

C1964

4



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

PRACTICAS DE CRIANZA Y ALIMENTACION EN UNA COMUNIDAD RURAL.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRA EN PSICOLOGIA GENERAL EXPERIMENTAL PRESENTA: REBECA MARIA ELENA GUZMAN SALDAÑA

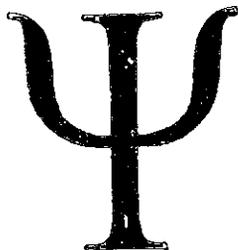
DIRECTORA DE TESIS: DRA. GILDA GOMEZ PEREZ-MITRE

COMITE DE TESIS: DRA. LUCY REIDL MARTINEZ

DRA. EMILY R. ITO SUGIYAMA

MTRA. OLGA L. BUSTOS ROMERO

MTRA. LUZ MA. JAVIEDES ROMERO



MEXICO. D.F.

2001

2001/05/11



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A nosotras las mujeres...

¿Qué era lo que acaso tu mente hallaba?
¿dónde andaba tu corazón?
Por eso das tu corazón a cada cosa;
sin rumbo lo llevas
vas destruyendo tu corazón,
¿sobre la tierra, acaso puedes ir en pos de algo?

Cantares Mexicanos, f. 2 v.

Estamos enfermos de muchos errores y de otras
tantas culpas; pero nuestro peor delito
Se llama abandono a la infancia.
Descuido de la fuente de vida.
Muchas de las cosas que necesitamos
Pueden esperar: el niño, no.
El está haciendo ahora mismo sus huesos, creando
sangre y ensayando sus sentidos.
A él no se le puede responder: "Mañana".
El se llama "ahora"

Gabriela Mistral

Gracias....

Alvaro por tu apoyo y participación incondicional
para realizar este proyecto de amigos...

Hijos por enseñarme con sus acciones que no hay
imposibles....

Papá por ser eso...mi papá..

Mamá, por estar siempre presente,
aún después de tu partida....

Hermanas ...

Gracias...

A las mujeres participantes en el comité de tesis,
Por sus enseñanzas, y por ser ejemplo y guía ...

Especialmente a la Dra. Gilda Gómez y
a la Dra. Emily Ito por su compromiso y
dedicación en la realización de este estudio...

Al Dr. Armando Pérez Yera ,
de la Universidad Central de las Villas,
y al Ing. José Cortés,
del Instituto Mexicano de Psiquiatría
Por su apoyo incondicional...

RESUMEN

Los múltiples y complejos problemas de salud que existen en nuestro país hacen necesario buscar estrategias, enfoques y mecanismos de abordaje más efectivos, que los expliquen en su complejidad, en la que se reúnen elementos biológicos y psico-socio-culturales; que faciliten la modificación de los factores condicionantes de las enfermedades, propiciando favorecer la salud tanto a nivel de lo individual (comportamientos y estilos de vida saludables) como de lo social (políticas de salud) con eficiencia y equidad. Específicamente en el campo de la nutrición, las mujeres y los menores de edad son el centro de incidencia de la mayor parte de los programas asistenciales o de investigación; en este sentido vale la pena enfatizar sobre un aspecto frecuentemente ignorado, las mujeres como grupo han sido el foco de atención de acciones sanitarias, convirtiéndose en objeto de análisis debido a su papel tradicional de cuidadoras y responsables de la salud, y de la alimentación de la familia; esto ha permitido de cierta forma, ampliar la información en general acerca del problema nutricional que sufre el país, específicamente re-creado en los menores de edad. Pero poco se sabe acerca de sus hábitos alimentarios en donde se ven reflejadas sus tradiciones, costumbres, creencias, percepciones del entorno, conocimientos, etc., y que conjuntamente con factores de tipo socio demográfico, biológicos y ambiental se interrelacionan para explicar el estado nutricional de los hijos. Repensar en las mujeres, en sus prácticas de crianza en la alimentación y la nutrición es hacerlas visibles en situaciones históricas concretas principalmente como sujetos, no solo en su papel de madres. Teniendo como marco de referencia lo anteriormente señalado, el presente estudio de tipo exploratorio, se planteó como uno de sus objetivos principales, comprender qué sucede con las mujeres y sus prácticas en la alimentación, dirigidas primordialmente en la crianza de los hijos e hijas de cuatro años de edad y menores, además de relacionar esta información con su estado nutricional. Específicamente, se trabajó con un grupo de diez mujeres y sus hijos e hijas (nueve niños y cuatro niñas), de una comunidad rural sin pobreza extrema del estado de Hidalgo. Se aplicaron dos tipos de instrumentos: un cuestionario estructurado y entrevistas abiertas, los cuales permitieron obtener información sociodemográfica, establecer el estado nutricional y además identificar las prácticas de crianza relacionadas con la alimentación. Mediante una metodología de tipo cualitativa se realizó el análisis de la información; los datos obtenidos mostraron la existencia de una relación estrecha entre las prácticas de crianza favorables para alimentación de los hijos e hijas y el estado nutricional de "normalidad" de los mismos; así también, fue el caso de las mujeres que describieron prácticas desfavorables que se relacionaron con estados nutricionales diagnosticados como desnutrición tipo I y tipo II en los menores.

