria a los 6 meses de edad del niño.

Tabla 6. Inicio de la alimentación complementaria (ablactación).

<i>Alimentación complementaria</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Antes de los 6 m	30	23.1
6 meses	70	53.8
Después de los 6 m	30	23.1
Perdidos*	12	0
Total	130	100.0

Nota: *Madres con hijos menores de 6 meses o que no han iniciado con la alimentación complementaria.

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta 2023.

8.3 Obstáculos y facilitadores hacia la lactancia materna

Para describir obstáculos y facilitadores hacia la LM (objetivo 2), primeramente, se evaluó mediante un ítem en donde se cuestionó si había tenido algún problema para amamantar; 55% refirieron que no. Las principales dificultades reportadas fueron: 47.9% por complicaciones durante la LM, de las cuales 19.7% fue por presentar grietas en el pezón (Tabla 7).

Tabla 7. Distribución de las barreras hacia la lactancia materna.

<i>Barreras: Problemas para amamantar</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Complicaciones durante la LM	68	47.9
Complicaciones de salud bebé	15	10.6
Falta de apoyo de la pareja	2	1.4
Falta de apoyo de los familiares	1	.7
Falta de apoyo del profesional de la salud	16	11.3
Ninguno	40	28.2
Total	142	100.0
<i>Complicaciones durante la LM</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Mastitis	22	15.5
Congestión de la mama	14	9.9
Grietas en el pezón	28	19.7
Dolor en el pezón	9	6.3
Ninguno de los anteriores	69	48.6
Total	142	100.0

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta 2023.

Otra de las barreras identificadas son las razones por las que las madres interrumpieron la LM. 42.6% mencionaron que fueron otras razones; dentro de estas, complicaciones de salud del bebé (23.1%) (Tabla 8).

Tabla 8. Barreras: Razones por las que interrumpieron la LM.

<i>Interrupción de la LM</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Falta de conocimiento	22	36.1
Amigos/otras madres	1	1.6
Familiares	5	8.2
Pareja	4	6.6
Profesionales de la salud	2	3.3
Nadie	1	1.6
Otro	26	42.6
Total	61	100.0
<i>Otras razones:</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Viaje	3	11.5
Complicaciones de salud del bebé	6	23.1
Complicaciones de salud de la madre	3	11.5
Rechazo de la leche materna	5	19.2
Trabajo	5	19.2
Embarazo	2	7.7
Deseo de no amamantar	2	7.7
Total	26	100.0

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta 2023.

En la Tabla 9 se muestra que 52.9% de las madres identificaron que los principales facilitadores hacia la lactancia materna es la experiencia propia.

Tabla 9. Distribución de los facilitadores hacia la lactancia materna en las madres migrantes.

<i>Facilitadores</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Experiencia propia	74	52.9
Amigos/otras madres	1	0.7
Familiares	34	24.3
Pareja	3	2.1
Profesionales de la salud	24	17.1
Nadie	4	2.9
Total	142	100.0

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta 2023.

8.4 Apoyo hacia la lactancia materna en albergues y comedores comunitarios.

Para responder al objetivo 3 “Describir el apoyo hacia la lactancia en albergues y/o comedores”; se encontró que 80.3% de las madres reportaron nunca haber recibido algún tipo de apoyo hacia la práctica de la lactancia materna por parte del personal de los albergues (Tabla 10).

Tabla 10. Descripción del apoyo hacia la lactancia materna en los albergues.

<i>Apoyo</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Siempre	3	2.1
Casi siempre	2	1.4
Algunas veces	15	10.6
Casi nunca	8	5.6
Nunca	114	80.3
Total	142	100.0

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta 2023.

8.5 Evaluación del estrés y nivel de angustia en madres migrantes

En respuesta al objetivo 4 sobre evaluar el estrés, los datos arrojaron que 66.9% de las madres migrantes tenían estrés y 73.2% refirieron sentirse angustiadas (Tabla 11)

Tabla 11. Distribución de la presencia de estrés en mujeres migrantes

<i>Estrés</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Sí	95	66.9
No	47	33.1
Total	142	100.0

<i>Termómetro de la angustia</i>		
Sí (Nunca me había sentido tan mal)	104	73.2
No (Todo está bien)	38	26.8
Total	142	100.0

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta 2023.

9. RESULTADOS CUALITATIVOS

9.1 Perfil sociodemográfico

Durante el periodo comprendido de mayo 2023 a enero 2024 se entrevistó un total de 14 madres migrantes usuarias de albergues y comedores comunitarios del área metropolitana de Monterrey, Nuevo León.

Cada entrevista fue identificada con una clave única, creada exclusivamente para cada caso con los siguientes datos: Edad (años cumplidos); país de origen (VEN: Venezuela, ECUA: Ecuador, HON: Honduras, EISALV: El Salvador); tiempo de trayecto migrante (1M: 1 mes, 2M: 2 meses, 3M: 3 meses, etc.); y estatus migratorio (NF: Ilegal no formal, RP: Residente Permanente).

A continuación, la Tabla 12 presenta la distribución sociodemográfica de las participantes del estudio, cuyos datos fueron obtenidos a partir de las entrevistas cualitativas realizadas en 2023. Las edades de las mujeres oscilan entre los 20 y 42 años, con una mayor concentración en el rango de 20 a 28 años. En cuanto al nivel educativo predomina la escolaridad preparatoria. El estado civil más frecuente es unión libre, aunque también se incluyen mujeres solteras. En relación con el país de origen, la gran mayoría proviene de Honduras, seguido por mujeres de Venezuela, Ecuador y El Salvador, lo que refleja una diversidad de nacionalidades en contextos migratorios. El número de hijos varía entre uno y cinco, siendo común que las participantes tengan dos o tres hijos. Esta caracterización permite contextualizar sus relatos y experiencias en torno a la lactancia materna en contextos de movilidad y vulnerabilidad social.

Tabla 12. Distribución según datos sociodemográficos.

No.	Edad	Escolaridad	Estado civil	País de origen	No. de hijos
1	23	Preparatoria	Unión Libre	Honduras	2
2	23	Secundaria	Unión Libre	Honduras	2
3	28	Primaria	Soltera	Honduras	2
4	37	Sin escolaridad	Viuda	Honduras	4
5	33	Preparatoria	Unión Libre	Venezuela	3
6	20	Secundaria	Soltera	Honduras	2
7	22	Preparatoria	Unión Libre	Venezuela	2
8	20	Preparatoria	Unión Libre	Ecuador	1
9	25	Preparatoria	Unión Libre	El Salvador	2
10	24	Preparatoria	Unión libre	Honduras	2
11	34	Preparatoria	Unión Libre	Venezuela	3
12	25	Preparatoria	Soltera	El salvador	2
13	26	Preparatoria	Unión libre	Honduras	1
14	42	Preparatoria	Casada	Ecuador	5

Fuente: Datos obtenidos de las entrevistas 2023.

La presentación de los resultados y hallazgos cualitativos del presente estudio están organizados en dos secciones. Primeramente, se muestran los resultados correspondientes a dar respuesta a los cuatro objetivos específicos que se plantearon originalmente y a los cuales se logró cubrir mediante un análisis deductivo – (codificación deductiva) según establecido por el método de la teoría fundamentada. Posteriormente, en una segunda sección, se presentarán los hallazgos referentes al análisis inductivo (codificación inductiva).

SECCIÓN I

9.2 Prácticas de lactancia materna

En relación al objetivo cualitativo 1 se buscó describir las prácticas de lactancia materna; lo cual se refiere a las acciones, comportamientos y estrategias que realiza la madre para procurarle al hijo alguna forma de LM; pueden incluir: A) lactancia materna exclusiva (LME), B) uso de fórmula y C)

alimentación complementaria. La mayoría señaló haber proporcionado lactancia mixta debido a la inseguridad alimentaria durante el trayecto migratorio y la necesidad de trabajar (empleo), además derivado de la pérdida de apoyo familiar y social:

“Ah, pues, pues. Este, sinceramente, pues siempre pecho y fórmula, siempre era de pecho, y es que siempre he hecho eso. Siempre es el pecho y después ya le hago las 2 oncitas de fórmula para que se termine de llenar” (20_VEN_1M_NF).

“No, yo me puse a pensar que si, si no le daba leche de fórmula, no agarraba la mamila, ¡cómo iba yo a trabajar más bien!” (23_HON_8M_NF).

“Por una parte, sería leche de fórmula porque a veces en la mañana, si uno quiere ir a trabajar, pues va trabajar, ya por lo menos en la noche ya uno si ya le puede dar pecho. Por eso digo yo para poder trabajar” (28_HON_14D_NF).

9.3 Significado de la lactancia materna

En cuanto al objetivo cualitativo 2, se buscó identificar el significado de la lactancia materna; entendiéndose como interpretaciones, signos, ideas asociadas o conceptos propios (significado) sobre la lactancia materna. Para las madres migrantes practicar la LM constituye una estrecha relación, un vínculo emocional significativo entre la madre y el hijo además de ser una práctica beneficiosa para el bienestar de sus bebés. A esto refiere una de las entrevistadas:

“Para mí significa, algo muy importante para los bebés, importante para los bebés y también creo que, para uno, porque es bonito criar a su bebé a la par de uno” (23_HON_25D_NF).

“Mmm, como le digo, vida, salud, amor, mucho. Eso es lo que se transmite a un hijo cuando le da el seno, porque usted le ve y el bebé también le queda viendo a usted y otra está lactando, entonces, pues ahí, como digo, ahí nace el verdadero amor” (42_ECUA_1M_NF).

“Pues para mí en mis palabras, es este darle pecho a tu bebé, este sin importar nada, o sea que es el mejor, el mejor que le puedes dar a tu bebé. Para mí, eso es” (20_VEN_1M_NF).

9.4 Actitudes hacia la lactancia materna

Por otro lado, el objetivo cualitativo número tres, se refiere a examinar las actitudes hacia la LM; entendiendo por esto la predisposición favorable o desfavorable de las mujeres para alimentar al bebé con leche materna. A pesar de las diversas circunstancias adversas que enfrentan las madres migrantes mantienen actitudes positivas hacia la LM, tal como lo mencionan en la siguiente cita:

“Pues como te digo, ha sido bonita, fácil, pero a la vez este, penosa también. No me da tanta pena al sacarme el seno y dárselo a mi bebé porque sé que está tierna y pues si ella tiene hambre, se la tengo que dar” (20_VEN_1M_NF).

“La verdad no, no es cuestión de, de privacidad porque desde el momento que tú te haces mamá, tú tienes que asumir las consecuencias, y ya creo eso es normal para todo hombre de que las mamás le den de mamar a su bebé” (23_HON_25D_NF).

“Yo digo que no, vamos, también depende a uno, depende a uno si a uno no le da pena. Bueno, a mí no me da pena a amamantar a mi hijo, y yo me he fijado que hay madres que hasta para darle de mamar hasta le ponen una colcha a los niños y eso sí, no lo hice” (28_HON_14D_NF).

9.5 Estrés

En relación con el tema del estrés, el objetivo cualitativo número cuatro se propuso describir el estrés físico y psicológico que experimentan las madres migrantes. Para esta investigación, el estrés se definió como un estado de preocupación o tensión mental generado por las situaciones difíciles a las que se ven expuestas durante su trayecto migratorio. Esta experiencia puede expresarse tanto a nivel físico, mediante afectaciones corporales, como a nivel psicológico, impactando en las emociones y la salud mental.

Tabla 13. Hallazgos relevantes relacionados al estrés.

Categoría principal: Estrés	
Dimensiones	
Estrés físico	Cómo afecta el estrés a nivel físico.
Estrés psicológico	Forma en cómo afecta a las emociones y cómo se manifiesta.
Factores	Factores que desencadenan el estrés.
Afrontamiento del estrés	Qué piensa hacer/ qué hace para enfrentarlo.

Fuente: Datos obtenidos de las entrevistas 2023.

El estrés físico, se manifiesta por dolores de cabeza constante junto con otros dolores musculares:

“¡Ah!, cuando me estreso la verdad, (.) pues, hay muchas reacciones, por ejemplo, el, las ganas de llorar. El dolor de cabeza se, se aumenta horrible. El así, el, ahí si sudo, sudo porque como que se me sube la presión o algo así, sí, así” (20_VEN_1M_NF).

“Eso sí, me fui a atender, me fui justo a ver lo de la presión, pero me dice que no, que mi presión está muy bien, no está mal. Yo creo que, es de lo preocupación, que uno se pasa el estrés que está en pensar que si llega ya o en el camino le pasará algo. Creo que es eso. Uno lo pone así” (42_ECUA_1M_NF).

“¡Oh!, pues, estresada, así. (Ruidos del exterior) Pues, no sé, como incómoda, que me duele la cabeza, que mi espalda. Ya no sé, molesta así de la nada. (Ruidos del exterior). Este, no sé, pero me agarra detrás de los ojos y así como que me hace, como cerrar los ojos, ¿no?” (42_ECUA_1M_NF).

Mientras que el estrés psicológico tiende a afectar directamente las emociones de las mujeres. Las participantes relatan sentimientos intensos de angustia, desesperación y tristeza, los cuales se ven intensificados por su rol materno en condiciones de vulnerabilidad. Una de ellas expresa con claridad la carga emocional que implica ver sufrir a su hija:

“Nada más pensamientos fuertes que yo no sabía ni a dónde, a dónde meterme, quería desaparecer en el momento porque no me gustaba ver a la niña, sufrir me entiendes” (23_HON_8M_NF).

“Lo mismo que tal vez, uno quiere llorar, pero al mismo tiempo uno no lo hace, por tanto, que, los hijos no lo miren a uno, porque me preguntan: -mami, ¿porque llora? y tal vez uno, no le quiere decir a los hijos porque llora” (28_HON_14D_NF).

“Mmm, me dan ganas de llorar. Sólo me dan ganas de llorar y, quizás, a veces quiere uno desahogarse con alguien, pero como uno no conoce a nadie, entonces no uno solo se pone a llorar, luego se le pasa” (23_HON_25D_NF).

“Mmm, sí, la verdad, sí. La verdad, sí, porque a veces quizá uno está bien en su país y a veces viene a sufrir, no tiene ni para dónde agarrar [dirección]. Entonces a veces la tristeza te avanza” (23_HON_25D_NF).

Por otro lado, los factores externos a los que las mujeres se enfrentan durante su experiencia migratoria. Entre los principales desencadenantes se identifican la falta de estabilidad económica, el acceso limitado a los alimentos y las situaciones de violencia familiar, tanto estructural como interpersonal, que viven en los trayectos migratorios o en los lugares de destino. Estas condiciones

generan una carga constante de incertidumbre y preocupación, afectando su salud mental y emocional:

“Pues por el hecho de que, por ejemplo, ahorita, el pensar, de que no tengo leche para mi niña, el pensar que, veo la emoción de que a algunas personas le llega su cita y a mí no. Las cosas así, todo eso se me, se me acumula y pues eso me provoca. Me siento a veces desesperada, sí, desesperada. Y pues, después se me pasa y estoy feliz. Después estoy triste otra vez y así” (20_VEN_1M_NF).

“Me angustia el pensar, por ejemplo, mañana voy a salir de acá y no sé, (..) qué me espera, si a lo mejor dormiré en la calle, me dicen que no hay albergues allá, eso, pero esperemos que Dios quiera que no, que no me falte nada” (42_ECUA_1M_NF).

“El problema de salud [bebé] ese si me tiene un poco así, por eso estoy estresada pensando, no sé qué hacer con ese problema, ya lo que quiero es que ella esté bien de salud me entiende” (23_HON_8M_NF).

“Pues, ahorita la situación con, con el papá del niño. He, no sé, me llegue, nos llegue a encontrar o algo. Y pues, nos puede hacer daño, pues al bebé no creo, pero a mí sí. No sé, es mi preocupación que, me lo vaya a quitar o así” (25_ELSALV_4M_RP).

La dimensión *Afrontamiento del estrés*, se refiere a los mecanismos que las mujeres migrantes utilizan para hacer frente a las situaciones estresantes derivadas de su contexto personal, familiar y migratorio. A partir de los datos obtenidos en las entrevistas realizadas, se identifican estrategias centradas tanto en el plano emocional como en el espiritual y cognitivo.

