



Revista Salud Pública y Nutrición

PRÁCTICAS Y SABERES SOBRE ALIMENTACIÓN INFANTIL EN FAMILIAS DE UNA COMUNIDAD CERCANA AL TIRADERO MUNICIPAL DE SAN LUIS POTOSÍ.

Monsiváis-Nava Claudia Davinia¹, Romero-Contreras Silvia², García-Cedillo Ismael², van't Hooft Anuschka³, Cubillas-Tejeda Ana Cristina⁴.

1 Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México. 2 Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Facultad de Psicología, México. 3 Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Facultad de Ciencias Sociales y Humanidades, México. 4 Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Facultad de Ciencias Químicas, México.

Citation: Monsiváis-Nava C.D., Romero-Contreras S., García-Cedillo I., van't Hooft A., Cubillas-Tejeda A.C. (2018) Prácticas y saberes sobre alimentación infantil en familias de una comunidad cercana al tiradero municipal de San Luis Potosí. Revista de Salud Pública y Nutrición, 17 (4), 11-26.

Editor: Esteban G. Ramos Peña, Dr. CS., Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Salud Pública y Nutrición, Monterrey Nuevo León, México.

Copyright: ©2018 Monsiváis-Nava C.D., et al. This is an open-access article distributed under the terms of Creative Commons Attribution License [CC BY-ND 4.0], which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Competing interests: The authors have declared that no competing interests exist.

DOI: <https://doi.org/10.29105/respyn17.4-2>

Recibido: 17 de agosto 2018;

Aceptado: 29 de noviembre 2018

Email: acris@uaslp.mx

PRÁCTICAS Y SABERES SOBRE ALIMENTACIÓN INFANTIL EN FAMILIAS DE UNA COMUNIDAD CERCANA AL TIRADERO MUNICIPAL DE SAN LUIS POTOSÍ.

Monsiváis-Nava Claudia Davinia¹, Romero-Contreras Silvia², García-Cedillo Ismael², van't Hooft Anuschka³, Cubillas-Tejeda Ana Cristina⁴.

1 Universidad Autónoma de San Luis Potosí. 2 Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Facultad de Psicología. 3 Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Facultad de Ciencias Sociales y Humanidades. 4 Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Facultad de Ciencias Químicas.

RESUMEN

Introducción: En México la morbilidad y la mortalidad por enfermedades no transmisibles han aumentado con elevadas prevalencias de sobrepeso, obesidad, y diabetes mellitus tipo 2. La lactancia materna es una estrategia costo-efectiva que contribuye a la prevención de algunas enfermedades no transmisibles, tanto en la madre, como en el bebé. **Objetivo:** Explorar los saberes y prácticas sobre alimentación infantil que tienen las mujeres en escenarios de vulnerabilidad y la influencia del saber médico en las decisiones de cómo alimentan a sus hijos, con el fin de diseñar e implementar estrategias de promoción a la salud contextualizadas. **Material y Métodos:** Se entrevistó a seis madres que viven en una localidad de San Luis Potosí, y se aplicó un cuestionario a 39 prestadores de servicios de salud. **Resultados:** Las recomendaciones sobre alimentación infantil que realiza el personal de salud a las mujeres de la comunidad son descontextualizadas de su realidad. Las mujeres validan el saber materno sobre el saber médico para guiar sus prácticas de alimentación, y en algunos casos, desconfía del personal de salud. **Conclusiones:** Se requiere reducir la brecha entre el saber médico y el saber materno para realizar estrategias de promoción a la salud contextualizadas y respetuosas.

Palabras Clave: Lactancia materna, relaciones familiares, enfermedades no transmisibles, alimentación infantil.

ABSTRACT

Introduction: In Mexico, morbidity and mortality due to noncommunicable diseases have increased with high prevalences of overweight, obesity and diabetes mellitus type 2. Breastfeeding is a cost-effective strategy that contributes to the prevention of some noncommunicable diseases, both in the mother and in the baby. **Objective:** To explore the knowledge and practices on infant feeding that women have in scenarios of vulnerability and the influence of medical knowledge in decisions about how to feed their children, in order to design and implement contextualized health promotion strategies. **Methods:** Six mothers who live in a locality of San Luis Potosí were interviewed, and a questionnaire was applied to 39 health service providers. **Results** The recommendations on infant feeding carried out by health personnel to women in the community are decontextualized from their reality. Women validate maternal knowledge about medical knowledge to guide their feeding practices, distrust of health personnel. **Conclusions:** It is necessary to reduce the gap between medical knowledge and maternal knowledge to carry out health promotion strategies that are contextualized and respectful.

Key words: breastfeeding, family relations, noncommunicable diseases, infant feeding.

Introducción

Las enfermedades no transmisibles (ENT) son la principal causa de muerte en el mundo; han causado 38 millones (70%) de los 56 millones de defunciones registradas en el 2012 (PHAO, 2017). Dichas enfermedades tienen efectos devastadores en las poblaciones más pobres y vulnerables, por lo que reducir su carga mundial debe ser una prioridad absoluta y una condición para un desarrollo sostenible, lo que plantea un desafío de salud pública en todos los países (Mendis, 2014; OMS, 2017). En México, según datos del 2012, las ENT fueron la causa del 77% de las muertes registradas (OPS, 2012; OMS, 2018a), con elevadas prevalencias de sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus tipo 2, entre otras. El aumento de la prevalencia y muerte por ENT se asocia a los cambios en los patrones de alimentación y actividad física, así como con el aumento en la disponibilidad de alimentos industrializados y la disminución de los alimentos frescos cuyos costos se han incrementado (Arenas, et al., 2015). Lo anterior, ha contribuido al aumento de la malnutrición, denominador común de la desnutrición y la obesidad (FAO, FIDA, WFP, 2015).

Los cambios actuales en los hábitos de alimentación y estilos de vida han afectado a todos los grupos de edad y constituyen uno de los principales obstáculos para lograr y mantener la salud y el bienestar de la población. Un niño alimentado de manera correcta desde su nacimiento tiene más probabilidades de mantener su peso saludable en las diversas etapas de la vida, lo que incide de manera directa en la disminución del riesgo de padecer obesidad y ENT (Pereira, Alfenas & Araújo, 2014; Gobierno de la República de México, 2014; Arenas, et al., 2015). La literatura sobre la Lactancia Materna (LM) indica que es una de las estrategias más costo-efectivas para prevenir la mortalidad y morbilidad infantil, además de potenciar el desarrollo cognoscitivo (Horta, Loret de Mola, & Victoria, 2015) y proteger al bebé de desarrollar leucemia (Amitay & Keinan-Boker, 2015), sobrepeso u obesidad en etapas posteriores de la vida (Pereira, et al., 2014). En las madres que amamantan a sus hijos se ha visto menor riesgo de padecer ENT como cáncer de mama y de ovario (IARC, OMS, 2014), diabetes, obesidad (Zanotti, Capp, & Wender, 2015), hipertensión y depresión (Gutiérrez, et al., 2012; Jacoby, et al., 2014; González de Cosío & Hernández Cordero, 2016). Sin embargo,

en México, de acuerdo con resultados publicados en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT), la práctica de la LM ha tenido ha disminuido notablemente: el porcentaje nacional de LM exclusiva en menores de seis meses bajó entre el 2006 y el 2012 de 22.3% a 14.5%, y en el medio rural de 36.9% a 18.5% (Gutiérrez, et al., 2012).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la lactancia de forma exclusiva durante los primeros seis meses de vida, seguida de la LM continua hasta los 24 meses y combinada con una alimentación adecuada de otros alimentos (OMS, 2003). De acuerdo con los resultados de la ENSANUT 2012, en México la duración promedio de la lactancia es de 10 meses, menos de la mitad del tiempo recomendado por la OMS, consecuentemente, se reporta que han aumentado tanto el número de niños que son alimentados con sucedáneos de leche materna, como la introducción temprana de alimentos innecesarios (Gutiérrez, et al., 2012). Según la OMS, un desarrollo adecuado requiere que la alimentación complementaria se inicie a los seis meses de edad y que sea suficiente en variedad, cantidad y frecuencia. Además, es indispensable ejercer buenas prácticas de higiene y manejo de alimentos y ayudar a los niños a que paulatinamente se adapten a nuevas texturas y sabores, hasta que gradualmente puedan integrarse a la dieta familiar (OMS, 2003). La alimentación complementaria no depende exclusivamente de la disponibilidad de alimentos en el hogar, sino también de las prácticas y saberes de alimentación de los cuidadores y es en esta etapa en donde para muchos niños, se inicia la malnutrición (OMS, 2003; OPS, 2007).