Es importante destacar la relevancia de este tipo de investigaciones dentro del campo de la Psicología de la Salud, ya que brindan información que puede ser retomada en la aplicación de programas de salud y nutrición, en las políticas, planificación y organización de los servicios, pero sobre todo en el ámbito de la Atención Primaria a la Salud, específicamente en intervenciones que retomen y potencialicen las prácticas favorables de las mujeres, basadas en las creencias y costumbres de la comunidad, pero además integradas a una adecuada educación nutricional, que sean congruentes con realidad que vive cada grupo social en particular.

INDICE

Página

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO 1. LA ALIMENTACIÓN EN MÉXICO.....	4
1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....	4
1.2 PANORAMA ACTUAL DE LA SITUACIÓN NUTRIMENTAL EN NUESTRO PAÍS.....	5
1.3 IMPACTO SOCIAL DE LA DESNUTRICIÓN INFANTIL.....	10
CAPÍTULO 2. FACTORES BIO-PSICO-SOCIO-CULTURALES RELACIONADOS CON LA ALIMENTACIÓN.....	13
2.1 LO BIOLÓGICO.....	13
2.2 LO PSICO-SOCIO-CULTURAL.....	19
CAPÍTULO 3. PRÁCTICAS DE CRIANZA RELACIONADAS CON LA ALIMENTACIÓN.....	29
3.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA CRIANZA.....	29
3.2 DEFINICIÓN DE PRÁCTICAS DE CRIANZA.....	30
3.3 PRÁCTICAS DE CRIANZA Y ALIMENTACIÓN.....	31
CAPÍTULO 4. MODELOS PSICOLÓGICOS QUE EXPLICAN LAS PRÁCTICAS DE CRIANZA.....	37
4.1 MODELO DE CREENCIAS SOBRE SALUD.....	37
4.2 TEORÍA DE LA ACCIÓN RAZONADA.....	38
4.3 MODELO DE DESARROLLO ECOLÓGICO DE BRONFRENBRENNER.....	38
4.4 MODELO DEL NICHU ECOLÓGICO.....	40
4.5 MODELO PROPUESTO PARA EL CUIDADO DEL NIÑO EN COMUNIDADES RURALES SIN POBREZA EXTREMA.....	41

	Página
CAPÍTULO 5. MÉTODO	47
5.1 OBJETIVO.....	47
5.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	47
5.3 DEFINICIÓN DE VARIABLES.....	47
5.4 DISEÑO.....	51
5.5 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	51
6. INSTRUMENTOS Y MATERIALES.....	54
7. PROCEDIMIENTO.....	55
CAPÍTULO 6. RESULTADOS	57
6.1 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.....	57
6.2 PRÁCTICAS DE CRIANZA RELACIONADAS CON LA ALIMENTACIÓN Y ESTADO NUTRICIONAL.....	69
CAPÍTULO 7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	105
REFERENCIAS	111
ANEXO 1	119
-DATOS RELEVANTES DEL MUNICIPIO DE ZAPOTLÁN, EDO. DE HGO	
ANEXO 2	125
a) TABLAS DE REFERENCIA PARA VALORAR PESO/EDAD EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS.	
b) TABLAS DE REFERENCIA PARA VALORAR TALLA/EDAD EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS.	
c) TABLA DE VALOR NUTRITIVO DE LOS ALIMENTOS DE MAYOR CONSUMO EN LATINOAMÉRICA	
ANEXO 3	129
a) ENTREVISTA SOBRE PRÁCTICAS DE CRIANZA Y ALIMENTACIÓN	
b) GUÍA PARA EL RECONOCIMIENTO SOCIODEMOGRÁFICO DE LAS MUJERES INFORMANTES Y SUS FAMILIAS	
ANEXO 4	154
-ENFERMEDADES DE FILIACIÓN TRADICIONAL QUE AFECTAN EL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO.	

I N T R O D U C C I O N

En este reporte se describen los resultados de la investigación que tuvo como objetivo central establecer la relación que existe entre las prácticas de crianza relacionadas con la alimentación y el estado nutricional de mujeres y sus hijos de cuatro años y menores, habitantes de una comunidad rural del Estado de Hidalgo.

Se intentó identificar aquellas prácticas favorables relacionadas con estados nutricionales adecuados; así como, las prácticas desfavorables que pudieran relacionarse con problemas nutricionales de los menores.

Se retoma el concepto de salud o bienestar como expresión de la calidad del entorno en el que viven mujeres y hombres, niñas y niños. Considerando al entorno como el nicho ecológico donde se reproduce social y biológicamente el ser humano; en la literatura referida a la salud pública se le identifica con las condiciones de vida, las que se caracterizan por la interacción de cuatro procesos: los predominantemente económicos, los fundamentalmente ecológicos, los predominantemente biológicos y los reproductivos de las formas de conciencia y de conducta. Los procesos interactúan entre sí como un sistema para determinar la salud y la enfermedad. La interacción se produce entre las condiciones físicas, la realidad social y cultural, los procesos biológicos que garantizan la homeostasis orgánica y el acervo genético de cada individuo. La relación entre estos componentes favorece el equilibrio en sentido positivo (salud) o negativo (enfermedad) [Breilh, 1991; Castellanos, 1991; Morales Calatayud, 1999]. En este conjunto de interacciones, el ser humano no es un ente pasivo sino todo lo contrario; al respecto, Pérez Lovelle (1987) señala que la explicación de la causalidad de la salud y la enfermedad requiere de una aproximación que supere el esquema de un ser humano pasivo recibiendo influjos de un medio ambiente no estructurado.