Una constante en los relatos es la búsqueda de consuelo en la fe. La oración y el diálogo con Dios emergen como recursos significativos para calmar la ansiedad y encontrar fortaleza ante las adversidades:

“Pues, lo que hago, pues, me pongo a orar y le pido a Dios, este, me de fuerzas, ánimo, pues para seguir adelante. Pues, yo siempre platico con él, sí” (27_HON_2M_RP).

“Pues, momentos bien y momentos mal, un momento es Dios, porque Dios no lo desampara nada, porque uno siempre encuentra personas que lo apoyan y otras personas que a veces no” (28_HON_14D_NF).

“Por las noches me pega a veces, y entonces mejor yo oro [rezar], me pongo a hablar con Dios y así ya, poco a poco me puedo dormir, y de ahí se me olvida” (26_HON_1M_NF).

“Ah, pues no, trato de no, de no pensar así, lo, o sea las cosas que, que me hacen estar así, no, trato de pensar en otras cosas, así positivo, o sea, también más que todo por el bebé, pues, que, eh le puede hacer daño, entonces trato de, de no, no pensar en esos problemas” (25_ELSALV_4M_RP).

SECCIÓN II

9.6 Trayectoria migrante materna

A partir del análisis inductivo se identificó la *Trayectoria Migrante Materna* (TMM) como la categoría central emergente (CCE); que a decir de Strauss y Corbin (2002) constituye un patrón esencial que siguen los datos y marcan las conductas de los sujetos. La TMM refiere al proceso migratorio que realizan las mujeres con hijos de hasta 24 meses de edad, así como aquellas que inician la migración /viaje, estando embarazadas o bien, que se embarazan durante el trayecto.

En la TMM se distinguen tres etapas principales: 1) Pre-trayectoria con dos fases 1.1 el contexto detonante y 1.2 la toma de decisión; 2) Viaje-travesía; y, 3) País-destino. Asimismo, en la TMM se desarrollan una serie de procesos transversales que afectan la experiencia de las mujeres: A) Inseguridad

alimentaria; B) deshumanización, desposesión y descapitalización; C) búsqueda de albergues en diferentes puntos del recorrido; D) violencia y estrés; E) movilidad y transporte (Figura 2).

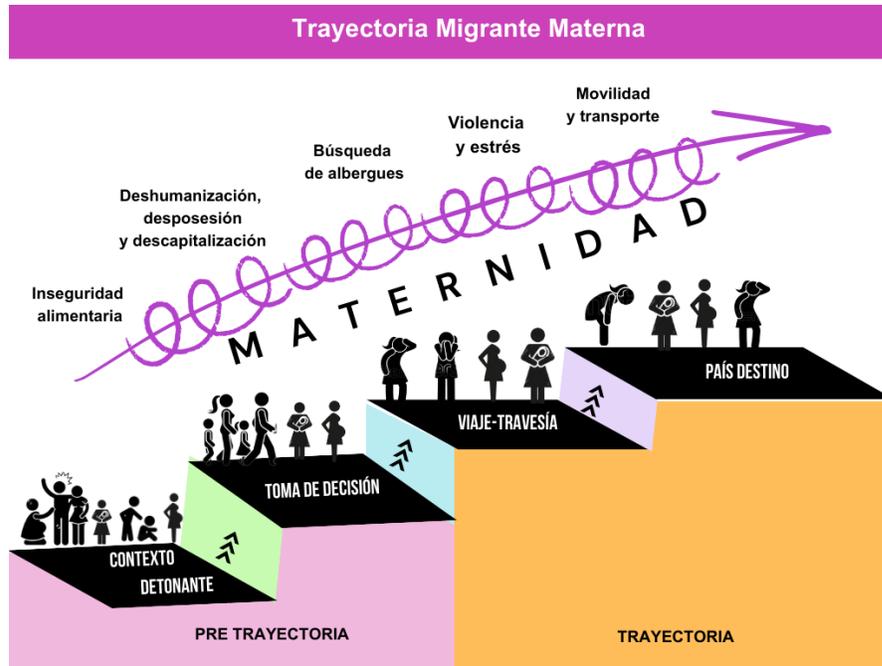


Figura 3. La Trayectoria Materna Migrante.

1) Pre trayectoria (PT)

Es la etapa que antecede al desplazamiento físico o movilidad de las personas; y donde es posible identificar dos fases interconectadas:

- 1.1 El contexto detonante: es un entorno desfavorable e incierto que empuja a las mujeres hacia la migración; se configura mediante un conjunto de factores estructurales, socioculturales y personales que generan condiciones adversas para la permanencia en sus lugares de residencia, habitación u origen, como, violencia de género, violencia familiar, crisis económica y falta de oportunidades laborales. Esta etapa se caracteriza por experimentar una sensación de grave inseguridad y precariedad, lo que las conduce a considerar la migración como una alternativa de sobrevivencia.

Uno de los principales hallazgos de la investigación es que la migración de estas mujeres está estrechamente relacionada con experiencias de violencia de género y violencia familiar. En varios testimonios, se evidencia cómo la exposición a agresiones físicas y emocionales dentro del hogar actuaron como un factor detonante en su decisión de migrar, particularmente cuando la seguridad de sus hijos e hijas se vio amenazada.

Tal es el caso de las participantes que narraron cómo la violencia física y psicológica ejercida principalmente por la pareja influyó en su decisión:

“Porque me pegaba. Por, violencia familiar, se puede decir, ajá. Entonces, pues, ya con el bebé era como que, pues, peligroso, que lo golpeábamos y así, entonces no, no, no. Pero como siempre uno, pensaba que iba a cambiar, que no sé qué, pero pues no, ni con, ni cuando nació el niño, pues se, se hizo peor. Entonces, pues por eso” (25_ELSALV_4M_RP).

“Sí, solamente que yo dejé al papá de mi niño porque me golpeaba y todo eso, yo tuve al niño, y pues, sinceramente era un problema que tenía él, de que vivía con su mamá. Yo por eso, sinceramente, he batallado un poquito, porque el que cuidaba al niño era su mamá, yo no lo bañaba, yo no lo vestía, no hacía nada, porque todo lo hacía ella y pues sinceramente, yo no seguía en eso. A los 3 meses que nació mi niño decidí irme, y fue que no pensé en un trámite ni nada” (20_VEN_1M_NF).

“Sí, sólo así y me vine para acá porque como mi papá, este, no sé qué le pasaría y entonces mi papá nos corrió de la casa así que por eso. Porque mi papá me corrió de la casa y pues no tenía a dónde más. Por eso me vine para acá porque como él me dijo que ya no me quería ver ahí. Ok.” (28_HON_14D_NF).

La violencia es uno de los factores que puede precipitar la migración de manera súbita e inminente. Cuando las mujeres enfrentan amenazas directas contra ellas o sus hijos, la toma de decisión migratoria deja de ser un proceso reflexivo prolongado y se convierte en una respuesta urgente e inmediata como

mecanismo de supervivencia ante amenazas directas. Las mujeres mencionan que la presencia del crimen organizado y las maras no sólo generan un entorno de inseguridad, sino que se apropian de sus espacios de vida convirtiéndolo en un desplazamiento forzado:

“Ah, pues tomamos la decisión, porque tuvimos un problema, tuvimos un problema en nuestro país, ya no podemos estar ahí. Entonces fue una decisión rápida. Entonces luego nos venimos” (23_HON_25D_NF).

“Sí, algo así es, del, sí de crímenes organizados, grupos, que se encargan de hacer esas cosas o de, de, también de, lo del, de las bandas que le decimos en Honduras, la MS, las maras y todo eso, ellos, entonces se adueñan de la, del, de las casas que uno tiene y pues lo sacan ahora y sí, y si no lo hace, pues, si no lo hace uno de salir, nos amenazan” (27_HON_2M_RP).

“Ay es que como no, la verdad, nos llegaron a amenazar, allá donde vivimos, ¡entonces pues (...) Ay no! (llora)” (23_HON_25D_NF).

1.2 Toma de decisión: esta segunda fase de la pre trayectoria, abarca un proceso reflexivo en el que las mujeres, situadas en un contexto de vida adverso, evalúan distintas opciones y resuelven abandonar sus lugares de origen para emprender la migración. Esta etapa está marcada por conflictos emocionales, tensiones familiares y una evaluación de riesgos y oportunidades en función de sus recursos económicos y las condiciones del entorno.

Los resultados muestran que, dentro de este proceso de toma de decisiones, las mujeres no sólo piensan en su propio bienestar, sino también en cómo preparar a sus hijos, especialmente a los lactantes, para enfrentar la trayectoria migratoria. La planificación de las prácticas de la alimentación infantil es parte de esta anticipación. Como lo expresa una participante:

“Cuando salí de la casa. Sí, sólo le di una semana antes mamila, antes de salir de la casa, para que ya fuera acostumbrándose y así en el transcurso del camino ya le, también le daba de las dos [lactancia mixta]” (23_HON_25D_NF).

Esto indica que la decisión de migrar va acompañada de ajustes en las prácticas de lactancia materna, que responden tanto a las limitaciones del camino como a la necesidad de asegurar la alimentación del bebé en condiciones inciertas. Otra participante señala:

“No, ya lo habíamos planeado con mi esposo a la leche materna. Pero ahí como nos surgió el viaje entonces tuvimos que darle mamila” (23_HON_8M_NF).

Lo que sugiere que, aunque existía una intención inicial de mantener la lactancia materna exclusiva, la migración irrumpe como un factor que modifica los planes establecidos, generando un cambio forzado en la alimentación del lactante.

Así mismo, se identificó que la crisis económica y la falta de oportunidades fueron parte de los factores determinantes en la decisión de migrar. Las participantes señalaron que la escasez de empleo, los bajos salarios y el aumento en el costo de vida dificultaron su capacidad para sostener a sus familias en su país de origen. Ante este contexto, la migración surgió como una alternativa obligada para garantizar la estabilidad económica y el bienestar de sus hijos:

“Porque acá hay más trabajo y allá en mi país, no hay trabajo. Y, ya la canasta básica subió bastante. Y entonces, por eso yo decidí venirme para acá y más que mi papá nos corrió de la casa, fue más por eso” (28_HON_14D_NF).

“Pues porque, (ruidos del exterior) pues, decidimos salir ya, porque, una porque en el país de nosotros, no hay mucho, no hay trabajo, todo está caro y, lo que teníamos, nos, nos quitaron todo, entonces no teníamos nada, entonces por eso decidimos salir de allá” (27_HON_2M_RP).

“Una porque, cuando ya había tenido mi bebé y allá no es que hay trabajo y en donde yo trabajaba me pagaban muy poquito, no me ajustaba para trabajar más con los dos, con mi esposo, él trabajaba de albañil y yo en internet, pero no ajustaba el dinero entonces, nos decidimos hacer este viaje para así, para un buen futuro, para mí, esa forma” (26_HON_1M_NF).

“Como 5 años estuvimos en Colombia, pero o sea nosotros estuvimos ahí, y decidimos ya como la cosa se puso pesada, ya era, los arrieros [renta]) estaban muy caros, o sea ya era, los servicios venían súper caros, entonces éramos 3 con mi bebé, o sea 2 sueldos, pero cobraban el servicio de todo. Y se nos hacía todo súper caro, todo, nos regresamos a Venezuela, no duramos ni 9 meses, cuando decidimos viajar” (34_VEN_1M_NF).

2) Trayectoria: Viaje – travesía (VT)

Esta etapa es de movilidad y desplazamiento permanente en condiciones adversas, riesgos constantes y numerosas dificultades. Se trata de un período de alta vulnerabilidad en el que las madres experimentan incertidumbre, violencia y precariedad. Según la ruta migratoria, las mujeres pueden verse obligadas a caminar largas distancias, utilizar medios de transportes inseguros o cruzar zonas peligrosas, como el Tapón del Darién ubicado en Panamá, en la frontera con Colombia.

A lo largo del proceso de VT se identificaron cinco elementos transversales que concurren durante la trayectoria migrante materna:

- a) **La inseguridad alimentaria moderada y severa** es un fenómeno que atraviesa en forma transversal la TMM; por falta de recursos económicos, no hay acceso a alimentos suficientes, nutritivos y seguros y se experimentan episodios de hambre, esto es, quedarse sin comer en distintos tiempos de comida; lo que las lleva a priorizar la alimentación de sus hijos, a costa de su propio bienestar; viéndose muchas veces obligadas a pedir ayuda alimentaria y donativos:

“Emm pues como ya come (hijo), de lo que comprábamos en el camino comía, también sufrimos una parte, también porque como no traíamos suficiente dinero, tuvimos que caminar, a veces comíamos, a veces no, y a veces se dormía así sin comer” (24_HON_5M_VRH).

“Porque quizás a veces uno no come en el camino y necesita comer, porque cuando tú le das pecho al bebé necesitas, tienes una necesidad” (23_HON_25D_NF).

“Por ejemplo, en la selva que se nos acabó la comida que llevábamos y pedíamos a las personas que nos ayuden, o sea, que me den algo de comida, para darle a los niños, eso” (42_ECUA_1M_NF).

“A veces nos toca beber agua de, de los arroyos. Agua fea, a veces que ni ganas de tomar agua, pero pues son caminos solitarios, quién te va a vender un vaso de agua (risas) quién te va a dar agua. Algunos sí, algunos no, algunos hasta te cierran la puerta, más bien, se le entiende porque pues ellos no conocen y todo eso me entiende. Pero hay gente buena que hasta te tira comida” (23_HON_8M_NF).

b) Las tres “D”: Deshumanización, desposesión y descapitalización.

Las madres migrantes viven distintos procesos transversales durante su trayectoria; uno de ellos es la *deshumanización*, evidenciado en el trato inhumano que reciben a lo largo del camino, caracterizado por la exposición a condiciones degradantes que implican la pérdida de su dignidad y la vulneración de su integridad. Otro de los procesos es la *desposesión*, que se manifiesta en la pérdida de sus pertenencias y bienes materiales que en ocasiones deben abandonar, se les pierden o se los roban en la travesía. Finalmente, estrechamente relacionado a los dos anteriores, enfrentan un proceso de *descapitalización*,

resultado de los constantes robos, extorsiones que sufren en durante el trayecto:

“Difícil sí, sí, caminar día y noche. Caminar de día y de noche en las vías del tren, caminos solitarios, caminas, caminas y caminas y piensas que nunca vas a llegar y ya, cuando miras una torre de una distancia, le camina y le camina una y le camina hasta que llegas al pueblito; de ahí vuelve, descansas un rato, vuelves a caminar, caminar día y noche; hay pantanos, te persigue migración, se te rompe la ropa, el bebé acá todo roto de la ropa, tiramos la mochila, nos quedamos sin ropa. En el tren, ahí te asaltan y todo te quitan, el celular; te quedas sin nada, te roban el dinero y así” (23_HON_8M_NF).

“Sí, se ven muchas cosas, desde que pasamos la selva, se ve la gente muerta. Usted se pone a pensar y dice, o sea, tan poco valgo como persona que vengo a morir acá y nadie me, (..) nadie hace nada por usted, como yo hablaba con el guía que nos llevaba allá, le digo: - Por qué ustedes no avisan o por lo menos les toman una foto, indican afuera para que pongan en las noticias y sus familiares sepan que ahí es donde está y ellos vengan a sacarlos. Entonces, prácticamente me dijo que se acababa el negocio, por eso es que ellos hacían eso. Que es por eso que ellos no, no avisan y tampoco pueden hacerlo” (42_ECUA_1M_NF).

“Cómo le digo, fue duro porque, por la niña, porque como ella tenía que caminar. Ajá, sí, a veces ya no quería caminar. Me decía, -mamá ya no quiero caminar (llora), me decía la niña y eso a mí me dolía” (28_HON_14D_NF).

“Pues, de, de mi país salimos, eh, un 15 de septiembre, salimos un 15 de septiembre y estuvimos, pues lleguemos hasta, (..) lleguemos hasta la frontera de Guatemala con México, entonces, ahí se nos terminó el dinero, ahí estuvimos, 3 semanas, y pues, estuvimos trabajando para recoger dinero y cruzar para, para México, sí, y de ahí estuvimos en México todos estos meses” (27_HON_2M_RP).