En México, se han adoptado recomendaciones y normas internacionales que promocionan y protegen la LM, las cuales son sugeridas por la OMS, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF por sus siglas en inglés). Entre ellas, el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna que se firma en Ginebra en mayo de 1981, se adopta en México en 1988, y es un instrumento ético que representa los requerimientos mínimos para promover y proteger la LM en todos los países además de vigilar a las compañías productoras de fórmulas lácteas (OPS, OMS & Fundación LACMAT, 2005). La iniciativa

Hospital Amigo del Niño y de la Niña (IHANN) que surge entre 1991-1992 y se comienza a aplicar en hospitales del país ese mismo año con el fin de fortalecer las prácticas de maternidad y LM; la Declaración Innocenti para la protección, promoción y apoyo a la lactancia (OMS, 2003; OPS, 2003). Las políticas y programas desarrollados por organismos internacionales funcionan como base de los programas nacionales en México; por ejemplo, la Estrategia Nacional de Lactancia Materna (2014-2018) (Gobierno de la República de México, 2014), y la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes (Gobierno de la República de México, 2013). En el 2015, se suma el Consejo Nacional para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles para la vigilancia de la LM. Las estrategias nacionales mencionadas, que buscan promover y proteger la LM, así como tener una alimentación complementaria e integración a la dieta familiar que promueva hábitos saludables, se comunican a las personas en hospitales y centros de salud.

De acuerdo a lo anterior, las estrategias nacionales de promoción de la LM se comunican en hospitales y centros de salud, por lo que es indispensable conocer la información que prestadores de servicios de salud proporcionan a las familias sobre alimentación infantil, y el paradigma médico que guía sus prácticas. Chapela (2001) argumenta que las prácticas de promoción de la salud suelen hacerse de forma paternalista y asistencial, bajo el paradigma médico hegemónico en donde el cuerpo humano se ve fragmentado, separado de su realidad, con prácticas de promoción que incluyen contenidos arbitrarios y poco realistas de los contextos donde se comparten. El paradigma médico hegemónico, de acuerdo con Menéndez (1984) presenta los siguientes rasgos estructurales: biologismo, concepción teórica evolucionista-positivista, ahistoricidad, asocialidad, individualismo, eficacia pragmática, salud como mercancía, relación asimétrica médico-paciente, participación subordinada y pasiva, exclusión de las personas sobre el saber médico, expansión del saber médico a nuevas áreas en donde antes no eran considerados como entidades médicas o “medicalización”. La medicalización es la conversión en procesos patológicos de situaciones que son y han sido siempre completamente normales, la medicalización

también ha permeado al tema de la alimentación infantil, sugiriendo qué comer, cuánto y cómo.

De acuerdo con Osorio (2001), las prácticas se definen como un conjunto de conductas que son pautadas culturalmente que van adquiriendo diferentes niveles de complejidad, llegan a volverse rutinarias y expresan la acción del sujeto en la realidad a través de la distribución o asunción de roles, funciones e interacciones con el mundo social. Las representaciones, son el conjunto de opiniones, nociones, ideas, concepciones, creencias, valores, actitudes y significaciones que los sujetos elaboran sobre un tema determinado, es decir, las representaciones guían la práctica (Menéndez & di Pardo, 1996). Los saberes, según Menéndez (Menéndez & di Pardo, 1996) no se remiten únicamente al conocimiento sobre determinada temática, sino a las elaboraciones que los sujetos comparten como producto de su vida social, construidas colectivamente, y que, a su vez, éstos son representados y se ponen en práctica por sujetos y grupos sociales concretos.

Con base en lo anterior, el objetivo del presente estudio fue analizar las prácticas y saberes sobre alimentación infantil durante el primer año de vida del bebé, comprendiendo el periodo de la lactancia materna y posteriormente el de la alimentación complementaria que ejercen las madres, así como conocer la información que proporcionan a las familias, los prestadores de servicios de salud y el paradigma que guía su práctica. Un acercamiento y comprensión de los significados que las madres y las familias otorgan a sus prácticas, experiencias y saberes sobre la alimentación infantil en un contexto particular, es una valiosa herramienta para diseñar e implementar estrategias de promoción de la salud contextualizadas, las cuales se centren en la prevención de ENT desde sus primeros años de vida.

Material y Métodos

Diseño del estudio

El presente estudio se encuentra bajo un marco interpretativo (Álvarez-Gayou, 2003), es de carácter cualitativo, se siguió el método de teoría fundamentada (Taylor, Bogdan, & DeVault, 2015; Hernández-Sampieri, Fernández-Collado, & Baptista-Lucio, 2014; Toro, 2002), y forma parte de un proyecto más amplio, dentro del cual, uno de los objetivos es el diseñar e implementar intervenciones

educativas para la prevención de ENT. El proyecto cuenta con la aprobación del Comité Estatal de Ética en Investigación en Salud del estado de San Luis Potosí (SLP006-2015) y cumple con los principios éticos de la declaración de Helsinki de 2013. Las mujeres entrevistadas firmaron un consentimiento informado y se les pidió autorización para grabarlas durante la entrevista, también se les comentó que en el momento en que no desearan continuar la entrevista podían decirlo y se concluiría la entrevista. Para tener acceso al personal de salud se tramitaron los permisos pertinentes en cada institución y se les informó a los participantes que el cuestionario era anónimo y que si deseaban dejar de responder se respetaría su decisión.

Sitio de estudio

El estado de San Luis Potosí se encuentra en el centro de la República Mexicana y presenta un grado de marginación medio. El municipio de San Luis Potosí (SLP) concentra 824 229 habitantes (INEGI, 2015) y está dentro de aquellos que presentan un bajo nivel de marginación; sin embargo, la marginación a nivel municipal es una medida resumen y por lo tanto puede “esconder” la marginación por localidades, ya que hay entidades que no cuentan con municipios de muy alta o alta marginación, pero sí con localidades con ese grado (CONAPO, 2010). De acuerdo con el Consejo Nacional de Población (CONAPO), el índice de marginación urbana incorpora cinco dimensiones: a) acceso a servicios de salud, b) acceso a la educación, c) acceso a una vivienda digna, d) percepción de ingresos monetarios y e) desigualdades de género; con base a estas cinco dimensiones, se identifican once formas de rezago, las cuales son medidas como el porcentaje de la población que no cuenta con los bienes y servicios esenciales para el desarrollo de sus capacidades básicas (CONAPO, 2010).

El área de estudio de la presente investigación fue la localidad de Milpillas, que pertenece al municipio de SLP. Se localiza al norte de la ciudad capital del estado, a un kilómetro de la mancha urbana y a 500 metros del sitio de disposición final de residuos sólidos conocida como tiradero “El Peñasco”. De acuerdo con datos publicados por CONAPO en el año del 2010 (CONAPO, 2010), la localidad de Milpillas es una zona con un alto nivel de marginación. La localidad de Milpillas es menor a los 2500 habitantes, de los cuales 603 habitantes de 15

años o más, tienen educación básica incompleta; 351 habitantes sin derecho a servicios de salud; 153 habitantes carecen de agua entubada en sus hogares; 118 habitantes no cuentan con drenaje y 43 no tienen luz eléctrica (CONEVAL, 2010). En un estudio realizado por Domínguez-Cortinas (2013) en la localidad Milpillas durante el año 2009, cuyo objetivo fue identificar problemas de salud asociados a la injusticia ambiental, se encontró que los habitantes presentan morbilidad por diarreas, padecimientos gastrointestinales y dermatológicos, riesgos a la salud por parasitosis, bajo coeficiente intelectual, bajos ingresos económicos, hacinamiento, falta de saneamiento y riesgos por exposición a contaminantes generados por la quema de basura y uso de leña para cocinar.

Población de estudio

Participaron seis mujeres pertenecientes a la localidad de Milpillas, cuatro prestadores de servicios de salud de primer nivel, cinco de segundo nivel y treinta estudiantes que cursaban el penúltimo y último semestre de licenciatura en medicina, en enfermería o nutrición. Los estudiantes participantes se encontraban realizando prácticas profesionales en los dos primeros niveles de salud, es decir, realizando acciones de promoción de la salud y brindando atención en hospitales públicos de la ciudad de SLP.