También se retoma el concepto de nutrición considerándolo "como un conjunto de funciones armónicas y coordinadas entre sí, que tienen lugar en todas y cada una de las células e incluyen la incorporación y utilización, por parte del organismo, de la energía y materiales estructurales y catalíticos, de los cuales dependen la composición corporal, la salud y la vida misma" (Ramos, 1985, p.2).

Ahora bien, en el campo de la nutrición en salud pública, las mujeres y los niños y niñas son el centro de atención de programas, políticas, investigaciones, entre otros; en donde se pone de manifiesto que las mujeres en tanto madres, se convierten en el eje de análisis debido a su papel genérico tradicional de cuidadoras y responsables de la salud y la alimentación de la familia -con comida y amor- (Cardaci, 1990).

Por otro lado, los problemas de nutrición en nuestro país han sido tema de investigación desde hace ya varias décadas, de manera sistemática el Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán" (INNSZ) a partir de 1957, ha realizado una serie de encuestas regionales y nacionales. Durante los primeros años los estudios se dirigieron a conocer la situación nutricional de los infantes y preescolares del país, además de las zonas geográficas con mayores problemas y los consumos *per cápita* de alimentos. Los instrumentos de recolección de la información fueron en un principio encuestas cuantitativas y cuali-cuantitativas de registro de consumo familiar de alimentos, mediante recordatorios de 24 horas, sumadas al estudio de signos clínicos de la población menor de 5 años. Los resultados tenían la limitante de que no se podía conocer la distribución intrafamiliar de la alimentación, con la excepción de la alimentación del niño entre uno y cinco años. En cambio, estudios recientes, permiten la obtención de datos más precisos que permiten estimar la prevalencia y la distribución de los problemas de desnutrición en México. Actualmente ya se conoce el estado clínico nutricional de los preescolares medido en

términos de peso y talla, así como la revisión de los principales signos clínicos relacionados con la nutrición, por rangos de edad. Aún cuando ya se cuenta con amplia información acerca de la magnitud del problema nutricional en general y en la población preescolar en particular, se sabe muy poco acerca de la distribución intrafamiliar de los alimentos, de los hábitos, creencias, mitos, costumbres etc., relacionadas con la alimentación en las diferentes etapas de vida; y menos aún, de las prácticas de crianza de las madres que ejercen una influencia importante en los hábitos alimentarios de los hijos, y su relación con el estado nutricional de ellos. Se pueden nombrar algunos estudios aislados, en donde principalmente se han registrado las interacciones de las madres con sus hijos y se han relacionado con el estado nutricional, reportándose resultados que plantean que la interacción madre-hijo, armónica, sistemática y afectuosa se refleja de cierta forma, en un estado nutricional favorable y de desarrollo óptimo de los hijos (De Tejada, González de Tineo y Porras de Troncois, 1996; Galler, 1984; Graves, 1976; Zeittin y Mansour, 1985; entre otros). Dentro de los estudios más formales que se realizan en nuestro país en la actualidad, se encuentran los desarrollados por investigadores del INNSZ, dirigidos principalmente por Sara Elena Pérez-Gil, los cuales se han avocados a la tarea de conocer las diversas percepciones y las experiencias vividas por diferentes grupos de madres, indígenas y mestizas, acerca del periodo de la lactancia materna (Pérez Gil, Diez, Valdéz y Gutiérrez, 1999; Pérez-Gil, Rueda y Diez, 1993;). Así mismo, se desarrollan las investigaciones dirigidas por José Angel Vera, en el norte del país, quien plantea un modelo propio para la cultura mexicana, de explicación del proceso nutricional de los niños, que permite ubicar a variables importantes asociadas con el cuidado del niño en zonas rurales sin pobreza extrema, dándole gran peso a los aspectos de tipo psico-social como explicativos del desarrollo de los menores, con relación a su salud y nutrición (Vera, 1996; Vera, Domínguez y Esquivel, 1994). De hecho, el modelo de Vera (1996) para el cuidado del niño en comunidades sin pobreza extrema es retomado como sustento para la explicación de los resultados obtenidos en este estudio.

Ahora bien, está justificado, dada la trascendencia del grave problema de desnutrición que se padece en México (principalmente en las áreas rurales) -en donde interactúan en su génesis factores de tipo biológico, social, cultural y económico-, el desarrollar estudios que se propongan abordar otro tipo de variables, en este caso psicosociales (sin menoscabar las variables antes señaladas), que hasta la fecha no han cobrado la importancia debida en los programas de atención al problema, situación que refleja de cierta forma la carencia de información en este sentido. Por todo esto, como ya se señaló, en la presente investigación se tuvo como objetivo central el identificar las prácticas de crianza de las madres, relacionadas con la alimentación de los hijos e hijas de 0 a 4 años de edad, ubicándolas de acuerdo a la etapa de la alimentación en la que se encuentren los menores, abarcando las etapas de lactancia menor, lactancia mayor y preescolar menor.