“Desde que, de Honduras salimos hasta Guatemala en autobús, ahí me robaron el dinero, de ahí pedí. Pedí dinero, me dieron monedas. De ahí llegamos

en autobús hasta Corinto, en Corinto, Rondín. Y pues, ahí en Corinto ya agarré el tráiler y el primero no hizo, no hizo nada, ni el segundo, el tercero fue que a mí casi, o sea, casi abusa de nosotros. Pues es algo que no se va a olvidar, es algo que uno lo tiene siempre. Yo, como te digo, hay personas que agarramos ese valor, pero, a veces corremos la misma suerte, a veces no” (37_HON_21D_NF).

- c) **Búsqueda de albergues:** Dado el contexto en el que están inmersas las madres migrantes, los testimonios narran que se encuentran en una búsqueda continua, permanente de espacios donde puedan resguardarse temporalmente. A lo largo de la ruta los albergues y refugios juegan un papel importante como lugares de descanso y en donde les proporcionan alimentos que a su vez se convierte en una necesidad constante:

“Nos regalaban agua, bueno, gracias a Dios. ¡Eh! por la lluvia, nos tuvimos que quedar en otro pueblo, ese fue, fue el último día que nos quedamos, nos quedamos en una Iglesia nos dieron albergue. Y al día siguiente, sí llegamos a, a Tapachula [Chiapas, México] y gracias conseguimos una moto porque estaban robando mucho en Tapachula. ¡Ay Dios mío!” (34_VEN_1M_NF).

“Pues como no me pude viajar, en ese mismo día que llegué acá, no me pude ir, me empezaba a quedar en la terminal, pero como uno lo sacan de ahí, no puedo, entonces, una persona que nos vio en el autobús me dijo, estoy en un albergue, vente para acá, así fue como yo pude llegar a este albergue de acá [Monterrey, N.L., México], por esa persona. Sí, el muchacho llegó ahí, y me dijo: -Estoy en el albergue, este, te tratan muy bien, te dan de comer. -Ah bueno. Entonces pagué un taxi me fui para allá y luego para acá, pero sí pensaba cómo le iba a hacer con mis niños, porque no traigo dinero para, para una renta, cosas así” (37_HON_21D_NF).

“Honduras fue el que, es el camino más largo que se me hizo porque viajamos de día. Todo el día estuvimos recorriendo Honduras fue, eh llegando a

Guatemala, fue el caos total, porque entrando a Guatemala nos quedamos en un refugio, entrando a Guatemala” (34_VEN_1M_NF).

d) Violencia y estrés: A partir del análisis de las narrativas se identificaron manifestaciones claras de violencia y estrés, producto de la vulnerabilidad en la que se encuentran las mujeres migrantes, quienes pueden ser víctimas de abuso y acoso sexual, además de la necesidad de garantizar la seguridad de los hijos; esto es un factor central en el estrés experimentado por las madres tal como lo mencionan ellas:

“Este, estaba lloviendo, entonces traían niños y nos encerró y no nos quería bajar, cuando vio que todos empezamos a hacer ruido y pasó la policía creo que se, tuvo miedo de que la policía se diera cuenta que nos traía secuestrados porque nos habían encerrado ya todo con llave y todo eso” (23_HON_8M_NF).

“A veces siento miedo por la, que la gente cuando llegamos, nos dice que en la frontera los están matando, que están secuestrando y que(...) ahí, y también siento miedo, es que todo es por mi hija, ella no merecía eso, y pues eso, cuando llegué, cuando llegamos a Monterrey en el tren, hizo una parada allá, no sé cómo se llama, y pues había un señor que estaba armado y nos trataba mal. Y pues a mí me daba mucho miedo por mi hija, todo eso, toda la experiencia que hemos vivido hasta ahorita, me he puesto a llorar” (20_ECUA_1M_NF).

“Fue una experiencia dura, que eso pues nunca se va a olvidar. Lo que pasé con los niños. Pues, desde allá de Tapachula, pues ahí, ya cambiaron las cosas, luego me llevaron hasta el punto y ya, (..) es diferente, pues. Pero, es una, es algo que uno pasa terrible en ese lugar, más que yo venía sola con los niños, en el tráiler. Incluso el dueño casi me secuestra, en el último pues, ahí me tuve que bajar. Sí, a la niña el señor me la quería tocar. Le dije: -No, la niña no me la toque, mejor tóqueme a mí, que yo sí, pero la niña no. Entonces la niña lloraba. Entonces le dije, mire, mejor bájeme aquí, aquí conozco ya, aquí hay familiares

y era mentira. - ¿Me bajó ahí? no, él no quería parar y yo decía señor, señor, y el señor, y el señor no paraba el tráiler, y yo pues, yo me lancé con mis hijos, no quería” (37_HON_21D_NF).

- e) **Movilidad y transporte** es otro de los ejes transversales de la experiencia migratoria que se caracteriza por el desplazamiento continuo en condiciones de recursos muy limitados; estas mujeres suelen caminar largas distancias utilizando diversos medios de transporte y enfrentando adversidades de muy diversa índole:

“Pues la verdad cuando llegamos a, cuando entramos a la selva, estábamos tranquilos, iba todo bien, pues había ya lo más duro era la montaña, la más alta, duramos un día subiendo la montaña, llegamos a las banderas y de las banderas eh, ahí en las banderas, eso ya es frontera de Panamá y Colombia, de ahí pa’ bajo ya era Panamá, pero era dos horas bajando el monte (...) y era puro lodo, ahí era cuando me caí y pues gracias a Dios no le pasó nada a mi bebé porque él le traía cargada atrás, ella no se golpeó nada, pero bueno, llegamos allá abajo, nos bañamos en el río, y pues íbamos más adelante” (20_ECUA_1M_NF).

“Pues me costó algo porque, ya con 8 meses [de embarazo], ya pues uno, ya trae una barriga algo grande y pues pesa, no, y eso de que, de los antojos, del asco. Unas ganas frecuentes de ir al baño y entonces, este era como que algo incómodo. En la espalda, el dolor de espalda, venir sentado. Este, sí fue algo, algo incómodo el viaje, pero, pues, por eso me tardé más también, porque como me vine transbordando. Entonces tenía que esperar en ciertas terminales, pues y, era como que no, no pude dormir bien. A veces, en una ocasión me tocó dormir en una terminal, así en el suelo, porque ya no aguantaba el sueño, ya. Pero, pues gracias a Dios llegué con bien” (25_ELSALV_4M_RP).

“Bueno, nos montamos en una moto, una hora subiendo y bajando de la montaña, llegamos a la ciudad. Bueno, de ahí caminamos desde la mañana, hasta las 4:00 pm de la tarde. Eh caminando porque hay muchos trancones

[retenes], no pasaba nada. Entonces no era opción quedarnos ahí. Bueno, eh gracias a Dios pasó una, una van, que es como una combi. Y dijo, -Bueno, vámonos, nos da para la cola [refresco] nos adelantó el chavo como media hora y en, de camino. Bueno, nos bajamos, ya eran las 4:00 pm, iban a ser las 5:00 de la tarde, nos bajamos. Bueno, vamos a pasar esto, estos bloqueos, bloquean la calle y allá vemos, vemos donde dormimos. Había otra combi, nos montamos, ese sí la pagamos, nos montamos como 40 minutos en camino, otro trancón. Bueno, ya es tarde, vamos a cruzar, a ver, vamos a escuchar este tranque y a ver don... Agarramos otra combi ¡Huy! adelantamos, Dios mío, gracias a Dios. Llegamos tarde en la noche. Nos bajamos ahí, nos estamos 3 días en Guatemala, al día siguiente salimos y ahí sí fue más rápido de moto en carro, en moto y así íbamos, bajábamos, caminábamos, algo así como lo que hicimos aquí, pero menos peligroso porque, toda la vía estaba transitada” (34_VEN_1M_NF).

“Bueno, desde que salimos ya eso es una travesía, dicen que, qué bueno, que la travesía del viaje, yo considero que hay 2 travesías, el que viaja solo y el que viaja con niños. De verdad que, te vas a enfrentar a algo con niños y es más difícil que oír para empezar desde la selva, caminata, 3 días caminando, los niños ya no querían caminar, dormir en, comer, la forma en la, nos quedamos sin comida 2 días antes de llegar. O sea, fue duro, fue duro, salir con niños es, es que encuentras peligro en todas partes desde que sales, desde que sales, porque ahorita no te asegura ni siquiera un bus, porque cualquier bus te puede, te digo yo leí varios accidentes. Los niños caminando, la insolación, ¡eh! las caminatas esas que son peligrosas, más de uno en el camino, me dijeron que vieron, o sea, había 2 grupos y al primer grupo los secuestraron camionetas por, por esas caminatas, porque a veces vas en la carretera solo. Pues gracias a Dios, yo no viví nada de eso, pero esas cosas que compartí con otros grupos. Pues ya cuando venía ya acá para Monterrey” (34_VEN_1M_NF).

“Ahí en la selva (Tapón del Darién) pues pasamos hambre, porque, así como le conté que nos dijeron, no que durara un día y medio, nos llevamos poca comida y eso, lo más difícil fue bajar, bajar las cascadas, que era parte de eso,

sí todo eso, yo la cargaba atrás y ella lloraba (bebé) y así, pasar los ríos que yo-o no sé nadar y pues me sorprende, pasar eso, y caminar y caminar y así” (20_ECUA_1M_NF).

3) Trayectoria: País destino (PD)

En el caso del presente estudio, el estado de Nuevo León, México, constituye un país destino intermedio, funcionando como un punto de parada antes de continuar hacia los Estados Unidos de Norteamérica. En esta etapa, las mujeres enfrentan nuevos desafíos relacionados con la adaptación, la estabilidad y el acceso a recursos. Algunas logran establecerse temporalmente en Nuevo León, accediendo a redes de apoyo y oportunidades laborales en lo que continúan con su trayecto, mientras que otras siguen en condiciones de movilidad e incertidumbre:

“Mmm, he pasamos por, por Chiapas, eh, luego por Tabasco, estuvimos en Puebla como una semana y así, ahí nos venimos fácilmente directos hasta la Ciudad de México, en bus y luego llegamos hasta acá [Monterrey, N.L.]” (23_HON_25D_NF).

“Casi un mes, sí, saliendo ahí () en Bogotá y eso no, eso no lo cuento, pero ya cuando salí ya de Bogotá para acá, sí, a Monterrey, en sí casi 25 días ahí para pasar a Monterrey, porque tuvimos paradas, paramos que, en Honduras, paramos en Panamá y en Ciudad de México” (33_VEN_1M_NF).

“Y ahí venía yo, aquí para dar hacia con la Goretti [Albergue] venía pregunta y pregunta, toda asustada porque uno anda solito, pues yo voy ahí solita, me vine acá a Monterrey solita y así me entiende” (23_HON_8M_NF).

“Tener un lugar fijo para vivir. Eso es lo que me preocupa, dónde vivir un lugar fijo, un trabajo, un lugar donde nos apoyen y para salir adelante, a las madres solteras. Bueno, los que tienen pareja, pues no, pero las que no tenemos pareja, la que están nuestros, el papá de nuestros hijos son una basura que nos abandonan, pues por lo menos que nos echen la mano y pues con los medios y

nosotros queremos trabajar para ir adelante más bien. Sí, es lo único que uno quiere, salir adelante, no dormir en la calle, buscar la forma de salir adelante. Lo único que yo ando buscando” (23_HON_8M_NF).

Durante este período, las mujeres migrantes experimentan un estado de liminalidad (Turner, 1969), que se caracteriza por la incertidumbre, la falta de estabilidad y la sensación de no pertenencia en el país de destino. Esta transición conlleva una ruptura con su entorno familiar y social, lo que da lugar a sentimientos de desarraigo, discriminación y vulnerabilidad. Como mencionan algunas participantes, enfrentan miradas y actitudes que las hacen sentirse ajenas y rechazadas. Además, la nostalgia por su país de origen y la comparación constante con su vida anterior refuerzan esta sensación de desarraigo:

“Pues sí, es que te sientes así, como extraña, como que todo mundo te queda viendo como que fueras, (..) extraño y pues no sé, sientes tú feo, la verdad. No te sabría decir qué más se siente, porque la verdad es, en todas las palabras, se siente feo y quieres salir corriendo de ahí” (20_VEN_1M_NF).

“Pues, que estaba aquí, aquí en este país, y pues, luego pensaba de, que, de las cosas de Honduras, de mi país. Sí, siento que no, no, pertenezco acá” (27_HON_2M_RP).

“Sí, pues la verdad sí que yo, es un país que nunca pensé estar aquí nunca, nunca pensé estar aquí, es un país que también bueno, es peligroso también, que uno no conoce, es difícil estar aquí, con personas que ni siquiera he visto, personas desconocidas y pues me siento extraña, sí hay que, hay algunos que dicen ay de dónde eres, de Ecuador y empiezan a tratar mal y eso” (20_ECUA_1M_NF).

“Yo decía, me imaginaba estar en mi casa con mi niña, viendo los pichinitos [TV] que a ella le gustan, esperando a mi esposo y cuando llevaba mi abuela a visitar, eso era. Difícil, porque uno, porque hay gente que le, le habla a uno, uno dice preguntale algo, hay gente que le contesta, hay gente que no. Por ejemplo, llegamos a la Ciudad de México y hay gente, hay gente, no sé, yo creo

que estábamos en algo así como en una residencia, gente de dinero y le dice alguna, y nos quedan mirando bien raro, como discriminándonos. Entonces uno se siente mal, uno agacha la cabeza nada más, porque uno no está en el país de uno” (26_HON_ 1M_NF).

CAPÍTULO 6

10. DISCUSIÓN

El presente estudio, se centró en analizar las prácticas de lactancia materna y estrés en mujeres migrantes usuarias de albergues y comedores comunitarios, siendo de suma importancia debido a su enfoque en un sector poblacional de muy difícil acceso y escasamente documentado en la literatura existente. Esta investigación ofrece una contribución original al iluminar las experiencias y desafíos específicos de las migrantes en situaciones de movilidad, proporcionando datos valiosos que pueden guiar políticas y programas de apoyo más efectivos. Al abordar un área tan poco explorada, el estudio no sólo amplía el conocimiento académico, sino que también tiene el potencial de mejorar la salud materno-infantil, subrayando la necesidad de estrategias de intervención adaptadas a sus necesidades.

Los hallazgos de este estudio permiten una comprensión profunda sobre la lactancia materna en madres migrantes, integrando aspectos sociodemográficos, barreras estructurales y significados culturales que influyen en su práctica. La combinación del análisis cuantitativo y cualitativo permite identificar tanto las tendencias generales en esta población como los factores subjetivos y contextuales que condicionan la lactancia materna.

El perfil sociodemográfico de las participantes mostró que la mayoría de las madres eran de nacionalidad venezolana y, aunque residían en áreas rurales, no pertenecían a comunidades indígenas. Este hallazgo es relevante, ya que sugiere que la ruralidad no está necesariamente vinculada con una identidad indígena, sino con la ubicación geográfica y los patrones de asentamiento de la población migrante, referencia similar a lo mencionado por Díaz de León et. al (2024). Además, este punto coincide con el informe de la UPMRIP (2022), que identifica a Venezuela como una de las principales naciones cuya ciudadanía transita por México buscando llegar a los Estados Unidos de Norteamérica.

Otro hallazgo importante fue el nivel educativo de las participantes, predominando la educación media superior. Este dato contrasta con estudios previos como el de Díaz de León et al. (2024), quienes señalan que muchas personas migrantes, especialmente de Centroamérica, presentan bajos niveles de escolaridad e incluso analfabetismo. Esta discrepancia podría reflejar una diferencia en los patrones de migración entre las poblaciones de distintos países de origen. La diferencia en los niveles educativos de las madres de este estudio puede explicarse por las características socioeconómicas y educativas de su país de origen antes de la crisis económica. Esta dinámica refleja una segmentación en los flujos migratorios, donde la educación actúa como un factor diferenciador en las trayectorias y experiencias migratorias de acuerdo con la OIM (2024).