Mujeres entrevistadas

A las participantes se les aplicó una entrevista semi-estructurada, diseñada con base en algunos puntos de la Guía para medir conocimientos, actitudes y prácticas en nutrición (Macías, & Glasauer, 2014). Los temas que se abordaron fueron: características del contexto, alimentación familiar, embarazo, atención médica, prácticas y saberes ante la LM, prácticas y saberes sobre la alimentación complementaria y el rol de los prestadores de servicios de salud. Posterior a su diseño y para su validación, el instrumento se evaluó por un grupo de investigadores. La duración de las entrevistas, en promedio fue de 90 minutos. Las entrevistas se realizaron entre abril de 2016 y marzo de 2017. Se consideraron a mujeres de la localidad de Milpillas que tuvieran hijos entre los cero y tres años de edad para poder conocer sobre prácticas y saberes que las madres ejercen durante el primer año de vida de sus bebés; en la Tabla 1 se muestran las principales características de las entrevistadas.

Las entrevistas se aplicaron en sus casas o en un espacio de uso comunitario que se encuentra justo a un lado de la casa de salud. La saturación de los datos determinó el número de entrevistas realizadas, es decir, el momento en el que, durante la obtención de la información, ésta empieza a ser igual, repetitiva o similar (Hernández-Sampieri, et al., 2014). Las entrevistas fueron grabadas, previo consentimiento de la entrevistada, y transcritas textualmente; asimismo se realizaron anotaciones de campo y se generaron expedientes para cada una de las entrevistas. Para el análisis de los datos generados, en un primer momento, se revisaron las entrevistas y se identificaron las categorías planteadas que resultaron de las preguntas de investigación. Esta primera codificación se realizó con el software de análisis cualitativos de datos, ATLAS.TI. versión 7. Después, se hizo un análisis de los códigos, la formación de familias y redes, en la búsqueda de relaciones, patrones, temas y regularidades, pero también contrastes entre los resultados (Delamont, 1992).

puntos de la Guía para medir conocimientos, actitudes y prácticas en nutrición (Macías, & Glasauer, 2014; OMS, OPS, 2010). Previamente a la aplicación del cuestionario se hicieron diez aplicaciones de prueba a estudiantes de licenciatura para comprobar su efectividad, cada aplicación tuvo una duración de 30 minutos aproximadamente.

Este grupo de estudio se conformó por 39 prestadores de servicio de salud (28 mujeres y 11 hombres) con un rango de edad de 20 a 54 años. Se buscó que los participantes estuvieran vinculados con el tema de alimentación infantil y se encontraran en una posición en la que pudieran dar recomendaciones o prescripciones a las familias sobre alimentación infantil, por lo que los criterios de selección fueron los siguientes: a) que aceptaran responder el cuestionario, b) que tuvieran profesión de pediatría, nutrición o enfermería, c) que su lugar de trabajo fuera en hospitales o centros de salud donde acuden las familias de las mujeres entrevistadas. Para el caso de los estudiantes, los criterios de selección fueron

Tabla 1. Principales características de las entrevistadas. Localidad de Milpillás, San Luis Potos, México

Número de entrevista	Escolaridad	Edad en años	Ocupación	Número de hijos y edades	Edad durante su primer embarazo	Ocupación pareja	Tiempo de lactancia del último hijo	Alimentación complementaria último bebé
E1	Secundaria trunca	30	Hogar	12 años 10 años 2 años	18 años	Fábrica de colchones/tiradero	18 meses	Líquido 4m Sólido 4m
E2	Secundaria	28	Hogar	7 años 2 años 6 años	20 años	Microempresa reciclando plástico	24 meses	Líquido 8días Sólido 3m Líquido 4m
E3	Primaria	30	Hogar	3 años 8 meses 8 años	24 años	Técnico en mantenimiento	12 meses	Sólido 6m Líquido 6m
E4	Secundaria	34	Hogar	6 años 7 meses 6 años	26 años	Red ambiental	24 meses	Sólido 6m Líquido 7m
E5	Secundaria	27	Hogar	5 años 2 años	21 años	Recolector de basura	9 meses	Sólido 8m
E6	Primaria	28	Trabaja en el tiradero/hogar	14 años 12 años 2 años	14 años	Jornalero, pepenador.	Días	Líquido 2m Sólido 3m

Prestadores de servicios de salud

Para este grupo se utilizó un cuestionario que contó con 36 preguntas abiertas y 8 preguntas cerradas; los cuestionarios con preguntas abiertas son un instrumento muy útil en la investigación cualitativa, ya que nos permite llegar a un número mayor de personas (Álvarez-Gayou, 2003) para su diseño se hizo una revisión bibliográfica y se tomaron algunos

los siguientes: a) que aceptaran responder el cuestionario, b) que fueran estudiantes de medicina, nutrición o enfermería, c) que estuvieran realizando prácticas profesionales y tuvieran espacios para dar recomendaciones o prescripciones a los pacientes. Los cuestionarios se aplicaron entre el mes de mayo y octubre de 2017. Para el análisis de la información se transcribió la información de los cuestionarios, se

sacaron las frecuencias de las respuestas para las preguntas cerradas, y para las preguntas abiertas se realizó un análisis de contenido, y con base a las respuestas dadas en cada pregunta, se establecieron categorías temáticas, se clasificaron y contabilizaron las respuestas para obtener frecuencias. Se realizaron bases de datos en Microsoft® Office Excel®.

Resultados

Descripción del contexto en el que se analiza la alimentación infantil

De acuerdo con las observaciones realizadas durante el estudio, se apreció que, en la entrada del relleno sanitario o “tiradero”, como le llaman las personas de la localidad de Milpillas, cruzan camiones de la Red ambiental (empresa encargada del manejo de los desechos del tiradero municipal), camionetas y carretones arrastrados por mulas o caballos manejados por mujeres con niños pequeños, personas de la tercera edad y hombres, todos saliendo con bolsas llenas de basura. Los carretones son un medio que se utiliza para cargar y transportar basura, por lo regular tienen dos llantas, la parte superior despejada y puede ser arrastrada por caballos o mulas. En el relleno sanitario hay un flujo constante de personas que entran y salen, también se observaron animales, como perros y aves.

En esta localidad operan ladrilleras sin regulación, las ladrilleras son hornos construidos con adobe o barro y ladrillos, en ellos se cosen los ladrillos como el último paso en la elaboración de éstos. Para su cocción, los productores de ladrillos utilizan como combustible madera, plásticos, aparatos eléctricos, lo cual recogen en el relleno sanitario. Las emisiones que se generan al ambiente por la quema de dicho material, afecta su salud y el de las personas de la localidad. La recolección de basura y la producción de ladrillos son las principales fuentes de ingresos de las familias, y en la mayoría de las familias, todos los miembros de la misma participan en ambas actividades, desde bebés que acompañan a sus madres al relleno sanitario, niños y personas de la tercera edad.

Se observó que la mayoría de las casas son construidas con ladrillo o block de concreto, otras son construidas con trozos de materiales como madera, plástico, cartón, esponjas o láminas. Algunas familias tienen animales para engorda como

vacas o cerdos, que son alimentados de los desperdicios orgánicos que recogen del relleno sanitario, y otras familias tienen sembradíos de alfalfa que sirven para alimentar al ganado. Muchas de las casas tienen patios con superficies de tierra cubiertos con bolsas repletas de basura que traen desde el tiradero, bolsas con plásticos, latas, electrónicos, juguetes o cajas con comida caduca aún en sus empaques expuestos a la intemperie, que, en ocasiones, consumen las familias. Hay una tienda de abarrotes muy grande en donde pueden encontrar desde productos de limpieza, alimentos de la canasta básica, refrescos, agua embotellada y algunas frutas y verduras.

La localidad de Milpillas cuenta con una escuela de nivel preescolar, otra de nivel primaria y una telesecundaria, todas son públicas. Existe una casa de salud que es atendida por una enfermera, un médico y una persona de la comunidad que ayuda a recibir a las familias que llegan al centro. En México, la casa de salud es el centro de atención para la salud en donde las familias de zonas rurales asisten, son mucho más pequeños que los centros de salud y ofrecen acciones gratuitas a través de brigadas móviles. La casa de salud de Milpillas cuenta con cuatro habitaciones de aproximadamente tres metros cuadrados cada una; se abre tres días por mes en un horario de 9:00 am a 2:30 pm. Cuando las familias necesitan recibir atención médica en los días que no está abierta la casa de salud, tienen que trasladarse por más de una hora al centro de salud más cercano o a los hospitales que ofrecen servicios de segundo nivel y atienden a personas que cuentan con seguro popular, este seguro se da a las personas que no cuentan con un seguro social de gastos médicos y busca que todas las personas afiliadas al seguro popular tengan acceso a servicios de salud.