En este reporte, conformado por siete capítulos, los primeros cuatro se avocan al establecimiento de un marco teórico general, en donde se revisan diferentes documentos relacionados con la temática que aborda este estudio. En los otros tres capítulos se describe el método, los resultados y la discusión y conclusiones.

En el capítulo uno se pretende plantear un panorama general de la situación nutrimental en nuestro país, enfatizando específicamente el impacto social de la desnutrición en los infantes.

En el segundo capítulo, se describen los factores bio-psico-socio-culturales relacionados con la alimentación inseparables entre sí y condicionantes para explicar el estado nutricional de la población de una región en particular.

En el tercer capítulo se describen cada uno de los conceptos que definen a las prácticas de crianza, considerando a todos los elementos de tipo psicológico que las conforman. Además se revisan los hallazgos realizados por algunos investigadores respecto a esta temática.

En el capítulo cuatro se revisan cinco modelos psicológicos que facilitan el estudio de las prácticas de crianza relacionadas con la alimentación; especialmente se retoma el modelo de Vera (1996), propuesto para el cuidado del niño en comunidades rurales sin pobreza extrema, éste modelo sirve de base para el análisis de los resultados de esta investigación.

En el capítulo cinco, se explica la metodología que se siguió en el desarrollo de esta investigación; cabe destacar que se realizó un análisis de tipo cualitativo para los resultados.

En el capítulo 6 se presentan los resultados de la aplicación de los instrumentos, en ese apartado de manera general se presentan dos aspectos, en primer orden se describe la muestra, principalmente definida a partir de datos sociodemográficos, así como la información relativa a la evaluación nutricional de las mujeres informantes y sus hijos. En un segundo momento, se establece la relación entre las prácticas de crianza y el estado nutricional de los menores, de acuerdo a las etapas de alimentación en la que se ubican: lactantes menores, lactantes mayores y preescolares menores.

En el capítulo 7 se presenta la discusión y conclusiones a las que se llegaron después del análisis de los resultados; en donde se integran los resultados de esta investigación pero además se discuten a partir de lo señalado por otros autores, cuyas investigaciones tienen objetivos similares a ésta.

Después de la presentación de los 7 capítulos, se refieren todos los documentos de apoyo utilizados en la realización de este estudio.

Finalmente se integran cuatro anexos en donde se encuentra en el primero de ellos, una descripción detallada de la comunidad llamada Acayuca, ubicada en el municipio de Zapotlán, perteneciente al Estado de Hidalgo, lugar en donde se llevó a cabo este estudio; en el segundo anexo se presentan las tablas de referencia para valorar el estado nutricional de los menores; el tercer anexo contiene los formatos de los instrumentos que permitieron recopilar la información objeto de estudio; en el cuarto anexo, se describen enfermedades de tipo tradicional relacionadas con problemas en la alimentación; referidas y definidas a partir de elementos etiológicos, sintomáticos, además del abordaje terapéutico desde la perspectiva de la medicina doméstica y tradicional.

CAPITULO 1

LA ALIMENTACIÓN EN MÉXICO

México es un país de grandes contrastes; aunque hay gran abundancia tanto de recursos naturales renovables, como no renovables, esa riqueza no ha elevado el nivel de vida de la mayoría de sus habitantes. Diversos factores socio-económicos y políticos, han propiciado profundas desigualdades, las cuales se reflejan en las costumbres y hábitos relacionados con la alimentación de su población. Por otro lado, una política económica errónea ha generado un esquema de consumo que favorece productos de bajo valor nutricional y alto precio. En este panorama nacional, los peores efectos han recaído en los grupos más vulnerables como son los niños, ancianos, y mujeres embarazadas y en lactación (Esquivel, Martínez y Martínez, 1998).

Por tal razón, el propósito principal que guía este capítulo es describir la situación alimentaria de nuestro país, abordándola de manera multifactorial, contemplando a los factores socio-históricos y económicos involucrados a niveles macro y micro; además de hacer referencia al grave problema de la desnutrición infantil y el impacto social de ésta.

1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

Todo grupo humano posee patrones y hábitos de alimentación que incluyen, tanto actos repetitivos que realizan para satisfacer las sensaciones de hambre y apetito, como todas las técnicas para obtener, preparar e ingerir sus alimentos. En estos procesos influyen factores como las normas sociales, el conocimiento del mundo, el concepto de la vida, las emociones y los sentimientos, el medio ambiente, el clima, la tierra y la influencia de otros grupos humanos, entre otros.

Es importante considerar que la gran variedad de climas, vegetación y tierras, han sido elementos clave en la vida del México antiguo y moderno, ya que han permitido una gran diversidad de cultivos, que junto con las actividades de expansión incrementaron el intercambio de productos y de esta manera la dieta se enriqueció. Los habitantes del México antiguo disfrutaban de excelentes alimentos, ya que contaban con productos que les favorecían dietas sanas y atractivas al gusto. La base de la alimentación de los nativos era el maíz, que se utilizó en combinación con otras plantas como el amaranto, y múltiples especies de frijol (Ortiz de Montellano, 1997).