En cuanto a la situación migratoria, más de la mitad de las madres participantes no había realizado ningún trámite migratorio en México por lo que se encontraban en condición de ilegal (no formal), lo cual, muestra una problemática significativa en el sistema migratorio del país. Estos resultados son particularmente relevantes en el contexto del incremento histórico de solicitudes de asilo en la Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados (COMAR) durante 2021 y como reporta el Instituto para las Mujeres en la Migración A.C. (IMUMI, 2022). Dicho incremento ha sido especialmente notable entre las mujeres, quienes constituyen casi la mitad de las solicitudes, sin embargo, la incapacidad de la COMAR para manejar el volumen de solicitudes en virtud de la falta de recursos humanos y financieros adecuados ha resultado en largas esperas para las solicitantes de asilo, quienes a menudo se quedan varadas en la frontera sur en condiciones precarias por meses o incluso años. Situación que probablemente contribuye a que un sector de personas migrantes opte por no iniciar o completar los trámites migratorios formales, incrementando así el porcentaje de personas en condición de ilegalidad (informalidad).

El análisis cuantitativo reveló que la prevalencia de lactancia materna exclusiva (LME) entre las participantes fue 30.1%, lo que se encuentra por debajo del promedio reportado en otros estudios en Latinoamérica. Por ejemplo,

Rodríguez et al. (2022) encontraron una prevalencia del 54.3% en Chile, mientras que Li et al. (2020) reportaron cifras cercanas al 30% en madres migrantes chinas en entornos urbanos. Esta variabilidad en las prevalencias sugiere que los factores socioeconómicos y contextuales desempeñan un papel crucial en la continuidad de la LME. La disponibilidad y el acceso a programas de promoción, así como el apoyo profesional de salud, pueden influir significativamente en ello.

Los datos cualitativos reforzaron esta perspectiva al evidenciar que la inseguridad alimentaria, la necesidad de trabajar y la pérdida de redes de apoyo fueron los principales factores que dificultaron la LME. Iglesias y León (2021) identificaron estos mismos factores como determinantes en la decisión de muchas madres de recurrir a la lactancia mixta o a la alimentación con fórmula. En este sentido, la falta de acceso a una alimentación adecuada influye directamente en la percepción de una baja producción de leche, lo que refuerza la decisión de complementar con fórmula (Blanco y Otero, 2021).

Por otro lado, Lunderberg (2018) observó que, aunque muchas mujeres continuaron amamantando a sus bebés, no siguieron las recomendaciones de amamantar exclusivamente durante los primeros seis meses, como lo establece la UNICEF (2021). Este incumplimiento de las directrices de amamantamiento exclusivo puede atribuirse a las condiciones adversas y las múltiples responsabilidades que enfrentan las madres.

El análisis cuantitativo identificó que las principales barreras físicas para la lactancia fueron la aparición de grietas en el pezón y las complicaciones de salud del bebé. Lundberg (2018) reportó hallazgos similares, señalando que los problemas con el pezón y la percepción de insuficiencia de leche son razones frecuentes para el abandono de la lactancia materna. En el ámbito cualitativo, las madres también expresaron que el dolor y la frustración asociados a estas complicaciones les generaban ansiedad y dudas sobre su capacidad para alimentar a sus bebés, lo que refuerza la necesidad de apoyo profesional en lactancia. Por otro lado, Rodríguez et al. (2022) subrayan que el desconocimiento sobre la LM puede duplicar el riesgo de que las madres no opten por brindar la

LM. Esto resalta la importancia de fortalecer la educación en lactancia materna, especialmente en contextos de migración, donde las madres pueden no tener acceso a información confiable para fomentar su práctica, debido a que, los obstáculos y la falta de conocimiento pueden ser barreras significativas.

Paradójicamente y a pesar de los múltiples desafíos, la presente investigación resalta la existencia de actitudes positivas hacia la lactancia materna, atribuyéndole un significado profundo relacionado con el vínculo emocional con sus hijos y los beneficios nutricionales de la leche materna. Estos hallazgos son consistentes con lo reportado por Odeniyi et al. (2020), quienes documentaron que las madres perciben la lactancia materna como una práctica natural e indispensable para la salud del bebé. Blanco y Otero (2021) también identificaron que las madres migrantes en España destacaban los beneficios inmunológicos y de desarrollo intelectual de la lactancia materna, lo que influyó en su actitud positiva hacia la práctica, mientras que, las madres africanas destacan la importancia de la lactancia materna no sólo por los beneficios físicos y de salud para el bebé, sino también por la creación de un fuerte vínculo emocional entre madre e hijo.

Por otra parte, las madres identificaron su propia experiencia como el principal facilitador para la lactancia materna (52.9%) esto coincide con lo encontrado por Blanco y Otero (2021) señalando que las experiencias previas, ya sean satisfactorias o insatisfactorias, influyen de manera importante a que las madres busquen información sobre la lactancia materna a través de su entorno social. La dependencia de la experiencia propia como facilitador sugiere que las madres confían en su conocimiento previo y en las lecciones aprendidas de sus experiencias anteriores para manejar la LM, reforzando la importancia de proporcionar experiencias positivas y apoyo adecuado durante el embarazo, el parto y la lactancia inicial.

Otro hallazgo significativo fue la falta de apoyo en los albergues de estadía, donde el 80.3% de las madres reportó no haber recibido orientación sobre lactancia materna. Este resultado es preocupante, ya que los albergues

representan espacios clave para proporcionar educación y acompañamiento en LM a mujeres en condiciones de vulnerabilidad. La OMS (2023) y UNICEF (2021) han enfatizado la importancia del apoyo institucional para mejorar las tasas de LME, señalando que la orientación adecuada y el acceso a profesionales de salud capacitados pueden marcar la diferencia en la continuidad de la lactancia.

Así mismo, la elevada prevalencia de estrés (66.9%) y angustia (73.2%) entre las participantes refleja las adversidades a las que se enfrentan las madres migrantes. Carreño et al. (2022) encontraron que la maternidad en contextos migratorios está marcada por la soledad, la pérdida de redes de apoyo y la incertidumbre sobre el futuro. De manera similar, Roze et al. (2020) reportaron que las mujeres migrantes presentan mayores niveles de estrés debido a los eventos traumáticos vividos antes, durante y después del proceso migratorio. Estos factores pueden afectar negativamente la lactancia materna, ya que el estrés y la angustia han sido asociados con una menor producción de oxitocina, hormona clave en la eyección de leche materna (Lopes y Lousada, 2024). De igual manera Díaz de León (2024) evidencia esta situación de que las mujeres migrantes al estar en la calle, lejos de los albergues o refugios les genera miedo e incertidumbre.

Además, la adaptación a una nueva cultura, exacerbada por la discriminación y la exclusión, es otro factor significativo de estrés, como lo destaca la OPS (2023). Estos factores subrayan la necesidad de intervenciones específicas y apoyo integral para mejorar el bienestar de las madres migrantes y facilitar su integración en las comunidades de acogida.

Los hallazgos en la trayectoria materna migrante reflejan un proceso marcado por la violencia, la precariedad y la incertidumbre, tanto en la fase previa a la migración como durante la travesía. Como señala Torre (2020), los refugios y albergues juegan un papel crucial no sólo como espacios de descanso, sino también como puntos donde las trayectorias migratorias pueden redefinirse. Para

muchas mujeres migrantes, la movilidad no sigue un camino lineal, sino que se adapta a las oportunidades y riesgos encontrados en el trayecto.

Además, la migración forzada es impulsada por múltiples factores, entre ellos la pobreza y la violencia, lo que lleva a que algunas personas inicien su camino sin un destino fijo y, en ocasiones, consideren quedarse en México si encuentran estabilidad laboral (Torre, 2020). Sin embargo, la inseguridad a lo largo de las rutas migratorias es una constante. Los migrantes suelen ser víctimas de agresiones por parte de las organizaciones criminales sin contar con redes de apoyo institucionales que los protejan, lo que refuerza la coexistencia entre violencia y migración (Llanos, 2023).

En este contexto, organizaciones de la sociedad civil han emergido como actores clave en la asistencia a los migrantes, proporcionando refugio, alimentación y orientación en un entorno hostil (Candiz y Bélanger, 2018). Sin embargo, la persistencia de la violencia y la falta de protección formal continúan poniendo en riesgo la vida de las madres migrantes, como lo demuestra el aumento de muertes en rutas migratorias, particularmente en el Caribe y el Darién durante el 2022 (OIM, 2023).

Asimismo, las mujeres migrantes enfrentan una serie de factores que agravan su vulnerabilidad psicológica y emocional en los países de llegada sumado a la liminalidad que experimentan debido a falta de apoyo y la discriminación por pertenecer a minorías étnicas descrito por Para Joseph et al (2019), la liminalidad es una experiencia común entre las madres migrantes que buscan atención en el nuevo país afectando sus sentimientos de pertenencia. Las adversidades económicas y las barreras lingüísticas las exponen significativamente a trastornos afectivos asociados a la maternidad (Carreño et al., 2022). Estas dificultades se ven agravadas cuando las madres migrantes han experimentado eventos traumáticos, como el presenciar la muerte de una persona tal como lo describe Roze et al. (2020), lo que impacta su bienestar emocional y su capacidad para adaptarse al nuevo entorno.

CAPÍTULO 7

11. CONCLUSIONES

A partir de un enfoque mixto predominantemente cualitativo, se exploraron tanto las dimensiones cuantitativas como cualitativas de la lactancia materna en contextos de movilidad. A continuación, se presentan las principales conclusiones del estudio:

Cuantitativas:

- La mayoría de las madres migrantes proporcionó algún tipo de LM, sin embargo, muy pocas lograron mantener la lactancia materna exclusiva (LME) durante los seis meses completos.
- Existen obstáculos significativos que inciden en la continuidad de la lactancia materna; siendo los principales de carácter físico durante el acto- proceso de amamantamiento.
- La LM se ve interrumpida por factores estrechamente relacionados a la trayectoria migrante materna.
- El principal facilitador de la LM es la experiencia propia seguida por el apoyo de familiares, y tercero, apoyo de profesionales de la salud.
- Muy poco o nunca los comedores y albergues brindan apoyo a la práctica de la LM.
- La mayoría de las madres migrantes experimenta altos niveles de estrés y angustia.

Cualitativas:

- La LM tiene un profundo valor simbólico y afectivo. Más allá de su función nutricional, es una práctica que fortalece el vínculo emocional con los hijos y contribuye al bienestar físico y emocional.
- Albergues y comedores carecen de infraestructura adecuada para la LM.

- A pesar de las múltiples carencias y hostilidades, las madres migrantes mantienen actitudes predominantemente positivas hacia la lactancia.
- El estrés se manifiesta tanto física como emocionalmente, con dolores corporales, angustia y tristeza; frente a esta situación, muchas mujeres recurren a su fe, utilizando la oración y el diálogo con Dios como estrategias de afrontamiento ante las adversidades.
- El principal aporte teórico-conceptual de la presente investigación es la identificación y caracterización de la Trayectoria Migrante Materna (TMM), estructurada en dos grandes etapas: Pre-trayectoria y Trayectoria, las que ocurren en medio de cinco procesos transversales.
- Un hallazgo clave es que, ante la previsión de dificultades de alimentación e inseguridad alimentaria durante la TMM, las madres comienzan a proporcionar fórmula láctea a sus hijos desde la pre-trayectoria, lo que impacta significativamente en las prácticas posteriores de lactancia materna y de ablactación.
- Durante la Trayectoria, la necesidad de tener un empleo es uno de los factores centrales que inciden en la interrupción de la LME.
- Las mujeres migrantes experimentan un estado de liminalidad, marcado por la incertidumbre, la inestabilidad y la falta de pertenencia. La ruptura con sus redes sociales, las actitudes de rechazo en el entorno y la nostalgia por su país de origen refuerzan sentimientos de desarraigo y vulnerabilidad emocional, intensificando su sensación de exclusión.

En conclusión, este estudio aporta evidencia sobre las múltiples dimensiones que intervienen en la lactancia materna en madres migrantes. Estos hallazgos destacan la necesidad de generar políticas inclusivas y culturalmente sensibles que favorezcan la continuidad de la lactancia materna, garantizando así la seguridad, el derecho a la salud y a una alimentación adecuada de acuerdo con las recomendaciones internacionales las cuales están alineadas al respeto y procuración de los derechos humanos.

CAPÍTULO 8

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdulahi, M., Fretheim, A., Argaw, A., & Magnus, J. H. (2021). Breastfeeding education and support to improve early initiation and exclusive breastfeeding practices and infant growth: A cluster randomized controlled trial from a rural ethiopian setting. *Nutrients*, *13*(4), 1204. <https://doi.org/10.3390/NU13041204/S1>
- Abekah, G., Antwi, M. Y., Nkrumah, J., & Gbagbo, F. Y. (2020). Examining working mothers' experience of exclusive breastfeeding in Ghana. *International Breastfeeding Journal*, *15*(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/S13006-020-00300-0/TABLES/1>
- Ahishakiye, J., Bouwman, L., Brouwer, I. D., Vaandrager, L., & Koelen, M. (2020). Prenatal infant feeding intentions and actual feeding practices during the first six months postpartum in rural Rwanda: A qualitative, longitudinal cohort study. *International Breastfeeding Journal*, *15*(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/S13006-020-00275-Y/TABLES/4>
- Akhter, H., Aziz, F., Ullah, F. R., Ahsan, M., & Islam, S. N. (2021). Immunoglobulins content in colostrum, transitional and mature milk of Bangladeshi mothers: Influence of parity and sociodemographic characteristics. *Journal of Mother and Child*, *24*(3), 8–15. <https://doi.org/10.34763/JMOTHERANDCHILD.20202403.2032.D-20-00001>
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR). (2016). *Refugiado o migrante ¿cuál es el término correcto?* <https://www.acnur.org/noticias/stories/refugiado-o-migrante-cual-es-el-termino-correcto>
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR). (2020). *Tipos y origen de la inmigración en España. ACNUR España.* https://eacnur.org/blog/inmigracion-en-espana-tipos-y-origen-tc_alt45664n_o_pstn_o_pst/
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR). (2021). ACNUR. *La Agencia de la ONU para los Refugiados.* <https://www.acnur.org/>

- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR). (2022). *¿Qué puede hacer el ACNUR por mí? - ACNUR México. ACNUR MÉXICO*. <https://help.unhcr.org/mexico/donde-encontrar-ayuda/que-puede-hacer-el-acnur-por-mi/>
- Bjærtå, A., Leiler, A., Ekdahl, J., & Wasteson, E. (2018). Assessing Severity of Psychological Distress among Refugees with the Refugee Health Screener, 13-Item Version. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 206(11), 834–839. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000886>
- Blanco, E., & Otero García, L. (2022). Perceived facilitating and hindering factors to exclusive breastfeeding among Latin American immigrant women living in Colmenar Viejo (Community of Madrid, Spain). *Health & Social Care in the Community*, 30(4), e994–e1006. <https://doi.org/10.1111/HSC.13503>
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La Ecología del Desarrollo Humano* (1ª ed., A. Devoto, trad.). Paidós. (Original publicado en 1987). <https://bibliotecadigital.mineduc.cl/handle/20.500.12365/18032>
- Brown, J. V. E., Walsh, V., & McGuire, W. (2019). Formula versus maternal breast milk for feeding preterm or low birth weight infants. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(8). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002972.PUB3>
- Caba, M., Ramos, A., Camacho, A., Martínez, C., & Viveros, R. (2022). Breast Milk and the Importance of Chrononutrition. *Frontiers in Nutrition*, 9, 927. <https://doi.org/10.3389/FNUT.2022.867507/BIBTEX>
- Campanha, S. M. A., Martinelli, R. L. de C., & Palhares, D. B. (2019). Association between ankyloglossia and breastfeeding. *CoDAS*, 31(1), e20170264. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20182018264>
- Campoy, C., & Leis, R. (2023). Methods of introduction of complementary feeding in the first year of life. *Anales de Pediatría (English Edition)*, 98(4), 247–248. <https://doi.org/10.1016/J.ANPEDE.2023.02.016>
- Candiz, G., & Bélanger, D. (2018). Del tránsito a la espera: el rol de las casas del migrante en México en las trayectorias de los migrantes centroamericanos. *43(2)*, 277–297. <https://doi.org/10.1080/08263663.2018.1467533>
- Carreño, A., Cabieses, B., Obach, A., Gálvez, P., & Correa, M. E. (2022). Maternidad y salud mental de mujeres haitianas migrantes en

Santiago de Chile: un estudio cualitativo. *Castalia - Revista de Psicología de la Academia*, 38, 79–97.
<https://doi.org/10.25074/07198051.38.2276>

Centro de Monitorización de Desplazamiento Interno (IDMC). (2022). IDMC | RED 2022 | *Informe mundial sobre desplazamiento interno de 2022*.
<https://www.internal-displacement.org/global-report/grid2022/>

Chantaka, A. (2022, Julio). *Flujo de migrantes se dispara en Nuevo León y crece 92%*. Publimetro. <https://www.publimetro.com.mx/nuevo-leon/2022/07/21/migrantes-en-monterrey-se-dispara-flujo-de-migrantes-hacia-nuevo-leon/>

Choung, A. (2021, agosto 3). Los obstáculos ocultos de la lactancia materna para las madres refugiadas | UNICEF USA. *UNICEF USA*.
<https://www.unicefusa.org/stories/hidden-obstacles-breastfeeding-refugee-mothers/38852>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2018, junio). *Panorama de la migración internacional en México y Centroamérica*. Organización de las Naciones Unidas.
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/43697/1/S1800554_es.pdf

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2023). *Migración*.
<https://www.cepal.org/es/subtemas/migracion#:~:text=La%20migraci%C3%B3n%20puede%20definirse%20de,geogr%C3%A1fico%20u%20administrativo%20debidamente%20definido%E2%80%9D>.

Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados (COMAR), 2024. *Mujeres solicitantes de la condición de refugiada en México*.
<https://www.gob.mx/comar/articulos/mujeres-solicitantes-de-la-condicion-de-refugiada-en-mexico?idiom=es>

Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH). (2022). *Personas Migrantes. Informe 2022*. Comisión Nacional de Derechos Humanos.
<http://informe.cndh.org.mx/menu.aspx?id=60055>

Consales, A., Crippa, B. L., Cerasani, J., Mornioli, D., Damonte, M., Bettinelli, M. E., Consonni, D., Colombo, L., Zanotta, L., Bezze, E., Sannino, P., Mosca, F., Plevani, L., & Gianni, M. L. (2020).

Overcoming Rooming-In Barriers: A Survey on Mothers' Perspectives. *Frontiers in Pediatrics*, 8, 53. <https://doi.org/10.3389/fped.2020.00053>

Cortés Rico, O., Gallego Iborra, A., García Aguado, J., Pallás Alonso, C. R., Rando Diego, Á., San Miguel Muñoz, M. J., Sánchez Ruiz-Cabello, F. J., Colomer Revuelta, J., Esparza Olcina, M. J., Galbe Sánchez-Ventura, J., & Mengual Gil, J. M. (2020). RESUMEN PAPPS Infancia y Adolescencia 2020. *Atención Primaria*, 52, 149–160. <https://doi.org/10.1016/J.APRIM.2020.08.003>

Creswell, J. W. (2009). *Diseño de investigación: Enfoques cualitativo, cuantitativo y mixto* (2.ª ed., J. Martínez, Trad.). Editorial Morata. (Obra original publicada en 2003).

Creswell, J. W. (2014). *Diseño de investigación: Enfoques cualitativo, cuantitativo y mixto* (4.ª ed., J. Martínez, Trad.). SAGE Publications.

Diario Oficial de la Federación (DOF). (2014, abril 2). REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD. *Diario Oficial de la Federación*. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf

Diario Oficial de la Federación (DOF). (2022). *LEY DE MIGRACIÓN*. Diario Oficial de la Federación. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5190774&fecha=25/05/2011#gsc.tab=0

Diario Oficial de la Federación DOF. (2016, abril 7). *DOF - Diario Oficial de la Federación*. SEGOB. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016#gsc.tab=0

Ebrahimi, A. (2021). Breastfeeding in Refugee Camps: ¿A Child and Maternal Right? *Human Rights Law Review*, 21(3), 533–565. <https://doi.org/10.1093/hrlr/ngaa064>

Edelblute, H. B., & Altman, C. E. (2021). Depressive symptoms among mothers with young children the role of family migration and social networks in México. *Journal of mental health (Abingdon, England)*, 30(2), 232–239. <https://doi.org/10.1080/09638237.2020.1739237>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2021). Lactancia materna. *UNICEF MÉXICO*. <https://www.unicef.org/mexico/lactancia-materna>

- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2021). *Tendencias y factores determinantes de la alimentación de los niños y niñas entre 6 y 24 meses en América Latina*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. <https://www.unicef.org/lac/media/30206/file/Tendencias-de-la%20alimentacion-en-ninos-pequenos-Regional.pdf>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2022). *Retrasar lactancia materna incrementa riesgo de mortalidad de recién nacidos*. UNICEF Paraguay. <https://www.unicef.org/paraguay/comunicados-prensa/retrasar-lactancia-materna-incrementa-riesgo-de-mortalidad-de-reci%C3%A9n-nacidos>
- Frank, G. D., Fox, D., Njue, C., & Dawson, A. (2021). The maternity experiences of women seeking asylum in high-income countries: a meta-ethnography. *Women and Birth*, 34(6), 531–539. <https://doi.org/10.1016/J.WOMBI.2020.12.012>
- Fries, L. (2019). Las mujeres migrantes en las legislaciones de América Latina: análisis del repositorio de normativas sobre migración internacional del Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe. *Serie Asuntos de género*. (57) 5–84. Recuperado el 15 de octubre de 2022: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44655/1/S1900271_es.pdf
- García López, R. (2011). Acta Pediátrica de México Volumen 32, Núm. 4, julio-agosto. *Acta Pediatr Mex*, 32(4), 223–230. www.nietoeditore.com.mx
- Gianni, M. L., Bettinelli, M. E., Manfra, P., Sorrentino, G., Bezze, E., Plevani, L., Cavallaro, G., Raffaelli, G., Crippa, B. L., Colombo, L., Morniroli, D., Liotto, N., Roggero, P., Villamor, E., Marchisio, P., & Mosca, F. (2019). Breastfeeding Difficulties and Risk for Early Breastfeeding Cessation. *Nutrients* 2019, Vol. 11, Page 2266, 11(10), 2266. <https://doi.org/10.3390/nu11102266>
- Gila, A., Carrillo, G. H., de Pablo, Á. L. L., Arribas, S. M., & Ramiro, D. (2020). Association between Maternal Postpartum Depression, Stress, Optimism, and Breastfeeding Pattern in the First Six Months. *International Journal of Environmental Research and Public Health*

2020, Vol. 17, Page 7153, 17(19), 7153.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17197153>

- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (2002). La fundamentación teórica: Estrategias de investigación cualitativa (M. Orozco, Trad.). La Oveja Roja. (Obra original publicada en 1967)
- Glaser, B., & Strauss, A. (1999). *Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research* (1st ed.). Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9780203793206>
- Gross, R. S., Brown, N. M., Mendelsohn, A. L., Katzow, M. W., Arana, M. M., & Messito, M. J. (2022). Maternal Stress and Infant Feeding in Hispanic Families Experiencing Poverty. *Academic Pediatrics*, 22(1), 71–79. <https://doi.org/10.1016/J.ACAP.2021.04.022>
- Grupp, F., Skandrani, S., Moro, M. R., & Mewes, R. (2021). Relational Spirituality and Transgenerational Obligations: The Role of Family in Lay Explanatory Models of Post-traumatic Stress Disorder in Male Cameroonian Asylum Seekers and Undocumented Migrants in Europe. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 506.
<https://doi.org/10.3389/FPSYT.2021.621918/BIBTEX>
- Handelzalts, J. E., Levy, S., Molmen-Lichter, M., Muzik, M., Krissi, H., Wiznitzer, A., & Peled, Y. (2021). Associations of rooming-in with maternal postpartum bonding: the impact of mothers' pre-delivery intentions. *Midwifery*, 95, 102942.
<https://doi.org/10.1016/J.MIDW.2021.102942>
- Hayashi, Y., Imazu, Y., Deng, S., & Murakami, M. (2023). Reliability and validity of the English, Chinese, Korean, Indonesian, and Vietnamese versions of the public health research foundation stress checklist short form. *BioPsychoSocial Medicine*, 17(1), 1–6.
<https://doi.org/10.1186/S13030-023-00271-8/TABLES/5>
- Hernández Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista-Lucio, P. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta* (6.^a ed.). McGraw-Hill Education.
- Hill, D. J., Martinez, S. B., Mejia, Y., Kulish, A. L., Cavanaugh, A. M., & Stein, G. L. (2019). Depressive symptoms in Latina mothers in an emerging immigrant community. *Cultural diversity & ethnic minority psychology*, 25(3), 397–402. <https://doi.org/10.1037/CDP0000236>

- Hitachi, M., Honda, S., Kaneko, S., & Kamiya, Y. (2019). Correlates of exclusive breastfeeding practices in rural and urban Niger: A community-based cross-sectional study. *International Breastfeeding Journal*, *14*(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/S13006-019-0226-9/TABLES/3>
- Hollifield, M. (2011). Integrating Refugee Health and Well-Being. Pathways to Wellness. https://refugeehealthta.org/wp-content/uploads/2012/09/RHS15_Packet_PathwaysToWellness-1.pdf
- Hollifield, M., Verbillis-Kolp, S., Farmer, B., Toolson, E. C., Woldehaimanot, T., Yamazaki, J., Holland, A., St. Clair, J., & SooHoo, J. (2013). The Refugee Health Screener-15 (RHS-15): development and validation of an instrument for anxiety, depression, and PTSD in refugees. *General Hospital Psychiatry*, *35*(2), 202–209. <https://doi.org/10.1016/J.GENHOSPPSYCH.2012.12.002>
- Hossain, Z., Qasem, W. A., Friel, J. K., & Omri, A. (2021). Effects of Total Enteral Nutrition on Early Growth, Immunity, and Neuronal Development of Preterm Infants. *Nutrients* *2021*, Vol. 13, Page 2755, *13*(8), 2755. <https://doi.org/10.3390/NU13082755>
- Iglesias, B., & León, F. (2021). Breastfeeding experiences of Latina migrants living in Spain: a qualitative descriptive study. *International Breastfeeding Journal*, *16*(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/S13006-021-00423-Y/TABLES/3>
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2021). *Migración*. Instituto Nacional de Estadística. <https://www.ine.cl/ine-ciudadano/definiciones-estadisticas/poblacion/migracion>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2020). *Migración*. <https://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/migracion.aspx?tema=P>
- Instituto Nacional de Migración (INM). (2022). *Instituto Nacional de Migración*. Secretaría de Gobernación. <https://www.gob.mx/inm/es/#1838>
- Jimenez, S. (2021). *La alimentación complementaria adecuada del bebé*. UNICEF. <https://www.unicef.org/cuba/media/876/file/alimentacion-adeuada-bebe-guia-unicef.pdf>
- Joseph, J., Liamputtong, P., & Brodrigg, W. (2019). From Liminality to Vitality: Infant Feeding Beliefs Among Refugee Mothers From Vietnam

and Myanmar. *30*(8), 1171–1182.
<https://doi.org/10.1177/1049732318825147>

Kim, S. Y., & Yi, D. Y. (2020). Components of human breast milk: from macronutrient to microbiome and microRNA. *Clinical and Experimental Pediatrics*, *63*(8), 301–309.
<https://doi.org/10.3345/CEP.2020.00059>

Kulkarni, D. (2020). Clinical Presentations of Breast Disorders in Pregnancy and Lactation. *Advances in experimental medicine and biology*, *1252*, 33–39. https://doi.org/10.1007/978-3-030-41596-9_5

Li, S. S. Y., Liddell, B. J., & Nickerson, A. (2016). The Relationship Between Post-Migration Stress and Psychological Disorders in Refugees and Asylum Seekers. *Current Psychiatry Reports*, *18*(9), 1–9.
<https://doi.org/10.1007/S11920-016-0723-0/METRICS>

Llanos Reynoso, L. F. (2023). Los caminos de migrantes que pasan por México: análisis desde la Teoría de Grafos. *Migraciones Internacionales*, *14*. <https://doi.org/10.33679/rmi.v1i1.2581>

Luis, J., & Hernández, A. (2016). Consumo de drogas y respuestas al estrés migratorio entre los migrantes mexicanos que se dirigen a Estados Unidos Drug Use and Responses to Stress among Mexican Migrants Headed to the United States. *Frontera norte*, *28*(56), 113–133.
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0187-73722016000200113&script=sci_arttext

Lundberg, P. C. (2018). Perceptions and Practices of Breastfeeding among Somalian Immigrant Women in Sweden. https://doi.org/10.5176/2251-3833_GHC18.30

Markey, K., Noonan, M., Doody, O., Tuohy, T., Daly, T., Regan, C., & O'donnell, C. (2022). Fostering Collective Approaches in Supporting Perinatal Mental Healthcare Access for Migrant Women: A Participatory Health Research Study. *International journal of environmental research and public health*, *19*(3).
<https://doi.org/10.3390/IJERPH19031124>

Martínez Miguélez, M. (2004). *Ciencia y arte en la metodología cualitativa*. Trillas.

Mata, I. (2020). Familias vulnerables: la maternidad transnacional e intensiva de las mujeres migrantes centroamericanas en tránsito por México.

GénEroos. Revista de investigación y divulgación sobre los estudios de género, 27(27), 181–214.

<https://revistasacademicas.ucol.mx/index.php/generos/article/view/92>

McAuliffe, M. y A. Triandafyllidou (eds.), 2021. *Informe sobre las Migraciones en el Mundo 2022*. Organización Internacional para las Migraciones (OIM), Ginebra. Disponible en:

https://publications.iom.int/system/files/pdf/WMR-2022-ES_0.pdf

Ministerio de Salud (MINSALUD). (2022, noviembre 21). *Albergues*.

Ministerio de Salud y Protección Social.

<https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/albergues.aspx>

x

Navarro, I. del R. M. (2020). Familias vulnerables: la maternidad transnacional e intensiva de las mujeres migrantes centroamericanas en tránsito por México. *GénEroos. Revista de investigación y divulgación sobre los estudios de género*, 27(27), 181–214.

<https://revistasacademicas.ucol.mx/index.php/generos/article/view/9>

Odeniyi, A. O., Embleton, N., Ngongalah, L., Akor, W., & Rankin, J. (2020). Breastfeeding beliefs and experiences of African immigrant mothers in high-income countries: A systematic review. *Maternal & child nutrition*, 16(3). <https://doi.org/10.1111/MCN.12970>

Omranipour, R., & Vasigh, M. (2020). Mastitis, breast abscess, and granulomatous mastitis. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 1252, 53–61. https://doi.org/10.1007/978-3-030-41596-9_7/COVER

Organización de la Naciones Unidas (ONU). (2021). *Refugiados y migrantes | Noticias ONU*. Organización de las Naciones Unidas.

<https://news.un.org/es/focus/refugiados-y-migrantes>

Organización de la Naciones Unidas para las Mujeres (ONU MUJERES). (2017). *En la mira: Mujeres refugiadas y migrantes*. ONU MUJERES.

<https://lac.unwomen.org/es/noticias-y-eventos/articulos/2017/07/la-policia-misma-nos-sugirio-que-abandonaramos-el-pais>

Organización Internacional para las Migraciones (OIM), 2023. *Indicadores de Gobernanza de la Migración a Nivel Local Perfil 2023 – Estado de Nuevo León (México)*. OIM, Ginebra.