Resultados obtenidos mediante los instrumentos de recolección de datos

Las seis mamás entrevistadas tuvieron a sus bebés en hospitales públicos y recibieron atención médica durante los primeros meses de sus bebés. De acuerdo a lo referido por las participantes entrevistadas, existe una división por género de las tareas que se llevan a cabo dentro y fuera del hogar. Las mujeres se hacen cargo, de manera central, de la preparación y distribución de alimentos dentro del hogar, aseo del hogar, cuidado de los hijos y trabajar para completar los gastos. En Milpillas, el relleno sanitario o el

“tiradero” como se le conoce, es un espacio en el que las mujeres asisten cuando necesitan un ingreso extra, ya que pueden acudir cuando ellas lo desean y el tiempo que puedan. Si bien al momento de realizar la entrevista solamente una de ellas trabajaba en el tiradero, todas las entrevistadas han asistido al menos una vez en la vida a trabajar.

“Casi todas las mamás hemos llevado a nuestros bebés (al tiradero) casi recién nacidos, porque siento, no me consta que todas, viven la misma o peor situación que uno, muchas siguen en el mismo infierno, digo yo...y los llevan en unas carriolas y a veces en porta bebés, pero no son unos porta bebés nuevos, ahí salen, ya nomás uno los lava bien” (Madre. Entrevista 6, abril del 2016)

Las entrevistadas comentaron que en más de una ocasión se han llevado a sus hijos al “tiradero”, y que es muy común ver desde bebés, niños pequeños y adolescentes que ya también apoyan en la selección de basura para su venta. Las ganancias de una mañana de trabajo en el tiradero oscilan entre los \$50 y los \$200 pesos mexicanos.

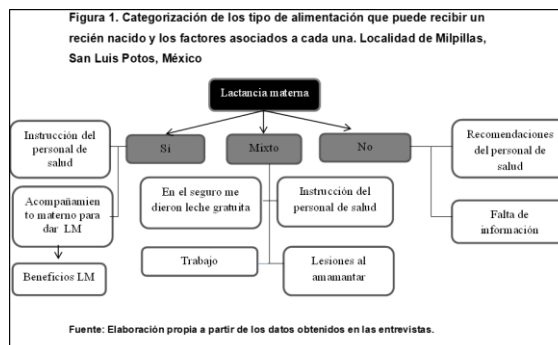
“Sí, María (su hija de once años) como quiera, se sube y se duerme en el carretón que tiene como unas tablas, se tiende una cobija y ella ya se pierde hasta que llegamos a la casa, y ya la levantamos para que se dé una enjuagadita y no vaya a la escuela con mal olor, y nosotros también, y nos venimos durmiendo a la una de la mañana y al día siguiente a las siete de la mañana pues ya, échate una avena o un cereal y vete a la escuela” (Madre. Entrevista 6, abril del 2017)

Los varones adultos trabajan en algún empleo relacionado con el relleno sanitario, en la empresa Red Ambiental que es la encargada del manejo de los residuos, en chatarreras que se encuentran en la misma zona separando basura para su venta, o directamente en el relleno sanitario cuando no tienen empleo fijo, otros trabajan como jornaleros o en las ladrilleras que se encuentran en Milpillás.

Lactancia materna

En la Figura 1, se muestra el resultado del análisis de los datos obtenidos en las entrevistas en donde se representan los tres posibles tipos de alimento que puede recibir un recién nacido y los factores que pueden acompañar cada decisión. En los relatos que

compartieron las mujeres entrevistadas, se puede identificar que el rol que juegan sus madres o suegras, en gran medida determina el tipo de alimentación que posteriormente tendrán sus bebés.



Las prácticas de alimentación infantil mencionadas por las entrevistadas favorecen la LM sobre la alimentación con sustitutos de leche, por beneficios en la salud del bebé, cuestiones económicas o simplemente porque no se concibe que sea de otra forma, ya que es una práctica que predomina en el contexto.

“mi mamá me dijo que debía darles pecho siempre desde chiquitos para que no se enfermen tanto y para que crezcan sanos” (Madre. Entrevista 5, marzo, 2017)

Los saberes compartidos por parte de madres o suegras sobre los beneficios de un tipo de alimentación sobre otra y la forma de afrontar los obstáculos por lesiones durante el amamantamiento motivan a las mujeres a no interrumpir la lactancia, ya que no hacerlo podría ser cuestionado por las personas de su entorno o familia. Si bien mencionan que, al nacer sus bebés, son las enfermeras o doctores quienes también las motivan a amamantar a sus bebés, son las madres o suegras quienes supervisan y guían esta práctica.

“No, fue mi mamá la que me explicó y de hecho fue cuando se la quitó. Le quitó como dos meses, o sea nada más le di como dos semanas al bebé primero, pero se me agrietaron los pechos y ya después le suspendí, le dejé de dar un mes y mi mamá me regañaba, me decía que no, que así tenía que ser; y me decía: ¡No, vas a darle! y ya nada más me compuse y comencé a darle otra vez” (Madre. Entrevista 1, marzo 2017)

Una entrevistada comentó que en ocasiones daba a su bebé leche de fórmula debido a que se la daban gratuitamente en el hospital público. Esta “ayuda en especie” está escrita en las leyes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), artículo 94, y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), artículo 38, formando parte de las políticas públicas en México (de Cosío Martínez & Hernández Cordero, 2016).

“... le tuve que dar fórmula un día hasta que me bajó (...) hasta los seis meses me daban en el Seguro (...) le di pecho y leche (...) que si no ajustaba que le diera fórmula (se refiere a lo que le decía la doctora en el Seguro)”. (Madre. Entrevista 4, marzo 2017)

Sin embargo, en este contexto se identificó una tendencia en cuanto a la responsabilidad que tienen exclusivamente las mujeres de ser las encargadas de la alimentación del recién nacido, sea LM o alimentación con sustitutos de leche.

“No pues para él era mejor que les diera (leche materna), porque no había para comprar la leche. O sea, cuando le di a mi hijo que te digo que tuve que suspenderle el pecho mi mamá fue la que me compró la leche, o sea mi mamá fue la que me apoyó mucho en eso. Sí pues para este hombre hubiera sido mejor que siempre les diera pecho” (Madre. Entrevista 1, marzo 2017)

Más bien se salió porque estaba asustado (su esposo), para que no la vaya a apachurrar, para que no la vaya a... pues es que también era inicio de todo. Pero sí me acuerdo que hasta dormí sentada esa noche, porque era para el 31 de diciembre, sentada con mi niña en los brazos. Pues es que tenía hambre. Y yo no le compré fórmula, no le compré nada. Dije pues así. No pues hasta que yo sola. (Madre. Entrevista 2, marzo 2017).

La necesidad de trabajar para cubrir los gastos diarios en el hogar es un reto que manifiestan las entrevistadas para poder continuar con la LM, trabajar en el “tiradero” les da la oportunidad de llevarse a sus bebés o hijos pequeños y de esta forma no dejarlos solos en casa. Las madres expresan que a los niños pequeños les gusta ir al “tiradero” porque pueden encontrar juguetes, o alimentos chatarra aún en sus empaques que posiblemente pueden comer al llegar a casa. Las entrevistadas también hablan de los

riesgos de trabajar en el “tiradero” como el mal olor, lastimarse con vidrios rotos, jeringas u otros objetos punzocortantes, los perros y pájaros en abundancia, la falta de sombra y la dificultad para lavarse las manos. Pero también hablan de la libertad que tienen al poder trabajar cuando lo necesitan para el sustento de su familia.