Por otro lado, los pueblos indígenas cultivaron vegetales diversos, entre los que se pueden mencionar: calabaza, chayote, chilacayote, aguacate, guacamote, mezquites, cuajilote y guapinole; también cosechaban hierbas como quelites, quintoniles, verdolagas y huauzontles; diversas clases de hongos, xoconoxtle y maguey. Asimismo consumían una especie de cebolla llamada xonacatl, así como, achiote, miltomate, tomate y jaltomate. Del mismo modo son originarias de nuestro país la vainilla y el cacao, sin olvidar todas las variedades de chiles. Además la alimentación de los pueblos indígenas también incluía frutas como la tuna, el capulín, el tejocote, la chirimoya, el nanche, la guayaba, el zapote negro y blanco, la piña, el mamey entre otros. Acompañaban sus comidas con agua de chía, chocolate o pulque. Como los pueblos antiguos no practicaban la ganadería y tenían pocos animales domésticos (el guajolote y algunas variedades de perros), los principales alimentos animales provenían de la caza y la pesca. Ahora bien, actualmente en México existe una amplia variedad de fauna comestible entre la que destacan: tlacuache, armadillo, serpiente, iguana, venado, jabalí, pato, faisán, perdiz; roedores como la ardilla, conejo, tuza, ratón y rata, además de carnívoros como el cacomixtle,

comadreja y zorrillo. También, la pesca en los lagos constituye una fuente importante de alimentos, tales como una amplia variedad de pescados, mariscos, batracios y reptiles, además de otros animales acuáticos, como renacuajos, ranas acociles, gusanos de agua y ajolotes. Los habitantes de zonas lacustres, además, consumen plantas como el alga espirulina en numerosos y variados platillos. En las regiones costeras se practica la pesca marina de la cual se obtienen especies como el tiburón y distintas clases de tortugas. Un alimento usual de la población del México prehispánico y que hasta la actualidad se mantiene es el consumo de insectos, como los gusanos de maguey, los gusanos colorados, las chinches acuáticas, los escamoles, jumiles, chapulines, abejas y diversos tipos de hormigas (Ramos de Elourduy, 1982).

Después de la conquista, se trajeron granos como el trigo, cuya harina se empleó en la repostería, así como en otros platillos. También se introdujo el consumo y cultivo de arroz, garbanzo, centeno, ajonjolí, lenteja, cebada, avena; de vegetales como la zanahoria, la coliflor, el rábano, el apio, el perejil, el chícharo, la alcachofa, etc. Entre los animales comestibles traídos de Europa se encuentran la vaca, la oveja, la cabra, el cerdo, la gallina, el conejo, el pato y la paloma. Las especias que se incorporaron a la dieta son la pimienta, el clavo, la nuez moscada, el azafrán, el jengibre y la canela. La conquista representó, en el aspecto culinario, una combinación peculiar entre los recursos existentes y los recién llegados, que junto con las costumbres y la visión del mundo, dieron origen a la comida mexicana (Ortiz de Montellano, 1997).

1.2 PANORAMA ACTUAL DE LA SITUACIÓN NUTRIMENTAL EN NUESTRO PAÍS.

Chávez (1996) considera que para entender el estado nutricional de la población mexicana es necesario tomar en cuenta los dos factores que inciden en él y que lo afectan definitivamente, como son: la distribución geográfica de la desnutrición, en donde influye la variabilidad ecológica, cultural y económica; y las diferencias en la disponibilidad y consumo de alimentos entre los diversos estratos sociales.

En la actualidad, aún no se cuenta con información nacional completa relativa a la situación nutricional de la población; esto se debe a las características geo-económicas tan contrastantes del país y su población, a la complejidad técnica de los estudios y a la falta de unificación de criterios. Por otro lado, se desarrollan algunos estudios aislados que permiten tener indicios de las condiciones de nutrición; enseguida se analizará esta información, además se considerarán los resultados de algunos de los estudios nacionales de la problemática, así como el panorama que se vislumbra.

Chávez (1996) propuso dividir a la población mexicana, de acuerdo con su estado de nutrición en tres grupos:

Grupo I: Abarca el 30% de la población y se caracteriza por tener una ingestión calórica crítica. Se incluyen los habitantes del campo, aislados y marginados, los grupos indígenas ubicados en zonas de difícil acceso, en regiones áridas y montañosas. La situación de este sector de la población es sumamente grave y se encuentran al borde de la muerte por hambre.

Grupo II: Considera al 55% de la población, lo constituye la clase trabajadora, cuya calidad de vida "mejoró" con la Reforma Agraria y la emigración de las zonas rurales a las grandes urbes. Su estado de nutrición es deficiente y evidencia sub-alimentación durante la infancia con marcados efectos en la salud, en el empleo y en la educación.

Grupo III: Incluye al 15% de la población perteneciente al nivel socioeconómico más alto y, por lo mismo, su acceso a los alimentos es privilegiado, por lo que se podría suponer que se encuentra "bien" alimentado (aunque valdría la pena preguntarse acerca del uso en este grupo de alimentos "chatarra" y de la manifestación de obesidad) [p. 23].

La desnutrición infantil en los países en vías de desarrollo se encuentra entre las primeras cinco causas de mortalidad (UNICEF, 1996), teniendo como contexto variables de tipo social, económico y cultural, que además de ser muy desfavorables son, por sí mismas, factores de riesgo que alteran el desarrollo infantil. En México la desnutrición infantil en menores de 5 años continúa siendo un problema grave de salud pública, a pesar de que se llevan a cabo diversos programas con la finalidad de mejorar esta situación (Secretaría de Salud [SSA], 1994a).