<https://publications.iom.int/system/files/pdf/pub2023-060-l-mgi-estado-de-nuevo-leon-mx-es.pdf>

- Organización Internacional para las Migraciones (OIM). (2020). *INFORME SOBRE LAS MIGRACIONES EN EL MUNDO*. Organización Internacional para las Migraciones.
<https://publications.iom.int/books/informe-sobre-las-migraciones-en-el-mundo-2022>
- Organización Internacional para las Migraciones (OIM). (2022). *Sobre la migración | OIM, ONU Migración*. OIM. <https://www.iom.int/es/sobre-la-migracion>
- Organización Internacional para las Migraciones (OIM). (2023). *La frontera entre Estados Unidos y México es la ruta migratoria terrestre más peligrosa del mundo*. <https://www.iom.int/es/news/la-frontera-entre-estados-unidos-y-mexico-es-la-ruta-migratoria-terrestre-mas-peligrosa-del-mundo>
- Organización Internacional para las Migraciones [OIM]. (2022). *Perfil migratorio de México. Boletín Anual 2022*.
<https://mexico.iom.int/sites/g/files/tmzbd11686/files/documents/2023-03/Perfil%20Migratorio-%20Boletin%20Anual%202022%20%283%29.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). *OMS | Recomendación de la OMS sobre la alimentación del lactante*. WHO; World Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016 noviembre). *La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado*. Organización Mundial de La Salud. <https://www.who.int/es/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *Cuadro de mando mundial de la lactancia materna | Colectivo Mundial de Lactancia Materna. UNICEF*. <https://www.globalbreastfeedingcollective.org/global-breastfeeding-scorecard>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). *Alimentación del lactante y del niño pequeño. Organización Mundial de la salud*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding#:~:text=La%20leche%20materna%20tambi%C3%A9n%20es,12%20y%20los%2024%20meses.>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2023). Lactancia materna. *Organización Mundial de la Salud*. https://www.who.int/es/health-topics/breastfeeding#tab=tab_2

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2024). *Salud de los refugiados y migrantes*. https://www.who.int/es/health-topics/refugee-and-migrant-health#tab=tab_2

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2022). *Salud de los migrantes internacionales*. OPS. <https://www.paho.org/es/file/108714/download?token=MAbxC34>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2022, agosto 1). *Semana Mundial de la Lactancia Materna: Declaración conjunta de la Directora Ejecutiva de UNICEF, Catherine Russell, y del Director General de la OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus*. OPS. <https://www.paho.org/es/noticias/1-8-2022-semana-mundial-lactancia-materna-declaracion-conjunta-directora-ejecutiva-unicef>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2023). *Aumento de la migración en las Américas en 2023: retos para garantizar la salud de las personas migrantes y respuesta de la Organización Panamericana de la Salud*. OPS. <https://www.paho.org/es/noticias/18-12-2023-aumento-migracion-americas-2023-retos-para-garantizar-salud-personas-migrantes#:~:text=La%20din%C3%A1mica%20de%20la%20migraci%C3%B3n,el%20mismo%20periodo%20de%202022.>

Pallant, J. (2017). *Manual de SPSS: Una guía paso a paso para el análisis de datos con IBM SPSS (6.ª ed., J. Ruiz, Trad.)*. McGraw-Hill Education.

Pangas, J., Ogunsiyi, O., Elmir, R., Raman, S., Liamputtong, P., Burns, E., Dahlen, H. G., & Schmied, V. (2019). Refugee women's experiences negotiating motherhood and maternity care in a new country: A meta-ethnographic review. *International Journal of Nursing Studies*, 90, 31–45. <https://doi.org/10.1016/J.IJNURSTU.2018.10.005>

- Prokopowicz, A., Stańczykiewicz, B., Uchmanowicz, I., & Zimmer, M. (2022). How to Improve the Care of Women after Childbirth in the Rooming-in Unit: A Prospective Observational Study. *International journal of environmental research and public health*, 19(23).
<https://doi.org/10.3390/IJERPH192316117>
- Riaz, A., Bhamani, S., Ahmed, S., Umrani, F., Jakhro, S., Qureshi, A. K., & Ali, S. A. (2022). Barriers and facilitators to exclusive breastfeeding in rural Pakistan: a qualitative exploratory study. *International Breastfeeding Journal*, 17(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/S13006-022-00495-4/TABLES/3>
- Rodríguez, A., Sanhueza, X., Cárcamo, G., Parra, J., Rojas, A. L., Ruíz, M., & Maury, E. (2022). Maternal Factors Associated with Non-Exclusive Breastfeeding in Haitian Immigrant Women in Southern Chile. *Nutrients*, 14(15), 3173. <https://doi.org/10.3390/NU14153173/S1>
- Rothstein, J. D., Winch, P. J., Pachas, J., Cabrera, L. Z., Ochoa, M., Gilman, R. H., & Caulfield, L. E. (2021). Vulnerable families and costly formula: a qualitative exploration of infant formula purchasing among peri-urban Peruvian households. *International Breastfeeding Journal*, 16(1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/S13006-021-00356-6/FIGURES/2>
- Roze, M., Melchior, M., Vuillermoz, C., Rezzoug, D., Baubet, T., & Vandentorren, S. (2020). Post-Traumatic Stress Disorder in Homeless Migrant Mothers of the Paris Region Shelters. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2020, Vol. 17, Page 4908, 17(13), 4908. <https://doi.org/10.3390/IJERPH17134908>
- Salazar, S., Chávez, M., Delgado, X., & Eudis Rubio, T. P. (2009). Lactancia materna. *Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría*, 72(4), 163–166.
http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492009000400010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Sánchez, F. (2020). Las migrantes y las violaciones a sus derechos humanos en su paso por México. *Revista Iberoamericana de Ciencias*. <http://www.reibci.org/publicados/2020/oct/4000112.pdf>
- Sánchez, K., Valderas, J., Messenger, K., Sánchez, C., & Barrera, F. (2018). Haití, la nueva comunidad inmigrante en Chile. *Rev Chil Pediatr*, 89(2), 278–283.
<https://doi.org/10.4067/S0370-41062018000200278>

- Sangalang, C. C., Becerra, D., Mitchell, F. M., Lechuga-Peña, S., Lopez, K., & Kim, I. (2019). Trauma, Post-Migration Stress, and Mental Health: A Comparative Analysis of Refugees and Immigrants in the United States. *Journal of Immigrant and Minority Health, 21*(5), 909–919. <https://doi.org/10.1007/S10903-018-0826-2/TABLES/5>
- Schirmbeck, G. H., Sizonenko, S., & Sanches, E. F. (2022). Neuroprotective Role of Lactoferrin during Early Brain Development and Injury through Lifespan. *Nutrients 2022, Vol. 14, Page 2923, 14*(14), 2923. <https://doi.org/10.3390/NU14142923>
- Shiraishi, M., Matsuzaki, M., Kurihara, S., Iwamoto, M., & Shimada, M. (2020). Post-breastfeeding stress response and breastfeeding self-efficacy as modifiable predictors of exclusive breastfeeding at 3 months postpartum: a prospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth, 20*(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/S12884-020-03431-8/TABLES/3>
- Snyder, K., Hulse, E., Dingman, H., Cantrell, A., Hanson, C., & Dinkel, D. (2021). Examining supports and barriers to breastfeeding through a socio-ecological lens: a qualitative study. *International Breastfeeding Journal, 16*(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/S13006-021-00401-4/FIGURES/2>
- Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada* (2.^a ed.). Universidad de Antioquia.
- Sutton, R., Vigneswaran, D., & Wels, H. (2015). Waiting in liminal space: Migrants' queuing for Home Affairs in South Africa, *34*(1–2), 30–37. <https://doi.org/10.1080/23323256.2011.11500006>
- Tang, D., Gao, X., & Coyte, P. C. (2021). The relationship between internal migration and the likelihood of high-risk pregnancy: Hukou system and high-risk pregnancies in China. *BMC Pregnancy and Childbirth, 21*(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/S12884-021-03958-4/TABLES/4>
- Temores, G., Infante, C., Caballero, M., Flores, F., & Santillanes, N. (2015). Salud mental de migrantes centroamericanos indocumentados en tránsito por la frontera sur de México. *Salud Pública de México, 57*(3), 227–233. <https://www.scielosp.org/pdf/spm/v57n3/v57n3a11.pdf>

- Torre, E. (2020). Destino y asentamiento en México de los migrantes y refugiados centroamericanos. *Revista Trace*, 0(77), 122–145. <http://trace.org.mx/index.php/trace/article/view/726>
- Torre, E. (2021). Mujeres migrantes en tránsito por México. La perspectiva cuantitativa y de género. *La ventana. Revista de estudios de género*, 6(54), 277–297. <https://doi.org/10.1080/08263663.2018.1467533>
- Tran, V., Reese Masterson, A., Frieson, T., Douglass, F., Pérez-Escamilla, R., & O'Connor Duffany, K. (2023). Barriers and facilitators to exclusive breastfeeding among Black mothers: A qualitative study utilizing a modified Barrier Analysis approach. *Maternal & Child Nutrition*, 19(1), e13428. <https://doi.org/10.1111/MCN.13428>
- Unidad de Política Migratoria, Registro e Identidad de Personas, Secretaría de Gobernación (2023). *Estadísticas Migratorias. Síntesis 2023*. https://portales.segob.gob.mx/work/models/PoliticaMigratoria/CEM/Estadísticas/Sintesis_Graficas/Sintesis_2023.pdf
- Unidad de Política Migratoria, Registro e Identidad de Personas, Secretaría de Gobernación (UMPRIP). (2022). *Diagnóstico de la movilidad humana en Nuevo León*. http://www.politicamigratoria.gob.mx/work/models/PoliticaMigratoria/CEM/foros_regionales/estados/norte/info_diag_F_norte/diag_NuevoLeon.pdf
- Unidad de Política Migratoria, Registro e Identidad de Personas, Secretaría de Gobernación (UPMRIP). (2022). *Unidad de Política Migratoria*. Secretaría de Gobernación de México. http://portales.segob.gob.mx/es/PoliticaMigratoria/Sintesis_Grafica/?Sintesis=2022
- Van Gennep, A. (1909). Los ritos de paso (J. Aranzadi, trad). Alianza Editorial. (Obra original publicada en 1909).
- Verduci, E., Gianni, M. L., Vizzari, G., Vizzuso, S., Cerasani, J., Mosca, F., & Zuccotti, G. V. (2021). The Triad Mother-Breast Milk-Infant as Predictor of Future Health: A Narrative Review. *Nutrients* 2021, Vol. 13, Page 486, 13(2), 486. <https://doi.org/10.3390/NU13020486>
- Walters, C. N., Rakotomanana, H., Komakech, J. J., Kabahenda, M., Joyce, J. M., Hildebrand, D. A., Ciciolla, L., & Stoecker, B. J. (2023). Breastfeeding among South Sudanese refugees in protracted

settlements in Adjumani district, Uganda: facilitators and barriers. *International breastfeeding journal*, 18(1), 18.
<https://doi.org/10.1186/S13006-023-00549-1/TABLES/4>

Willers, S. (2016). Migración y violencia: las experiencias de mujeres migrantes centroamericanas en tránsito por México. *Sociológica (México)*, 31(89), 163–195.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-01732016000300163&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Yalcin, S. S., Aydin Aksoy, E., Yalcin, S., & Eryurt, M. A. (2023). Breastfeeding status and determinants of current breastfeeding of Syrian refugee children in Turkey. *International Breastfeeding Journal*, 18(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/S13006-022-00538-W/TABLES/4>

Yin, X. H., Zhao, C., Yang, Y. M., Shi, H. F., Wu, T. C., Xie, J. L., Niu, J. Q., Wang, X. L., & Fang, J. (2020). What is the impact of rural-to-urban migration on exclusive breastfeeding: a population-based cross-sectional study. *International breastfeeding journal*, 15(1).
<https://doi.org/10.1186/S13006-020-00330-8>

Zakarija, I., & Stewart, F. (2020). Treatments for breast engorgement during lactation. *The Cochrane database of systematic reviews*, 9(9).
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD006946.PUB4>

Ziomkiewicz, A., Babiszewska, M., Apanasewicz, A., Piosek, M., Wychowaniec, P., Cierniak, A., Barbarska, O., Szoftysik, M., Danel, D., & Wichary, S. (2021). Psychosocial stress and cortisol stress reactivity predict breast milk composition. *Scientific Reports 2021* 11:1, 11(1), 1–14. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-90980-3>

ANEXO A. Tabla de variables

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES					
Nombre de la variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de la información	Fuente de información
Movimiento migratorio	Independiente	Es el desplazamiento o desde un lugar de origen a un lugar de destino (INM, 2020).	<p>Ítem 10. Desde que salió de su país de origen, ¿Cuánto tiempo le tomó llegar a Nuevo León?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 mes o menos. Entre 2 y 4 meses. Entre 5 y 7 meses. Entre 8 y 10 meses. 5 meses o más. 	Nominal	Cuestionario CELMMA
Estatus migratorio	Independiente	Posición o condición jurídica- legal de una persona extranjera.	<p>Ítem 11. ¿Realizó algún trámite migratorio en México?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No <p>Ítem 12. Actualmente, ¿cuál es su estatus migratorio?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Visitante por razones humanitarias 2. Solicitante de asilo político 3. Residente temporal 4. Residente permanente 5. Ilegal (no formal). 	Nominal	Cuestionario CELMMA y RHS-15
Prácticas de lactancia	Dependiente	Es una forma de alimentar a un recién nacido, tiene un impacto emocional y biológico tanto en el bebé como en la madre.	<p>Sección 2 Prácticas de LM</p> <p>Lactancia materna:</p> <p>Ítems 3,4,5,6, 7,8,9,10,11,15</p> <p>Lactancia Materna Exclusiva = 6 meses Lactancia mixta = <6 meses Sin lactancia materna =<6m Lactancia continua => 6 m</p> <p>Uso de fórmula láctea:</p> <p>Ítems 8,9,15,19</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No <p>Fórmula láctea =< 6 meses Fórmula láctea=> 6 meses</p>	Nominal	Cuestionario CELMMA

			<p>Ablactación: Ítems 14,16,17,18,19. 1. Sí 2. No Ablactación temprana =< 6 meses</p> <p>Ablactación recomendada= 6 meses</p> <p>Ablactación tardía => 6 meses</p> <p>Obstáculos: Ítems 10,20,21,22,27,30,31,32,33,34. 1. Sí 2. No Cuáles:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Complicaciones en la lactancia. 2. Complicaciones de salud del bebé. 3. Falta de apoyo de la pareja 4. Falta de apoyo de los familiares. 5. Falta de apoyo de los profesionales de la salud. 6. Ninguno <p>Facilitadores: Ítems 3,4,5,23, 24, 25, 35. 1. Sí 2. No Cuáles:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Experiencia propia 2. Amigos/otras madres 3. Familiares 4. Otras personas cercanas 5. Profesionales de la salud (Enfermeras/Doctores) 6. Grupos de apoyo 7. Organizaciones de voluntarios 8. Televisión/radio 9. Nadie 10. Otro _____ 		
--	--	--	---	--	--

Estrés	Dependiente	“Estado de preocupación o tensión mental generado por una situación difícil” (OMS, 2023)	<p>El instrumento consta de 15 ítems: Escala Likert = Ítems 1-14 0=Nada 1=Un poco 2=Moderadamente 3=Bastante 4=Muchísimo</p> <p>Termómetro de la angustia = Ítem 15 Estrés positivo: Ítems 1–14 es = ≥ 12 puntos Ítem 15 Termómetro de la angustia ≥ 5 Estrés negativo: Ítems 1-15 <12 puntos Ítem 15 Termómetro de la angustia <5</p>	Ordinal	RHS-15
Edad	Control	Años cumplidos.	Años cumplidos: ítem 1	Discreta	Cuestionario CELMMA
Escolaridad	Control	Se refiere a cada etapa del nivel educativo. Cada nivel corresponde a un grado.	<p>Escolaridad = ítem 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sin escolaridad 2. Primaria 3. Secundaria. 4. Preparatoria 5. Educación universitaria 	Ordinal	Cuestionario CELMMA
Estado civil	Control	De acuerdo con el registro civil corresponde al estatus legal de contar con una pareja.	<p>Estado civil = ítem 5</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Soltera 2. Casada 3. Viuda 4. Unión libre 5. Divorciada 	Nominal	Cuestionario CELMMA
Origen étnico	Control	Comunidad originaria de pertenencia de una persona y con la cual se comparte una cultura, costumbres, creencias, cosmovisión, idioma o dialecto y en dónde los integrantes	<p>Pertenece a una comunidad indígena=</p> <p>ítem 7</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No <p>¿Cuál? _____</p>	Nominal	Cuestionario CELMMA

		están unidos a una identidad.			
Lengua materna	Control	La lengua materna "es el primer idioma que aprenden des la infancia, suele representar la lengua nativa propio del lugar de origen"	Habla alguna lengua materna = ítem 8 1. Sí 2. No ¿Cuál?	Nominal	Cuestionario CELMMA
Procedencia urbana - rural	Control	Área urbana: Son aquellos que vive en las ciudades o cabeceras además de contar con todos los servicios básicos. Área rural: Son los que viven fuera de la ciudad y que no es considerado zona urbana.	Lugar de procedencia = ítem 9 1. Urbana 2. Rural	Nominal	Cuestionario CELMMA

ANEXO B. Cuestionario CELMMA



Cuestionario Experiencias de Lactancia Materna en Migrantes usuarias de Albergues (CELMMA)



El propósito de esta encuesta es evaluar las experiencias y prácticas de lactancia materna en mujeres migrantes usuarias de albergues y/o comedores comunitarios. El cuestionario será administrado mediante entrevista presencial. El entrevistador leerá las preguntas y las entrevistadas responderán libremente y corroborando sus respuestas al final del encuentro.