“No, sí, pues no es higiénico, yo lo sé, pero yo mi niño sí le daba (leche materna), me cargaba una botella de agua, y mi mamá me dijo, “cárgate un trapito en una bolsa, porque vamos a durar todo el día, échale pañales, dos cambiecitos”. Mi mamá era la que me decía cómo le hiciera, yo me llevaba pañales, sus cambiecitos, talco, y uno o dos trapitos, entonces ya cuando me pedía, y como anda uno sucio, me lavaba las manos, y con el trapito, me lo ponía entre el pecho y la blusa, blusa de cuello alto, y me limpiaba el pecho, y mi mamá me decía quítate la camisa que traes más sucia, y me dejaba la de abajo, y le daba hasta que quedara bien lleno” (Madre. Entrevista 6, abril 2017)

Destete de los niños

Todas las madres entrevistadas amamantaron a sus bebés, una de ellas solamente durante algunos días debido a que su bebé fue diagnosticado en un hospital público con alergia a la proteína de leche de vaca (ALPV), razón por la cual se le recomendó suspender la LM y sustituirla por leche en polvo hidrolizada. La leche en polvo hidrolizada no contiene lactosa y es a base de proteína, en México cada lata de 800g cuesta entre \$350 y \$450 pesos mexicanos y cada lata dura aproximadamente una semana (Farmacias del ahorro, 2018). Debido al alto costo, la entrevistada expresó que en diversas ocasiones le fue imposible comprar la leche, por lo que tuvo que sustituirla por otro tipo de líquidos o alimentos desde una edad muy temprana, aunada a la dificultad de tener acceso a agua purificada. En estos casos, y de acuerdo con la literatura, una opción es continuar con la LM eliminando de su dieta la proteína de leche de vaca (Barrios-Montijo, 2014).

“Yo lloraba, porque yo le daba agüita de arroz y ella no me la quiso mucho, y el papá sin novedad. Ahí para que vea yo sí sufrí mucho” (Madre. Entrevista 6, abril 2016).

Las madres dicen que los prestadores de servicios de salud dan recomendaciones sobre los beneficios de la

LM y su importancia, sobre el momento en el que se “debería” destetar a un bebé, y también son quienes sugieren y orientan a las madres sobre cómo iniciar la alimentación complementaria.

“Ah, porque fui a la clínica, a las vacunas que les tocan de seis meses, y el niño pidió leche, y el médico me dijo, “¿Cuánto tiene su hijo?”, y ya le digo 6 meses, y me dijo: “¿y por qué le sigue dando pecho?, qué no sabe que ya no está comiendo leche, sino su calcio” y me empezó a regañar y, pero al grande sí le di tanto tiempo, y nunca me dijeron nada verda” (Madre. Entrevista 6, abril 2016).

Al igual que los prestadores de servicios de salud, son las abuelas quienes también guían este proceso de destete, compartiendo saberes que determinan la duración de la LM, por lo que las madres de los bebés se ubican ante dos saberes que muchas veces se contraponen, incitando a la simulación con algunas de las partes una vez tomada su decisión.

“En el Seguro y centro de salud, siempre han dicho que hasta los seis meses (amamante a su bebé), pero yo les doy hasta el año” (Madre. Entrevista 4, marzo 2017).

Alimentación complementaria

Un momento clave es cuando inicia la alimentación complementaria, definida como el momento en el que la leche materna ya no es suficiente para cubrir las necesidades nutricionales del lactante, por lo que empieza la introducción de diferentes sólidos y líquidos. Esta etapa que inicia a los seis meses de edad es una fase de gran vulnerabilidad, ya que es el momento en el que para muchos niños empieza la malnutrición (OMS, 2018b). Si bien es cierto que en el acceso a determinados alimentos influyen las prácticas, la manera de comer, es uno de los primeros aprendizajes sociales y, por lo tanto, los ingredientes, la preparación o mezcla de alimentos se aprenden en el entorno social.

Las mujeres entrevistadas comentan que la alimentación complementaria, que es guiada por sus madres o suegras, suele iniciarse entre los tres y los seis meses de edad. Una entrevistada mencionó el internet como otra fuente de información que es importante, pero sigue siendo el saber materno el que marca la pauta.

“Entonces ha de haber sido antes, como a los cuatro entonces. Porque a veces me preguntaban los doctores, me decía ¿y le da algo? Y yo les decía que no, porque después me regañaba porque decía que no era recomendable darles de bebé. Pero si mi mamá me decía, no sí dales su caldito de frijoles, sus tecitos, agüita, y sí les daba” (Madre. Entrevista 1, marzo 2017)

“A veces yo me fijo en internet, busco así cosas, pero casi mi mamá es la que nos ha enseñado, por que como ella ha tenido muchos niños, pues igual tiene como la experiencia. Ya nos dice, no pues dale esto y ya cuando se nos enferma me dice dale esto o así. Pero dicen que uno no debe auto medicarse y así, pero a veces uno confía más. Porque la medicina luego te afecta, entonces trato de darle como un té de algo o así. Pero ya si no pues vamos al doctor para que los recete” (Madre. Entrevista 3, marzo 2017).

Como parte de ese saber materno, es válido iniciar la alimentación complementaria antes de los 6 meses de edad, así como introducir líquidos desde días de nacidos. En cambio, el saber médico sugiere que se inicie a los 6 meses de edad.

“Pues a veces los doctores te lo dicen porque son doctores y saben lo que es bueno, pero a veces el sazón de la mamá por cómo, más que nada por los antepasados ellas comían diferentes” (Madre. Entrevista 1, marzo 2017).

“... mi mamá como a los 5 meses... le dio uno (un chocolate) y fue el caos porque vomitó mucho, y de ahí me la llevé porque se me empezaba a hacer ojerosa y como que se me deshidrataba, y ya fue cuando me la internaron. Y me dijeron que nada de chocolates” (Madre. Entrevista 6, abril 2016).

Prestadores de servicios de salud y alimentación infantil

A continuación, se muestran los resultados más relevantes en relación al tema de alimentación infantil, y prestadores de servicios de salud. En los cuestionarios se les preguntó si habían tomado algún taller, materia o diplomado relacionados con LM y alimentación complementaria, a lo que 28 participantes (71.7%) respondieron que sí, las respuestas más mencionadas fueron cursos en línea,

congresos y capacitaciones en su lugar de trabajo, mas no dentro del plan de estudios.

Una pregunta que se les hizo fue acerca de lo que dirían a una madre que argumentara que tiene poca leche, un saber que puede afectar la práctica. La tendencia en las respuestas fue revisar la técnica de la madre con doce menciones (30%), continuar estimulando con masajes y tomar abundante agua. Aunado a estas respuestas, dos de los encuestados expresaron que para motivar a las madres a que amamanten a sus hijos tienen que regañarlas.

“...tengo que regañarlas para que lo hagan (amamanten a sus hijos), muestran muy poco interés” (Prestador de servicios de salud. Centro de Salud. Cuestionario 35, octubre 2017).

“... la gente no es muy cooperadora, no hace lo que se le dice... cumplimos con darle información” (Prestador de servicios de salud. Centro de Salud. Cuestionario 37, octubre 2017).

En cuanto a las respuestas de las diferencias entre leche materna y sustituto de leche materna, 21 encuestados (53%) hicieron referencia a las inmunoglobulinas presentes en la leche materna, 13 (33%) a la proteína y grasa presentes en la leche materna y una persona mencionó que la diferencia radica en que la leche materna contribuye a la prevención del cáncer de seno y que favorece, además, la pérdida de peso de la madre.

Al preguntarles sobre la razón por la que consideran que las madres no amamantan a sus hijos, algunos de los participantes dieron más de una respuesta. Trece participantes (30%) mencionaron que, por dolor, 11 (28%) dijeron que, por falta de información, 10 (25%) refirieron que, por flojera o comodidad, 9 (23%) por tiempo, 8 (20%) por trabajo, 7 (17%), por estética de los senos una persona (2%), una persona (2%) dijo que el esposo podía prohibirlo, y una persona (2%) dijo que por culpa de los hospitales particulares.

“...por mitos de que se les cuelgan los senos y tonterías por el estilo” (Prestador de servicios de salud. Estudiante de Medicina. Cuestionario 1. mayo 2017).

“...falta de interés... o creencias populares” (Prestador de servicios de salud. Estudiante de Medicina. Cuestionario 13. mayo 2017).

Una sola persona hizo mención a las políticas internas de los hospitales particulares, que obstaculizan el apego inmediato con la madre, el alojamiento en conjunto y la falta de seguimiento a las normas de promoción de la LM (OMS, 2003) (Ramos-Rodríguez & Hernández-González, 2017)

“...Por culpa de los hospitales particulares” (Prestador de servicios de salud. Estudiante de Medicina. Cuestionario 38. octubre 2017).