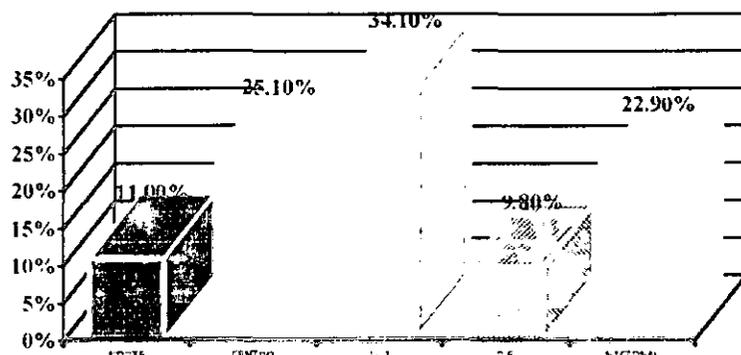
De acuerdo con Chávez y Martínez (1982) una de las formas más preocupantes de expresión de la inequidad y de la exclusión social la constituye la situación nutricional de grupos de población en extremo vulnerables. Dos indicadores que frecuentemente son entrelazados para medir el grado de desnutrición de la población son la prevalencia de retardo severo en el crecimiento lineal (talla) y el retardo severo en el peso. En las estadísticas emitidas por el INNSZ entre 1979 y 1989 se manifestó un ligero descenso en la prevalencia de retardo severo en el peso en zonas rurales, la cual pasó de 21.9% a 19.0% en ese periodo.

En la Encuesta Nacional de Nutrición levantada por la SSA, la cual proporciona información para el país en su conjunto y para cuatro regiones geográficas, en 1988 la prevalencia de niños con valores por debajo de menos dos desviaciones estándar, es decir, bajo peso para la edad en menores de cinco años, fue de 13.9% mientras que la prevalencia de baja talla para la edad fue de 22.9%. La diferencia entre la encuesta de 1988 y 1989 estriba básicamente en que la primera sólo incluyó en la muestra, áreas rurales, mientras que la segunda además tomó en cuenta zonas urbanas. De acuerdo con el estudio realizado por Rivera y colaboradores (citado en SSA, 1994b), uno de cada cuatro niños mexicanos tenía en 1988 retardo severo en su crecimiento lineal (talla/edad). Las diferencias regionales son muy marcadas. Mientras que en la Región del Distrito Federal este indicador alcanza un valor de 9.8%, en la Región Norte es de 11%, en la Región Centro 25.1%, y de 34.1% en la Región Sur (ver gráfica 1) . Se estima que en ese año había en el país poco más de nueve millones de niños menores de 5 años, que más de dos millones de ese total tenían retardo severo en el crecimiento y que de éstos más de la mitad eran residentes en alguna localidad de la Región Sur.¹

La prevalencia de retardo severo en el crecimiento entre la población preescolar e infantil muestra grandes diferencias cuando se analiza en contextos rurales y urbanos, los niños que habitan en municipios predominantemente rurales alcanzan una tasa de prevalencia de 36.4%, mientras que los que residen en municipios predominantemente urbanos tienen una tasa de 19%. Las diferencias rurales-urbanas son aún más marcadas entre regiones geográficas. Cabe destacar que en la Región Sur la brecha rural-urbana es menor en comparación con la Región Centro. En ambas regiones los niños de localidades predominantemente rurales tienen tasas de prevalencia de retardo en su crecimiento cercanas a 40%.

¹ La región norte abarca: Baja California Norte y Sur, Sonora, Chihuahua, Durango, Coahuila, Nuevo León y Tamaulipas; la región centro se conforma con: Sinaloa, Aguascalientes, Guanajuato, Zacatecas, Colima, Jalisco, Nayarit, Morelos, Estado de México, Hidalgo (estado en donde se llevó a cabo el presente estudio), San Luis Potosí, Michoacán y Querétaro; la región sur comprende los estados de: Veracruz, Tabasco, Hidalgo, Campeche, Yucatán, Quintana Roo, Chiapas, Oaxaca, Guerrero y Puebla; y la Región Distrito Federal y los municipios conurbados del Estado de México (SSA, 1994b).

Gráfica 1. Prevalencia de retardo severo en talla en el país y por región.