Folio: _____ 1. Casa Indi 2. Casa Buen Samaritano 3. Casanicolás Fecha de aplicación: ____/____/____

1.- DATOS GENERALES/ PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

1	¿Cuál es su edad? _____	
2	¿Cuál es su escolaridad? 1. Sin escolaridad 2. Primaria 3. Secundaria 4. Preparatoria 5. Educación universitaria	
3	¿A qué se dedica/dedicaba? 1. Ama de casa 2. Trabajadora doméstica 3. Empleada 4. Cocinera 5. Obrera 6. Comerciante 7. Negocio propio 8. Colombia 9. Costa Rica 8. Otro _____	
4	¿Cuántos hijos tiene? _____	
5	Estado civil 1. Soltera 2. Casada 3. Viuda 4. Unión Libre 5. Divorciada	
6	País de origen: 1. Honduras 2. Guatemala 3. El Salvador 4. Ecuador 5. Venezuela 6. Cuba 7. Haití 8. Otro _____	
7	Pertenece a una comunidad indígena 1. Sí 2. No	
8	¿Usted o alguien de su familia hablan alguna lengua indígena? 1. Sí 2. No ¿Cuál? _____	
9	Lugar de procedencia en su país de origen: 1. Área urbana 2. Área rural	
10	Desde que salió de su país de origen, ¿Cuánto tiempo le tomó llegar a Nuevo León? _____ 1. 1 mes o menos 2. Entre 2 y 4 meses 3. Entre 5 y 7 meses 4. Entre 8 y 10 meses 5. 11 meses o más	
11	¿Realizó algún trámite migratorio en México? 1. Sí 2. No	
12	Actualmente, ¿cuál es su estatus migratorio? 1. Visitante por razones humanitarias 2. Solicitante de asilo político 3. Residente temporal 4. Residente permanente 5. Ilegal (No formal)	
13	Hablando acerca del nacimiento de su hijo, ¿Qué tipo de parto tuvo? 1. Vaginal (normal) 2. Cesárea 3. Parto Instrumentado (Fórope)	

2.- PRÁCTICAS DE LACTANCIA MATERNA

1	¿Cuánto pesó su bebé al nacer? _____ 1. Bajo peso < 2.5kg 2. Normal ≈2.5 kg < 4.0 kg 3. Macrosomía ≥4.0 kg	
2	¿En dónde nació su bebé? 1. Hospital 2. Casa 3. Otro	
3	Si la respuesta fue hospital, ¿Recibió algún tipo de asesoría relacionada con la lactancia materna? 1. Sí 2. No	
4	Durante su estancia en el hospital, ¿alguien le brindó asesoría sobre lactancia materna? 1. Enfermera 2. Doctor 3. Familiares 4. Estudiantes de enfermería/medicina 5. Nadie	
5	¿Qué tan útil le pareció esta ayuda? 1. Extremadamente útil 2. Muy útil 3. Regular 4. Poco útil 5. No es útil	
6	En los primeros 30 minutos de nacimiento de su hijo ¿Inició con la lactancia materna? 1. Sí 2. No	

7	¿Qué edad tenía su bebé la primera vez que fue alimentado?	1. 30 minutos de nacido o menos	2. Entre 30 minutos y 1 hora	3. Entre 2 horas y 3 horas	4. 4 horas o más																																				
8	Después de 48 horas del nacimiento de su hijo ¿Cuál de las siguientes opciones describiría mejor sobre cómo alimentó a su bebé?	1. Leche materna	2. Leche de fórmula	3. Combinación de leche materna y fórmula	4. No lo recuerda																																				
9	Antes de que su bebé naciera ¿Cómo planeaba alimentarlo en los primeros seis meses?	1. Leche materna	2. Leche de fórmula	3. Combinación de leche materna y fórmula	4. No planeó la alimentación																																				
10	¿Alguna vez le dio lactancia materna a su bebé?	1. Sí	2. No																																						
11	Si la respuesta es Sí ¿Cuántos meses le dio únicamente leche materna sin ningún otro alimento o bebida? _____	1. Antes de los 6 meses	2. 6 meses	3. Más de 6 meses	4. No hubo LM																																				
12	¿Por qué piensa que alimentó a su bebé de esta manera?	_____																																							
13	¿Su bebé tomó algún líquido (agua y/o té) que no fuera leche materna antes de los 8 meses?	1. Sí	2. No	¿Cuál fue el motivo? _____																																					
14	¿Cuántos meses tenía su bebé cuando le dio un jugo? _____	1. Antes de los 6 meses	2. 6 meses	3. Después de los 6 meses																																					
15	¿Cómo alimentó a su bebé durante los primeros 8 meses?	1. Leche materna	2. Leche de fórmula	3. Combinación de leche materna y fórmula																																					
16	¿Qué edad tenía su bebé la primera vez que comió algo diferente a la leche materna? _____	1. Entre 1 y 3 meses	2. Entre 4 y 6 meses	3. Entre 7 y 9 meses	4. Entre 10 y 12 meses																																				
17	¿Cuál es la razón principal que la llevó a escoger esta forma de alimentación?	_____																																							
18	¿A qué edad su bebé empezó a comer papillas, frutas, cereales? _____	1. Antes de los 6 meses	2. 6 meses	3. Después de los 6 meses																																					
19	Marcar con una "X" la alimentación que recibió el bebé en los primeros 8 meses:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Meses</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> <th>6</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Leche materna exclusiva</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Leche de fórmula</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Leche materna y fórmula</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Introducción de otro alimento</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					Meses	1	2	3	4	5	6	Leche materna exclusiva							Leche de fórmula							Leche materna y fórmula							Introducción de otro alimento						
Meses	1	2	3	4	5	6																																			
Leche materna exclusiva																																									
Leche de fórmula																																									
Leche materna y fórmula																																									
Introducción de otro alimento																																									
20	¿Ha tenido algún padecimiento como resultado de amamantar?	1. Mastitis (inflamación en el seno)	2. Congestión de la mama (acumulación de leche)	3. Grietas en el pezón	4. Dolor en el pezón	5. Ninguno de los anteriores																																			
		6. Otro _____																																							
21	¿Hubo algún problema para amamantar a su bebé en los primeros días de nacido?	1. Sí	2. No																																						
22	¿Cuáles han sido los principales problemas que ha tenido para amamantar a su bebé?	1. Complicaciones en la lactancia	2. Complicaciones de salud del bebé	2. Falta de apoyo de la pareja	3. Falta de apoyo de los familiares	4. Falta de apoyo de los profesionales de la salud																																			
		5. Ninguno																																							
23	¿Alguien le ayudó con los problemas de lactancia que tuvo?	1. Enfermera	2. El doctor	3. Pareja	4. Familia	5. Un amigo o persona cercana																																			
		6. Nadie																																							
		7. Otros (favor de especificar) _____																																							
24	¿Qué tan sencillo fue para usted encontrar servicios de apoyo para lactancia?	1. Muy fácil	2. Fácil	3. Regular	4. Difícil	5. Muy difícil																																			

25	¿Quién o qué le ayudó mayormente a continuar dando lactancia materna? 1. Experiencia propia 2. Amigos/ otras madres 3. Familiares 4. Otras personas cercanas 5. Profesionales de la salud (Enfermeras/Doctores) 6. Grupos de apoyo 7. Organizaciones de voluntarios 8. Televisión/radio 9. Nadie 10. Otro (favor de especificar)	
26	¿Se encuentra actualmente amamantando? 1. Sí 2. No	
27	Si la respuesta a la pregunta anterior fue "No" ¿Quién o qué tuvo mayor influencia sobre usted para dejar de amamantar? 1. Experiencia propia 2. Amigos/ otras madres 3. Familiares 4. Pareja 5. Profesionales de la salud (Enfermeras/Doctores) 6. Grupos de apoyo 7. Organizaciones de voluntarios 8. Televisión/radio 9. Nadie 10. Otro (favor de especificar)	
28	¿A qué edad dejó de amamantar a su hijo? _____ 1. 6 meses 2. Antes de los 6 m 3. Después de los 6 m	

3.- EXPERIENCIA DENTRO DEL ALBERGUE PARA MIGRANTES

29	¿Cuánto tiempo ha estado en el albergue? _____ 1. 1 mes o menos 2. 2 y 4 meses 3. 5 y 7 meses 4. 8 y 10 meses 5. 11 meses o más	
30	¿Cómo calificaría el nivel de seguridad en el albergue para migrantes? 1. Bastante seguro 2. Muy seguro 3. Regular 4. Poco inseguro 5. Muy inseguro	
31	¿Cómo calificaría el nivel de privacidad? 1. Bastante privado 2. Muy privado 3. Regular 4. Poco privado 5. No hay privacidad	
32	Dentro del albergue ¿ha tenido algún problema para tener un espacio privado para amamantar a su bebé? 1. Siempre 2. Casi siempre 3. Algunas veces 4. Casi nunca 5. Nunca	
33	¿Qué tan cómoda se siente usted al amamantar a su bebé en el albergue? 1. Muy cómoda 2. Cómoda 3. Regular 4. Incómoda 5. Muy incómoda	
34	¿Alguna vez la han limitado o restringido para amamantar a su bebé en el albergue? 1. Siempre 2. Casi siempre 3. Algunas veces 4. Casi nunca 5. Nunca	
35	¿Ha recibido algún apoyo sobre lactancia materna por parte de voluntarios, personal o trabajadores locales en el albergue? 1. Siempre 2. Casi siempre 3. Algunas veces 4. Casi nunca 5. Nunca	

ANEXO C. Refugee Health Screener-15 (RHS-15)



PATHWAYS
TO
WELLNESS

Integrating Refugee Health and Well-Being

Refugee Health Screener-15 (RHS-15) Spanish Version

Bilingual versions of the RHS-15 have been translated by an iterative process involving experts in the field, professional translators, and members of the refugee community so that each question is asked correctly according to language and culture. The English text is provided for reference only; using the English alone negates the sensitivity of this instrument.

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Nombre: _____ Edad: _____ Escolaridad: _____
Estado civil: _____ País de origen: _____
Estatus migratorio: _____ Número de Folio: _____ Fecha de aplicación: _____

Developed by the *Pathways to Wellness* project and generously funded by Robert Wood Johnson Foundation, Bill and Melinda Gates Foundation, United Way of King County, Medina Foundation, The Seattle Foundation, Boeing Employees Community Fund and M.J. Murdock Charitable Trust. Production of the Cuban Spanish RHS-15 was made possible by the Kentucky Office for Refugees.

© 2013 Pathways to Wellness: Integrating Refugee Health and Well-Being

Pathways to Wellness: Integrating Refugee Health and Well-Being is a project of Lutheran Community Services Northwest, Asian Counseling and Referral Service, Public Health Seattle & King County, and Michael Hollifield, M.D. of Pacific Institute for Research & Evaluation. For more information, please contact The *Pathways* Project at 206-816-3253 or pathways@lcsnw.org.

INSTRUCCIONES: Usando la escala que se encuentra al lado de cada síntoma, indique el grado en que dicho síntoma le ha causado molestias durante el último mes. Marque la columna correspondiente. Si el síntoma no le ha causado molestias durante el último mes, encierre en un círculo "NADA".

SÍNTOMAS					
	Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Muchísimo
1. Tiene dolor en las articulaciones, huesos y músculos	0	1	2	3	4
2. Está decaído(a) o triste la mayor parte del tiempo	0	1	2	3	4
3. Está sobrecargado de pensamientos o piensa demasiado	0	1	2	3	4
4. Se siente indefenso o incapaz	0	1	2	3	4
5. De pronto se siente asustado sin ningún motivo	0	1	2	3	4
6. Se siente débil, mareado o como si se fuera a desmayar	0	1	2	3	4
7. Tiene nerviosismo o temblores	0	1	2	3	4
8. Se siente inquieto, no puede quedarse tranquilo	0	1	2	3	4
9. Lloro fácilmente	0	1	2	3	4

Los síntomas siguientes pueden estar relacionados con experiencias traumáticas. Durante el último mes, con qué intensidad:

SÍNTOMAS					
	Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Muchísimo
10. ¿Ha revivido algún trauma; actuando o sintiendo como si estuviera pasando otra vez?	0	1	2	3	4
11. ¿Ha tenido reacciones FÍSICAS (por ejemplo, sudoraciones, palpitaciones) cuando algo le recuerda algún trauma?	0	1	2	3	4
12. ¿Siente ausencia de emociones (por ejemplo, se siente triste pero no puede llorar o se siente incapaz de mostrar afecto)?	0	1	2	3	4
13. ¿Se siente sobresaltado fácilmente, se asusta con más facilidad (por ejemplo, si alguien se para detrás de usted)?	0	1	2	3	4

14. De las oraciones a continuación, marque o circule la respuesta que mejor describa cómo se siente. Usted siente que:

- Es capaz de lidiar (hacerle frente) con cualquier cosa 0
- Es capaz de lidiar (hacerle frente) con la mayoría de las cosas 1
- Es capaz de lidiar (hacerle frente) con algunas cosas, pero no puede hacerles frente a otras cosas 2
- No puede lidiar con la mayoría de las cosas 3
- No puede lidiar con nada 4

Puntaje total de ítems 1-14

15. Termómetro de la angustia



PRIMERO: Encierre con un círculo el número (del 0 al 10) que mejor describa cuánta angustia ha estado sintiendo esta última semana, incluyendo el día de hoy.

PUNTUACIÓN LA PRUEBA ES POSITIVA SI: **1** ÍTEMES 1-14 ES ≥ 12 O **2** TERMÓMETRO DE LA ANGUSTIA ES ≥ 5

MARQUE SOLO UNO: POSITIVO NEGATIVO AUTOADMINISTRADO NO AUTOADMINISTRADO

LEGAL NOTICE 2013 © Pathways to Wellness: Integrating Refugee Health and Wellbeing. Pathways to Wellness is a partnership of Lutheran

ANEXO D. Guía de entrevista cualitativa



Guía de entrevista

INICIO

Saludo. Hola buen día ¿cómo ha estado? ¿Cuénteme usted de dónde viene? ¿cuántos años tiene? ¿Cuánto tiempo lleva en el albergue para migrantes? ¿qué le parece el lugar?

Qué me puede decir sobre esta imagen (enseñar fotografía). Explicar el objetivo del estudio (analizar las prácticas de lactancia y estrés en mujeres usuarias de albergues y/o comedores). Como beneficio se le dará un pequeño obsequio a su niño y una charla sobre la importancia y los beneficios de la lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses con la finalidad de ofrecerle una orientación correcta, así mismo le permitirá reforzar sus conocimientos.