También se les preguntó sobre los beneficios de la LM en el bebé o la madre después del año de edad, a lo que 13 encuestados (33%) mencionó que no había ningún beneficio, 10 (25%) mencionó que se seguía beneficiando al sistema inmunológico, 6 (15%) no respondió, 3 (7%) mencionó que favorece al vínculo madre e hijo, 2(5%) mencionaron que contribuía al desarrollo cognitivo del bebé, una persona mencionó su contribución para la prevención de cáncer de seno y uno más al desarrollo del lenguaje. Es relevante señalar que existe evidencia de los beneficios de la LM prolongada tanto en la madre como en el niño (Asociación Española de Pediatría, 2015), y se esperaba que el personal de salud estuviera informado al respecto.

El inicio de la alimentación complementaria y la introducción de líquidos es un momento clave, a lo que 23 (58%) de los prestadores de servicios de salud respondieron que debe iniciarse después de los 6 meses; algunos señalaran además la preparación de alimentos sin aceites, cocidos al vapor evitando agregar sal. Un prestador de servicios de salud que trabaja en Milpillas respondió que es común observar que el inicio de la alimentación complementaria sea a los 3 meses.

Discusión

A partir de la información obtenida en la presente investigación, es posible llegar a algunas conclusiones relacionadas con las prácticas y saberes sobre alimentación infantil en escenarios contextuales como Milpillas, las cuales pueden brindar pautas para el diseño e implementación de estrategias de promoción de la LM y alimentación infantil saludable. En la localidad de Milpillas son las

mujeres quienes tienen la asignación del rol de la alimentación de los integrantes de su familia, del cuidado de los hijos y del hogar y, también de generar ingresos económicos para su sustento. Este rol de cuidado surge de la experiencia propia de la de otras mujeres cercanas, principalmente madres y suegras, por la experiencia que ellas han tenido de cuidar, alimentar y trabajar para el sustento de sus familias. Los varones contribuyen económicamente en sus hogares y sus fuentes de ingreso principalmente están relacionadas con trabajos formales o informales relacionados con la recolección de basura o su venta posterior. Delegan a las mujeres las decisiones relacionadas con la crianza y la alimentación infantil. En este sentido, Zuanilda-Mendoza en el 2006 realizó una descripción de saberes de mujeres y varones Triquis, una comunidad localizada en Oaxaca para dar cuenta de los roles de género en la crianza y procesos de salud, también encontró que la crianza, incluyendo procesos de alimentación infantil como lactancia, ablactación y posteriormente integración a la dieta familiar corresponde principalmente a las madres y otras mujeres de diferentes generaciones, como las abuelas. Esto nos da la pauta para que futuras estrategias de promoción de la salud, integre a los diferentes miembros de la familia.

Sin duda, los retos que tienen que superar las madres de familia para amamantar a sus bebés y posteriormente para alimentarlos saludablemente son muchos, uno de ellos es el trabajo formal o informal que les impide a las madres estar cerca de sus hijos para poder alimentarlos a libre demanda, esto quiere decir, cada que el bebé lo solicite. Una entrevistada comentó que, el principal factor por el que no pudo continuar con la LM fue el trabajo, sin embargo, otra de las entrevistadas nos comentó que trabajar en el “tiradero” les da la oportunidad de asistir cuando lo deciden y en el horario que pueden, por lo que pueden llevarse a su bebé al tiradero para poder continuar con la lactancia. Ahí, las familias pueden encontrar desde sillitas para bebés, juguetes o alimentos empaquetados que pueden consumir en casa. Las mujeres recolectan desperdicios orgánicos que después serán vendidos a criaderos de cerdos. Pese a estos beneficios reconocidos por las mujeres, ellas hablan de los riesgos a los que también se exponen.

En relación al relleno sanitario, no se puede dejar de mencionar que el gobierno se ve beneficiado del trabajo informal de estas mujeres que con su trabajo resuelven en gran medida el tema de reciclaje, asumen roles que corresponden a las autoridades municipales, quienes permiten un trabajo informal que no las compromete a velar por la seguridad o a enfrentar las consecuencias de los riesgos que implica trabajar en el tiradero (Floribela dos Santos & Wehenpohl, 2001). Los pepenadores son imprescindibles en la sociedad de consumo y es una labor explotada en condiciones de insalubridad y a veces inhumana, además de no recibir en todos los casos una remuneración equitativa por su trabajo, dejando las ganancias que se obtienen de la separación de materiales en manos de terceros que solo fungen como intermediarios (Floribela dos Santos & Wehenpohl, 2001).

De las entrevistadas, quienes dieron a sus bebés lactancia mixta, es decir, leche materna y leche de fórmula, tuvieron mayor contacto con los servicios de salud. Una de ellas debido a que en el IMSS se la otorgaron gratuitamente durante seis meses, por la “ayuda en especie” que está estipulada en las leyes del IMSS (González de Cosío & Hernández-Cordero, 2016). Otra de las entrevistadas que dio lactancia mixta, fue por recomendaciones médicas a causa de la alergia a la proteína de leche de vaca que tuvo su bebé. Estos datos nos permiten ver que, a mayor contacto con los servicios de salud, mayor medicalización de la alimentación infantil, y también mayor acompañamiento en el desarrollo de los bebés por parte de los prestadores de servicios de salud (Conrad, 1997). En ambos casos las madres expresaron ambivalencia en cuanto a su decisión de alimentar a sus bebés con sustituto de leche materna, enfrentándose al saber médico contra el saber materno.

De acuerdo con los resultados de este estudio, se observó que los prestadores de servicios de salud proporcionan información diferente sobre alimentación infantil. Algunos sugieren una alimentación mixta para “complementar”, y hay quienes, ante las dificultades de la lactancia materna, sugieren alimentación con fórmula láctea. Por otro lado, existen prestadores que motivan la adecuada práctica de la lactancia, dando un adecuado acompañamiento a las madres. También están los prestadores de servicios de salud que sugieren se

inicie la alimentación complementaria a los cuatro meses, y la mayoría que sugiere que sea a los seis meses y que además sugieren a las familias secuencias de alimentos de acuerdo con la edad del bebé, medidas de higiene y de preparación. Lo anterior refleja la diferencia y las contradicciones que existen con relación con el tema de alimentación infantil. Estos resultados concuerdan con lo reportado por Villalobos-Núñez en 2011, quien realizó una investigación cualitativa en donde por medio de entrevistas obtuvo información sobre el conocimiento que tiene el personal de salud del servicio de maternidad sobre la LM exclusiva, y encontró que existen diferencias en el conocimiento que poseen los participantes, así como en las técnicas de amamantamiento, lo que dificulta la adecuada promoción, acompañamiento ante dificultades que se pudieran presentarse durante la lactancia y el mantenimiento prolongado de la misma.

El inicio de la alimentación complementaria es un momento en el que se manifiesta una competencia entre saberes, el saber médico y el saber materno, en este caso representada por una abuela o madre con hijos mayores. En esta competencia de saberes prevalece el saber materno sobre el médico, iniciando una alimentación complementaria antes de los seis meses de edad. Las entrevistadas hacen referencia a la necesidad de ocultar información al personal de salud respecto a sus prácticas para evitar regaños. Un prestador de servicios de salud expresó que cumple con dar información, y que la gente no hace lo que se le dice. Es necesaria la capacitación adecuada de los prestadores de servicios de salud para mejorar la comunicación médico-paciente, visibilizando la falta de actualización del currículo de escuelas afines a los servicios de salud, afirma González de Cosío & Hernández-Cordero.

Las madres entrevistadas, definieron la forma de atención que reciben por el personal de salud como impersonal, rutinaria, con cierta estructura que van conociendo y a la que se van adaptando. Saben que cuando toca consulta tienen que esperar horas para ser atendidas... “para que me diga lo mismo de siempre” “para que nada más me regañe”. Pero si no aceptan esta estructura, se quedarían sin atención médica gratuita, así que se adaptan, y comprenden que no se puede confiar del todo. Esta situación propicia un juego de simulación, en donde el médico sugiere, recomienda, orienta, bajo el supuesto de que

la madre no sabe; y la madre que asiente a las recomendaciones del médico, pero que sí tiene un saber, un saber del que ha sido parte y que ha ido construyendo a lo largo de su vida, y que para ella tiene un sentido real. El médico sugiere porque es parte de lo que le “toca”, da recomendaciones a las madres sobre los beneficios de la lactancia materna y su importancia, también sobre el momento en el que se “debería” destetar a un bebé. Son también quienes recomiendan se utilice sustituto de leche materna para complementar o para evitar enfermedad, orientan a las madres sobre cómo iniciar la alimentación complementaria, pero lo hace desde su propia realidad, muy lejana a la de la madre, un saber más cercano a lo biológico que a lo social.