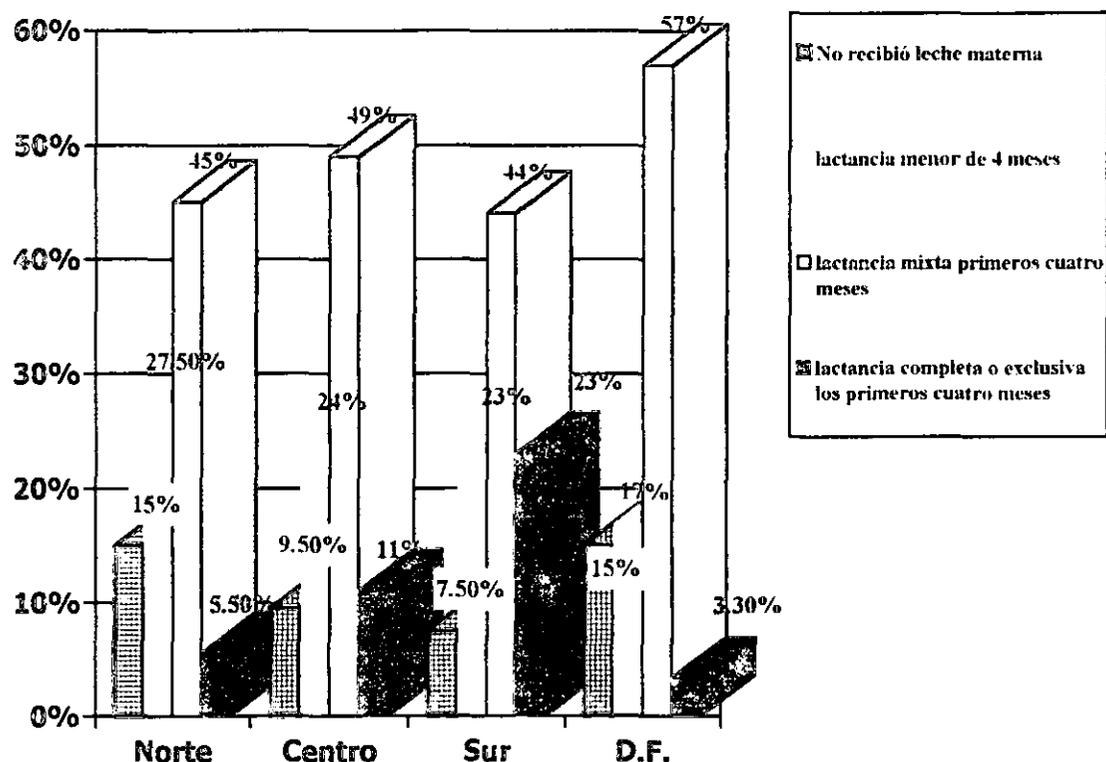


Fuente: Secretaría de Salud (1994). Nutrición y salud. Un menú para la familia. Serie problemas pretransicionales. **Cuadernos de Salud, 5.**

La educación de la madre juega un papel crucial en la nutrición de los hijos, la Encuesta Nacional de Nutrición (Secretaría de Salud, 1994b) antes señalada, reporta que la prevalencia en el retardo severo en el crecimiento es de 41.4% para los niños cuyas madres no tienen grado de instrucción alguno, de 23.5% para los niños con madres con primaria y de 8.3% para aquellos con madres que alcanzaron un nivel de instrucción superior a la primaria. De esta manera, se aprecia que el tamaño de la localidad de residencia guarda una relación positiva con el nivel nutricional de la población, al igual que la educación de la madre, lo cual no sorprende pues es precisamente en las localidades rurales donde se registran los niveles más elevados de población sin instrucción. Un aspecto fundamental en la nutrición de los infantes lo constituye la lactancia materna. Esta misma Encuesta reporta que el 13.8% de los infantes nunca recibieron leche materna y que una cuarta parte (24.6%) de esta población fue amamantada durante menos de cuatro meses. El resto de infantes recibió leche materna por al menos cuatro meses, aunque poco más de la mitad de éstos (50.2%) recibieron alimentos complementarios durante el periodo que supone lactancia exclusiva. Es importante destacar que sólo 11.5% de los niños fueron amamantados de acuerdo con la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), es decir, recibieron lactancia exclusiva o completa durante los primeros cuatro meses de vida (OMS, 1999).

En la gráfica 2 se puede apreciar que el porcentaje de niños que no recibieron leche materna es muy similar en las regiones Norte y Distrito Federal, y que en ambos casos las proporciones están alrededor del 15%. También resaltan las regiones Centro y Sur del país, donde se localizan las entidades federativas con los menores niveles de bienestar, en las cuales más de una tercera parte de los niños no reciben leche materna o la reciben por menos de cuatro meses. Esta situación es particularmente importante, ya que en estas regiones se concentran las entidades federativas y zonas del país con menores niveles de bienestar y es ahí en donde el riesgo de infecciones es mayor, además de concentrarse grandes extensiones de zonas rurales.

Gráfica 2. Patrones de alimentación infantil durante los primeros cuatro meses de vida por región.



Fuente: Secretaría de Salud (1994). Nutrición y salud. Un menú para la familia. Serie problemas pretransicionales. **Cuadernos de Salud, 5.**

Datos más recientes provenientes de la Encuesta Nacional de Salud Materna Infantil (ENSAMI) revelan que en 1994, 17% de los niños menores de 5 años no tuvo lactancia materna. Esta Encuesta muestra como la proporción de niños que lactaron por menos de seis meses aumentó de 26% a 32.9% entre 1976 y 1994 (citado en SSA, 1994b).

Ahora bien, sin duda un factor primordial que afecta la situación nutricional de la población es su nivel socioeconómico, fundamentalmente por dos vías: los ingresos del hogar para acceder al consumo de alimentos y un determinado nivel educativo que permite a la población orientar ese consumo optimizando los recursos de manera selectiva.