SECCIÓN 1: DESCRIBIR LAS PRÁCTICAS DE LM.

1. Podría contarme, ¿Cómo ha sido la experiencia de cuidar a su bebé desde que salió de su país de origen? ¿Cuándo y dónde nació su hijo? (si fue en un hospital) ¿Recibió una buena atención? ¿cómo fue?
2. ¿Alguien del hospital le dio asesoría sobre como amamantar a su bebé? ¿quién fue? En caso de que la respuesta sea "No", preguntar si alguien más la asesoró.
3. En el trayecto ¿cómo ha alimentado a su hijo? ¿ha tenido dificultades para poder alimentarlo? ¿cuáles han sido? ¿Alguien le proporcionó alimentos o bebidas para su hijo durante su trayecto?
4. ¿Habla otro idioma? (Sí, cuál) ¿usted viajó sola? ¿quiénes la vienen acompañando?
5. ¿Cuál considera que sería la diferencia entre la leche de fórmula y la leche materna al momento de alimentar a su bebé?
6. ¿Alguna vez le ha dado leche de fórmula a su bebé? (¿sí, desde cuándo y por qué?; ... ¿No, por qué?) ¿quién se lo recomendó?
7. Cuando su bebé estaba recién nacido ¿Qué comía?
8. ¿Alguna persona le sugirió bebidas para su bebé? ¿Quiénes? ¿Cómo lo preparaba? ¿cuándo se lo dio?
9. ¿Qué edad tenía su niño cuando le empezó a dar alimentos? (papillas, frutas, agua, tes)
10. ¿Podría contarme sobre la alimentación de su hijo/a durante todo un día desde que se despierta y hasta que se duerme por la noche?
11. Actualmente ¿continúa amamantando a su niño? Si la respuesta es "Sí" ¿por qué?

12. ¿Le han brindado apoyo para amamantar a su niño? ¿quiénes?
13. Respecto al albergue, ¿considera que es un buen lugar para amamantar a su bebé? ¿cuáles han sido las dificultades que ha tenido? ¿Cree usted que se cuenta con la privacidad suficiente para amamantar? ¿aquí en el albergue recibe apoyo para continuar amamantado a su niño?
14. ¿Qué influencia tiene el entorno o sus familiares con respecto a su decisión de dar lactancia materna? ¿las instituciones de salud influyen o le afecta en las formas de alimentar a su hijo?
15. ¿Considera que deben existir organizaciones o apoyos del gobierno hacia las madres migrantes? ¿cuáles serán los beneficios?

SECCIÓN 2: PERCEPCIONES Y ACTITUDES HACIA LA LM.

Significado: Son productos sociales que surgen durante la interacción. El significado que tiene una persona se desarrolla a partir de los modos en que otras personas actúan con respecto a ella en lo que concierne a la cosa de que se trata (Blumer, 1969), los actores sociales asignan significados a situaciones, a otras personas, a las cosas y a sí mismos a través de un proceso de interpretación hasta crear un signo propio, es decir un significado propio Charles S. Pierce.

SIGNIFICADO DE LA LM (Lactancia Materna): interpretaciones y signos sobre la asociación de una idea o concepto propio (significado) hacia la lactancia materna.

Percepción: Según las reflexiones filosóficas sobre la percepción, se busca conocer si lo percibido es real o es una ilusión, de modo que la percepción se concibe como la formulación de juicios sobre la realidad; tales juicios se entendieron como calificativos universales de las cosas. La percepción no es un añadido de eventos a experiencias pasadas sino una constante construcción de significados en el espacio y en el tiempo (Merleau-Ponty, 1975)

PERCEPCIÓN DE LM: juicios y significados construidos por las mujeres hacia la lactancia materna en su contexto migratorio

Actitudes: para Allport (1935) la actitud se define como estado mental y neural de disposición para responder, organizado por la experiencia, directiva o dinámica, sobre la conducta respecto a todos los objetos y situaciones con los que se relaciona.

ACTITUDES HACIA LA LM: La actitud positiva es la predisposición favorable de las mujeres de alimentar al bebé con leche materna.

16. ¿Qué significa lactancia materna para usted?
17. ¿Qué piensa usted de las mujeres que amamantan a sus hijos? ¿qué piensa usted de las mujeres que NO amamantan a sus hijos?
18. ¿Qué es lo que viene a su mente cuando digo “lactancia materna”?
19. En el país de donde es originaria ¿existen algunas creencias sobre la lactancia materna?
20. Podría contarme ¿cómo ha sido la experiencia de amamantar a su hijo en el albergue? ¿ha observado o conoce a otras mujeres(madres) que también amamanten a sus hijos aquí en el albergue o durante su

trayectoria migratoria? ¿Qué es lo que ha observado? ¿Se comunican o apoyan entre ustedes? Si la respuesta es sí ¿en qué sería?

21. ¿Considera la lactancia materna tiene beneficios? ¿cuáles? ¿Cuándo estaba embarazada como pensaba alimentar a su bebé? ¿alguien la orientó?
22. Desde que nació su bebé ¿ha tenido algún problema de salud o enfermedad? Si la respuesta es sí, ¿cuál? ¿por qué? ¿qué hizo para atenderlo/a?
23. ¿Hasta qué edad considera que es bueno seguir amamantando a su niño?
24. Actualmente ¿cómo se relaciona con las personas que conviven con usted en el albergue? ¿cómo se lleva con los trabajadores del albergue?

SECCIÓN 3: DESCRIBIR ESTRÉS FÍSICO Y PSICOLÓGICO.

Estrés: es un estado de preocupación o tensión mental generado por una situación difícil (OMS, 2023)

Estrés físico: es cuando ocasiona problemas de salud, puede causar dolor de cabeza o de otras partes del cuerpo, malestar gástrico, dificultades para dormir o alteraciones del apetito (comer más o menos de la cuenta), sudoración de manos, fatiga.

25. ¿Cuánto tiempo le tomó para llegar hasta Monterrey, México?
26. Podría contarme ¿Cómo fue su experiencia migratoria mientras se encontraba viajando?
27. ¿Tuvo algún problema durante el trayecto?
28. ¿Cuáles son las dificultades que tuvo durante el trayecto?
29. Cuando llegó a México, ¿Realizó algún trámite migratorio? ¿Tiene usted documentos que le permitan estar legalmente en este país? Si la respuesta es “No” ¿Le preocupa o le angustia esta situación?
30. Platíqueme ¿Cómo se ha sentido de salud en estos últimos meses?
31. ¿Usted alguna vez presentó dolores de cabeza o dolor en el cuerpo? ¿a qué se lo atribuye? ¿cómo lo ha experimentado?
32. ¿Ha tenido reacciones (por ejemplo, sudoraciones, palpitaciones) cuando algo le recuerda a algo que vivió en el trayecto? Podría contarme ¿cómo ha sido eso?
33. ¿Ha estado comiendo bien en estos días? Si la respuesta es no ¿por qué? ¿cuántas veces come al día?

Estrés psicológico: afecta las emociones causando miedo, irritabilidad, confusión, preocupaciones, angustia, llanto etc. estos síntomas son los más fácilmente reconocibles.

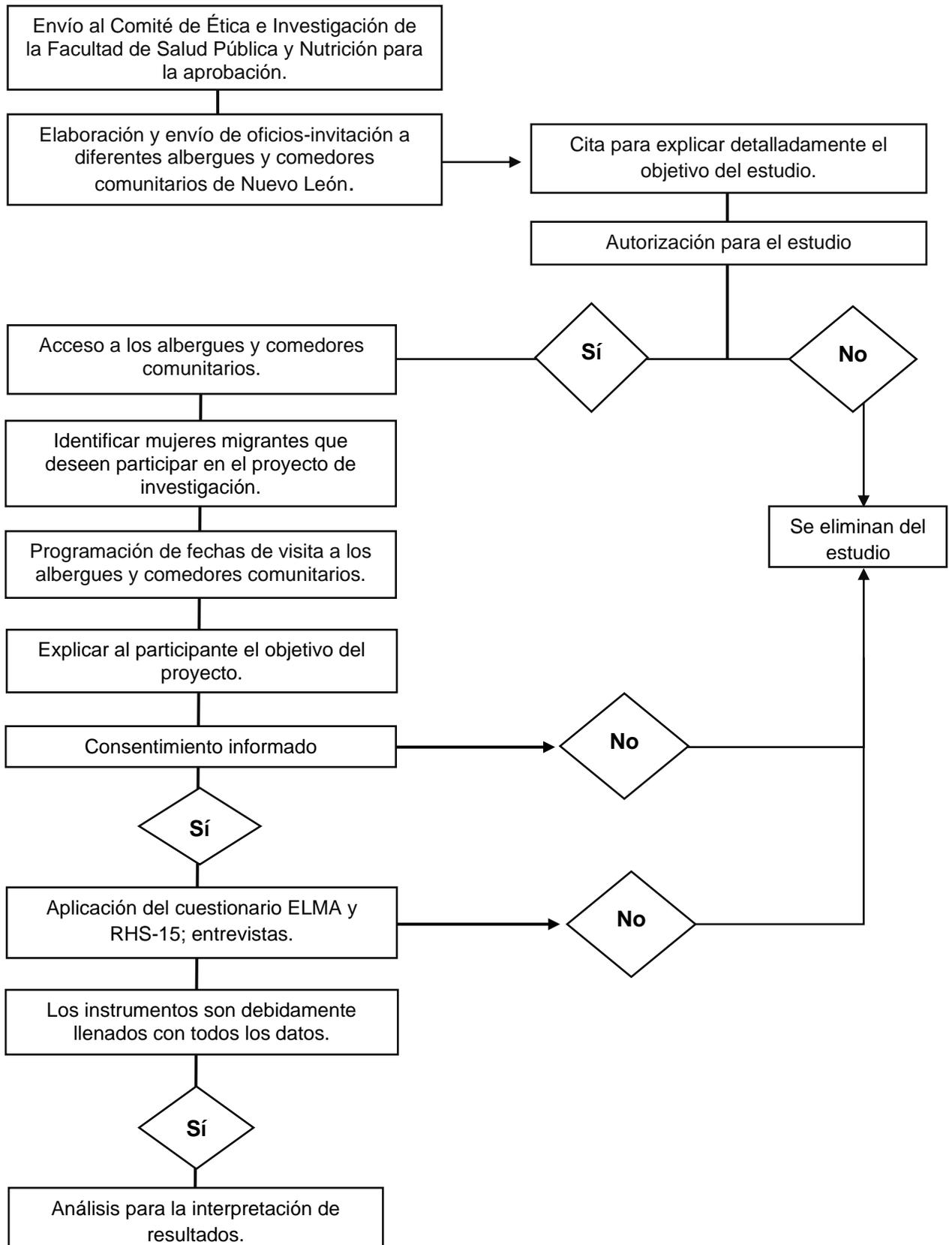
34. ¿podría contarme cómo se ha sentido emocionalmente o de estado de ánimo desde que salió de su país y hasta hoy/ actualmente??

35. ¿Para usted que ha sido lo más angustiante que ha vivido durante su trayecto hasta llegar aquí? ¿Cómo se manifiesta esa angustia, podría describirlo?
36. En estos últimos meses ¿se ha sentido preocupada? ¿Qué es lo que más le preocupa? Podría platicarme si en algún momento de pronto se ha sentido asustada cuando alguien se le acerca ¿Cómo ha sido esa experiencia? ¿Ha llegado a sentirse indefensa?
37. ¿En algún momento se ha sentido triste? Y cuando está triste ¿siente que no puede llorar o es incapaz de mostrar afecto hacia los demás, cuénteme cómo es esa experiencia?

SECCIÓN 4. LIMINALIDAD

38. ¿Qué tan difícil fue para usted dejar su casa y su familia? ¿cómo fue esa separación?
39. ¿En algún momento se ha sentido ausente de sí misma, es decir, que físicamente esté aquí pero mentalmente está en otro lugar? ¿Cómo ha sido eso?
40. ¿De repente se siente extraña como si no perteneciera a ningún lugar? ¿Cómo ha vivido esta situación?
41. ¿Cómo ha sido incorporarse a este país? ¿Ha tenido algunas dificultades? ¿Actualmente se identifica con este país?

ANEXO E. Flujograma de procedimientos.



ANEXO F. Carta de consentimiento informado



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



Fecha: _____

Buenos días, mi nombre es Edna Marlene Martínez Hernández, soy enfermera y represento a la Universidad Autónoma de Nuevo León-UANL.

Objetivo del estudio: Estamos realizando un estudio para analizar las prácticas de lactancia y estrés en mujeres migrantes que son usuarias de albergues y comedores comunitarios de Nuevo León, México. Su participación consiste en responder unas preguntas acerca de las prácticas de lactancia dentro del albergue y/ comedor comunitario y los síntomas de estrés, también se le hará una entrevista que será grabada en audio.

Beneficios y riesgo: Con su participación se elaborará un informe que ayudará a la Dirección del albergue y/o comedor a realizar propuestas que mejoren las condiciones en el entorno con el fin de prestar mejores servicios que le brinden privacidad que ayuden en la continuación de la lactancia materna. Como beneficio se le dará orientación sobre la importancia y los beneficios de la lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses con la finalidad de ofrecerle información correcta que le permitirá reforzar sus conocimientos. Este estudio no presenta ningún tipo de riesgo para su salud.

Participación o retiro: Su participación en este estudio es completamente voluntaria sin remuneración, en caso de querer retirarse está en su completo derecho, de igual forma en el momento que usted desee se le puede proporcionar información de los resultados obtenidos en el estudio.

Privacidad y confidencialidad: La información que usted nos proporcione será confidencial, anónima e identificándose con un número de folio para capturar los datos que será resguardada y usada solamente por el equipo investigador. No será pública ni utilizada para otros propósitos. Se escribirán informes y publicaciones, pero su identidad no será revelada y no será posible identificarle después de la actividad en que participe.

Contacto: En caso de tener preguntas o dudas puede comunicarse en cualquier momento con la Dra. Ana Elisa Castro Sánchez al teléfono celular 8126672725 o bien enviar un email al correo electrónico: ana.castrosh@uanl.edu.mx.

Consentimiento:

Yo, usuaria del albergue y/o comedor, entendí las explicaciones anteriores sobre las preguntas que se me realizarán como parte del estudio que la Facultad de Salud Pública y Nutrición UANL quiere hacer para realizar un informe en apoyo a la Dirección del albergue y/o comedor. Acepto mi participación de forma voluntaria, consciente, sin coerción, coacción, amenaza, fraude, engaño, manipulación o cualquier otro tipo de presión en este estudio.

Nombre y firma del participante

Nombre y firma del investigador

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Edna Marlene Martínez Hernández
Candidata para el Grado de
Maestra en Ciencias en Salud Pública

Tesis: PRÁCTICAS DE LACTANCIA MATERNA EN MUJERES MIGRANTES USUARIAS DE ALBERGUES Y COMEDORES COMUNITARIOS DE NUEVO LEÓN.

Campo de Estudio: Ciencias de la Salud Pública

Datos Personales: Nacida en Aquismón, San Luis Potosí el 13 de noviembre de 1994, hija de María Ascención Hernández Hernández y Guillermo Martínez Alvarado.

Educación: Egresado de la Universidad Intercultural de San Luis Potosí, Unidad Académica Matlapa, grado obtenido Licenciada en Enfermería.

Experiencia Profesional: Enfermera general consultorio privado 2020-2022.

Enfermera general Laboratorios Biogen 2019-2022.

Cofundadora de la Red Mexicana de Investigadoras Indígenas (ReMMI) donde brindamos capacitación a las jóvenes de comunidades indígenas para que puedan ingresar a un posgrado desde 2024.

Comité organizador del grupo de trabajo sobre Equidad y Justicia para las Comunidades Indígenas en las Américas (EJUCIAM), iniciativa de la red *Mechanism Design for Social Good* (MD4SG) para promover la equidad y justicia para las comunidades indígenas en la región, abordando problemáticas sociales, económicas y políticas desde un enfoque interdisciplinario e inclusivo a través de proyectos de investigación desde 2024.