Los prestadores de servicios de salud que están en contacto con mujeres en periodo de gestación y durante los primeros meses de vida del bebé, tienen un rol primordial en la adecuada promoción de la lactancia materna y alimentación complementaria; por lo que deben respetar, y primordialmente, conocer los saberes de las familias a las que se acercan. Ramos-Rodríguez & Hernández-González en el 2017 compartieron el testimonio de 39 madres lactantes, 11 madres abuelas y 12 prestadores de servicios de salud de una población nahua de Cuentepec, Morelos, México. Sus resultados concuerdan con la presente investigación, ya que encontraron que, los saberes médicos por lo general están descontextualizados de la realidad y de los saberes de las personas, separan la parte social de la biológica, y ven a las personas únicamente como el síntoma que hay que “curar”.

González de Cosío-Martínez, Hernández-Cordero & Hernández-Ávila (2017) afirman que el tema de la alimentación infantil es un gran pendiente en la agenda de salud pública del país, por lo que urge una promoción, protección y apoyo, para lo cual, los prestadores de servicios de salud tienen un rol importante. Además, es necesario establecer una política nacional multisectorial, fortalecer el financiamiento para investigación y promover la voluntad política. Para esto, tiene que ser visibilizada la problemática desde las familias y el impacto que tiene en su cotidianidad. Así como visibilizar el apoyo en la formación pertinente que necesitan recibir los prestadores de servicios de salud en sus universidades y en sus centros de trabajo. En congruencia con lo citado, Salas Valenzuela, Torre

Medina-Mora & Meza Segura en el 2014 examinaron los programas de estudio de la Licenciatura en Enfermería de la Ciudad de México para saber si los programas contaban con contenidos para poner en práctica las recomendaciones actuales sobre alimentación infantil. Encontraron que es necesaria una actualización bibliográfica y que además se incluya las normas oficiales vigentes, literatura internacional sobre el tema de alimentación infantil, entre otras recomendaciones. En México, a pesar de haberse adoptado recomendaciones y normas internacionales sugeridas por la OMS, la OPS y UNICEF, que promueven la lactancia materna y acompañamiento a las familias para la introducción a la alimentación complementaria después de los seis meses cumplidos, no se ha logrado una coordinación y regulación que realmente proteja la alimentación de los niños en sus primeros años, y tampoco se ha logrado integrar en sus estrategias y propuestas a la población a la cual se espera llegar.

Conclusiones

En la presente investigación se encontró que la práctica de la LM es valorada y promovida por las propias mujeres y miembros de la localidad de Milpillal. Lo habitual es tener una lactancia materna prolongada, más allá del año de edad, más no exclusiva, debido a que a muy temprana edad se inicia la alimentación complementaria.

Los prestadores de servicios de salud promueven la LM, más no logran reconocer, en su mayoría, los beneficios de una lactancia materna prolongada y la diferencia entre prolongada y exclusiva. Es importante y necesaria una adecuada formación de los prestadores de servicios de salud en el área de LM y alimentación infantil, pero, además, que los prestadores de servicios de salud logren una reflexión sobre su práctica y previo a las recomendaciones que dan, conozcan el contexto de las personas, y validen sus saberes, ya que son esos saberes los que determinan su práctica.

Es por lo tanto indispensable que se diseñen e implementen programas de promoción de la salud, en los cuales se promueva la LM y la alimentación infantil saludable, de una manera holística, y no desde un solo saber, ya sea del médico, del investigador, o de organismos nacionales o internacionales. Si se diseñan de esta manera, es más probable que se tenga un resultado alentador, y se

logre la promoción de la LM infantil y la prevención de ENT.

Agradecimientos

Se agradece la colaboración de las mujeres entrevistadas de la comunidad de Milpillal por compartir sus saberes, sus alegrías y temores, por sus opiniones. Agradecemos a los prestadores de Servicios de Salud por su tiempo y sus respuestas, por compartir sus inquietudes y su sentir sobre su práctica. Se agradece el apoyo otorgado por el Fondo Mixto CONACYT-Gobierno del Estado de SLP con la Clave FMSLP-2014-C02-251723 por el apoyo para la realización del proyecto que lleva el nombre de Identificación de perfiles genéticos, proteómicos y factores de riesgo asociados a las enfermedades no transmisibles y sus comorbilidades e implementación de intervenciones educativas para su prevención.

Bibliografía

- Amitay, E., & Keinan-Boker, L. (2015). Incidencia de la lactancia materna y la leucemia infantil: un metanálisis y revisión sistemática. *JAMA Pediatr*, 169. Recuperado el 17 de Agosto de 2018, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26030516>
- Álvarez-Gayou, J. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa: Fundamentos y metodología*. México: Paidós.
- Arenas, A. B., Fernández-Gaxiola, A. C., Belausteguigoitia, M. P., Kaufer-Horwitz, M., Lizaur, A. B., & Dommarco, J. Á. (2015). *Guías alimentarias y de actividad física en contexto de sobrepeso y obesidad en la población mexicana*. Academia Nacional de Medicina. Distrito Federal: Intersistemas, S.A. de C.V. Recuperado el 17 de Agosto de 2018, de <https://www.insp.mx/epppo/blog/3878-guias-alimentarias.html>
- Asociación Española de Pediatría. (2015). *Lactancia materna en niños mayores o "prolongada"*. Comité de Lactancia Materna. Recuperado el 9 de Agosto de 2018, de <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201501-lactancia-materna-prolongada.pdf>
- Barrios-Montijo, E. e. (Agosto de 2014). *Guía latinoamericana para el diagnóstico y tratamiento de alergia a las proteínas de la leche de vaca (GL-APLV)*. *Revista de Investigación Clínica*, 66(2). Recuperado el 17 de Agosto de 2018, de https://www.researchgate.net/profile/Jose_Spolidoro/publication/272748919_Editorial_Guia_latinoamericana_para_el_diagnostico_y_tratamiento_de_alergia_a_

las_proteinas_de_la_leche_de_vaca_GL-APLV/links/5737481908ae9ace840bf2bb/Editorial-Guia-latinoamericana-para-el-diagnostico-y-tratamiento-de-alergia-a-las-proteinas-de-la-leche-de-vaca-GL-APLV.pdf?origin=publication_detail

Chapela, C., (2001) "Promoción de la salud. Siete tesis para el debate", Cuadernos Médicos Sociales, pp. 59-69

CONAPO (2010). Mapas de marginación urbana de las zonas metropolitanas y ciudades de 100 mil o más habitantes. Recuperado el 17 de Agosto de 2018, de: http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/indices_margina/marginacion_urbana/AnexoA/Documento/04A_AGEB.pdf

CONEVAL. (2010). Informe anual sobre la situación de la política de pobreza y rezago social. Recuperado el 17 de Agosto de 2018, de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/46234/San_Luis_Potosi_028.pdf

Conrad, P. (1992). Medicalization and Social Control. *Annu. Rev. Sociol.*, 18, 209-232.

Delamont, S. (1992). Trabajo de campo en entornos educativos: métodos, trampas y perspectivas. (S. Delamont, Ed.)

Domínguez-Cortinas, G., F. Díaz-Barriga, R. Martínez-Salinas, P. Cossío, and I. N. Pérez-Maldonado. 2013. "Exposure to Chemical Mixtures in Mexican Children: High-Risk Scenarios." *Environmental Science and Pollution Research* 20(1): 351-357. doi:10.1007/s11356-012-0933-x.

FAO; FIDA; WFP. (2015). El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo, cumplimiento de los objetivos internacionales para 2015 en relación con el hambre: balance de los desiguales progresos. Roma. Recuperado el 9 de Agosto de 2018, de <http://www.fao.org/3/a-i4646s.pdf>

Farmacias del ahorro. (2018). Recuperado el 27 de Julio de 2018, de Fórmulas infantiles: Recuperado el 17 de Agosto de 2018, de <http://www.fahorro.com/>

Florisbela dos Santos, A. L., & Wehenpohl, G. (2001). De pepenadores y triadores. El sector informal y los residuos sólidos municipales en México y Brasil. *Gaceta Ecológica*(60), 70-80.

Gobierno de la República de México. (2013). Estrategia Nacional para la prevención y el control del sobrepeso, obesidad y diabetes. Distrito Federal. Recuperado el 10 de Agosto de 2018 de

<http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/descargas/pdf/EstrategiaSODMexico.pdf>

Gobierno de la República de México. (2014). Estrategia nacional de lactancia materna 2014-2018. Recuperado el 13 de Agosto de 2018 de http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/ENLM_2014-2018.pdf

González de Cosío T., & Hernández-Cordero, S. (2016). Lactancia materna en México. Academia Nacional de Medicina de México. Distrito Federal : Intersistemas. Recuperado el 10 de Agosto de 2018 de https://www.anmm.org.mx/publicaciones/ultimas_publicaciones/LACTANCIA_MATERNA.pdf

González de Cosío-Martínez, T., Hernández-Cordero, S., & Rivera-Dommarco, J. (2017). Recomendaciones para una política nacional de promoción de la lactancia materna en México: postura de la Academia Nacional de Medicina. *Salud Pública de México*, 106-113. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.21149/8102>

Gutiérrez, J., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Villalpando-Hernández, S., Franco, A., & Cuevas-Nasu, L. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.

Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista-Lucio, MP. (2014). Metodología de la investigación. México, DF: McGraw-Hill.

Horta, B., Loret de Mola, C., & Victoria, C. (Diciembre de 2015). Lactancia materna e inteligencia: una revisión sistemática y meta-análisis. *Acta Pediátrica*. Recuperado el 17 de Agosto de 2018, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26211556>

IARC; OMS. (2014). Código europeo contra el cáncer 4ta edición: Lactancia y cáncer. Diario internacional de la epidemiología del cáncer, detección y prevención. Recuperado el 17 de Agosto de 2018 de: <http://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/es/doce-formas/lactancia-materna>

INEGI. (2015). Encuesta Intercensal. Recuperado el 12 de Agosto de 2018, de <http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/slp/poblacion/>

Jacoby, E., Tirado, C., Diaz, A., Peña, M., Sanches, A., Coloma, M. J., et al. (2014). Una mirada integral a las políticas públicas de agricultura familiar, seguridad alimentaria, nutrición y salud pública en las Américas: Acercando agendas de trabajo en las Naciones Unidas. Organización Panamericana para la Salud;

- Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y Alimentación; Comisión Económica para América Latina; Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura. Recuperado el 17 de Agosto de 2018 de http://www.fao.org/fileadmin/user_upload/rlc/eventos/231982/doc_20140509_es.pdf
- Macías, Y. F., & Glasauer, P. (2014). Guidelines for assessing nutrition-related Knowledge, Attitudes and Practices. FAO. Recuperado el 26 de Julio de 2018, de <http://www.fao.org/docrep/019/i3545e/i3545e00.htm>
- Mendis, S. (2014). Informe mundial sobre la situación de las enfermedades no transmisibles 2014 "Cumplimiento de las nueve metas mundiales relativas a las enfermedades no transmisibles". Organización Mundial de la Salud, Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental. Recuperado el 17 de Agosto de 2018, de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149296/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf;jsessionid=2C6B90BE0F14F062E7911FBDC21EA261?sequence=1
- Menéndez, E. L. (1984). El modelo médico hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud. *Arxiu d'Etnografía de Catalunya*, 84-119. Obtenido de <http://antropología.urv.cat/revistarxiu>
- Menéndez, E., & di Pardo, R. (1996). De algunos alcoholismos y algunos saberes: atención primaria y proceso de alcoholización. Mexico: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- OMS. (2003). Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Ginebra. Recuperado el 17 de Agosto de 2018, de http://www.who.int/nutrition/publications/gi_infant_feeding_text_spa.pdf
- OMS. (2017). Monitoreo de avances en materia de las Enfermedades No Transmisibles. Unidad de Vigilancia y Prevención Poblacional, Departamento de Prevención de Enfermedades No Transmisibles, Ginebra. Recuperado el 17 de Agosto de 2018, de <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259806/9789243513027-spa.pdf?sequence=1>
- OMS. (2018a). Fundamental respuesta a enfermedades no transmisibles para el cumplimiento de la Agenda 2030 (México). Recuperado el 8 de Agosto de 2018, de https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=1349:fundamental-respuesta-a-enfermedades-no-transmisibles-para-el-cumplimiento-de-la-agenda-2030&Itemid=499
- OMS. (2018b). Malnutrición. Recuperado el 26 de Julio de 2018, de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/malnutrition>
- OMS; OPS. (2010). La alimentación del lactante y del niño pequeño. Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y del Adolescente de la Organización Mundial de la Salud, Washington, D.C.
- OPS; OMS; Fundación Lactancia Materna (LACMAT). (2005). Código Internacional de Sucesos de Lactancia Materna y Resoluciones relevantes. <https://www.aeped.es/sites/default/files/1-codigopaho.pdf>
- OPS. (2003). Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. Washington D.C. Recuperado el 12 de Agosto de 2018, de https://www.aeped.es/sites/default/files/1-orientacion_para_la_ac.pdf
- OPS. (2007). Principios de orientación para la alimentación de niños no amamantados entre los 6 y 24 meses de edad. Washington, D.C. Recuperado el 12 de Agosto de 2018, de https://www.aeped.es/sites/default/files/1-orientacion_para_la_ac.pdf
- OPS. (2012). Perfiles de país. Enfermedades no transmisibles. Washington, D.C.
- Osorio, R. M. (2001). Los saberes maternos frente a los padecimientos. *Salud Pública de México*, 45(5), 415-416.
- PAHO. (2017). Profile of capacity and response to noncommunicable diseases and their risk factors in the Region of the Americas. Country capacity survey results, 2015. Washington, D.C.
- Pereira, PF., Alfenas RdC., & Araújo, R. M. (2014). ¿La lactancia materna influye en el riesgo de desarrollar diabetes mellitus en niños? Una revisión de evidencia actual. *Journal de Pediatría*. Recuperado el 17 de Agosto de 2018, de http://www.scielo.br/pdf/jped/v90n1/pt_0021-7557-jped-90-01-00007.pdf
- Pérez-Gil, S.E., Romero, G., Cervantes, T. (2014). Percepción del cuerpo y saberes alimentarios de un grupo de escolares en la ciudad de México. En O. R. Casadó (Ed.), *Colección de Antropología Médica: Jóvenes, desigualdades y salud. Vulnerabilidad y políticas públicas*. (Primera ed., págs. 169-202).

Tarragona, España: Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili. Recuperado el 17 de Agosto de 2018, de <http://llibres.urv.cat/index.php/purv/catalog/download/62/50/125-1?inline=1>

Ramos-Rodríguez, R. M., & Hernández-González, M. G. (2017). Tensiones y contradicciones en la intervención gubernamental para la promoción de la lactancia. (U. N. Lanús, Ed.) *Salud Colectiva*, 677-692.

Salas Valenzuela, M., Torre Medina-Mora, P., & Meza Segura, C. (2014). Alimentación infantil: una reflexión en torno a los programas de estudio de enfermería en la Ciudad de México. *Salud Colectiva*, 185-199.

Taylor, S. J., Bogdan, R., & DeVault, M. (2015). *Introduction to Qualitative Research Methods: A Guidebook and Resource*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc. Canada.

Toro, M. A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: Perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Española de Salud Pública*, 423-436.

Villalobos-Núñez, B. (2011). Conocimiento que tiene el personal de salud del servicio de maternidad sobre lactancia materna exclusiva. *Enfermería Actual en Costa Rica*. Obtenido de <file:///C:/Users/noesito/Documents/Doctorado%20PMPCA/Art%C3%ADculos/Dialnet-ConocimientoQueTieneElPersonalDeSaludDelServicioDe-costarica.pdf>

Zanotti, J., Capp, E., & Wender, M. C. (Abril de 2015). Factores asociados con la retención de peso posparto en una cohorte brasileña. *Revista Brasileira de Ginecología y Obstetricia*, 37(4).

Zuanilda Mendoza, B. (2006). Saberes de mujeres y varones triquis respecto de la crianza de sus hijos: cambios y continuidades generacionales. *Salud Colectiva*, 47-59. Obtenido de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1851-82652006000100005&lng=es