El nivel nutricional de la población infantil también está condicionado por la práctica de la lactancia al seno materno. La ENSAMI (1994) muestra, paradójicamente que en las entidades de la Región Sur, donde una parte importante de la población vive en condiciones precarias y en donde los riesgos de infecciones son más elevados, más de 13% de los niños no reciben leche materna. Este factor es importante, sobre todo si se considera que la desnutrición, especialmente entre los infantes, es un factor estrechamente asociado con los episodios diarreicos (Sistema Interagencial de las Naciones Unidas, 1999).

Por otro lado, dada la importancia de la mala nutrición, después de 10 años de realizada la primera Encuesta Nacional de Nutrición y Alimentación en México, la que como ya se señaló permitió conocer la situación nutricional tanto en el ámbito nacional, como en las cuatro regiones en las que se dividió el país para tal propósito, se llevó a cabo la Encuesta Nacional de Nutrición 1999, organizada por la SSA, el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) e INEGI (1999), la cual tuvo como objetivo cuantificar las prevalencias de desnutrición, de deficiencias de micronutrientes y de mala nutrición por exceso y de sus determinantes en diversos grupos de edad a escala nacional, para cuatro regiones y para los estratos urbano y rural. La Encuesta se dirigió a las personas que habitaban viviendas particulares, y que pertenecían a alguno de los siguientes tres grupos de edad: a) menores de cinco años; b) niños en edad escolar (5 a 11 años), y c) mujeres de 12 a 49 años. Por ser objeto de este estudio la población de menores de cinco años, se describen a continuación los resultados obtenidos.

En el ámbito nacional la prevalencia de desmedro (valores menores a -2 desviaciones estándar de déficit severo de talla para la edad) fue de 17.7%, la de bajo peso, de 7.5% y la de emaciación (valores menores a -2 desviaciones estándar del patrón de referencia de déficit de peso para la talla), de 2.0%. Se observaron grandes diferencias en las prevalencias de emaciación entre regiones y localidades rurales y urbanas. Así, mientras en la Región Sur (para esta encuesta dentro de esa región se ubicó al Estado de Hidalgo) la prevalencia de desmedro fue de casi 29%, en la Región Norte fue de poco más del 7% y las del Centro y Ciudad de México fluctuaron entre 13% y 14%. Cabe destacar, respecto al Estado de Hidalgo, que el Consejo Estatal de Alimentación y Nutrición registra una media estatal de desnutrición de 16.98%, ubicándose dentro de un rango del 46.14% para la región denominada "tepehua" y un 5.09% para la región centro del estado, cercana a la capital. Asimismo, mientras en las localidades rurales la prevalencia de desmedro fue de más de 30%, en las urbanas la prevalencia fue de alrededor de 11%. La menor prevalencia de desmedro se presenta en el primer año de vida (8.2%) y aumenta notablemente en edades posteriores, siendo de 21.6% de 12 a 24 meses de edad con fluctuación de entre 18.6% y 20.9% de los 24 a los 59 meses de edad (SSA, 2000).

La prevalencia de anemia en niños menores de cinco años fue de 27.2% a nivel nacional, sin grandes variaciones entre regiones y localidades urbanas y rurales. El 5.3% de los niños menores de cinco años tienen sobrepeso u obesidad. En la Región Norte la prevalencia es de más de 7%, mientras que en el resto de las Regiones se ubica alrededor de 4% y 5%.

El 28% de las familias con población menor de cinco años recibe algún tipo de ayuda alimentaria. Las instituciones que mayor ayuda otorgan a los menores de cinco años en el ámbito nacional son: Leche Industrializada Conasupo (Liconsa) [31.9%], el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) [29.5%] y el Programa de Educación Salud y Alimentación (Progresá) [38.6%].

La información sobre la dieta sugiere varias deficiencias, los porcentajes de adecuación promedio con relación a la edad para energía y los nutrientes evaluados estuvo por debajo de 100%, excepto para proteína (154%) y ácido fólico (129%). El porcentaje de adecuación del consumo de energía fue de 73.5%, el de vitamina A, 86.3%, el de vitamina C, 64.28%, el de hierro, 63.9%, y el de zinc, de 24%.

La comparación de los resultados de la Encuesta de 1999 con los de 1988 muestran una reducción importante en la prevalencia de emaciación de 6% en 1988 a 2% en 1999, una disminución en la prevalencia de desmedro de 5.1% en el transcurso de la década y una aumento discreto (0.7%) en la prevalencia de sobrepeso y obesidad. La disminución es menor al promedio encontrado para los países en desarrollo en su conjunto (SSA, INSP e INEGI, 1999).

1.3 IMPACTO SOCIAL DE LA DESNUTRICIÓN INFANTIL.

La precaria situación nutrimental de la población de nuestro país no sólo daña la salud, sino que impacta social y económicamente de forma determinante. A continuación se mencionan algunos de los aspectos más importantes afectados por la desnutrición.

La educación de sus habitantes es un elemento básico para el desarrollo de un país. Sin embargo, el índice de escolaridad promedio en México no rebasa el tercer año de primaria. Existe una influencia recíproca entre educación y nutrición. La desnutrición de las personas limita la capacidad de aprendizaje. A su vez, la penetración de transnacionales tiene un gran impacto en los hábitos alimentarios y en la economía, al vender a la población productos ajenos a sus necesidades reales de nutrición. Un ejemplo representativo son las fórmulas lácteas para bebés. En la década de 1970, mientras que en el mundo se discutían los riesgos de infecciones por falta de higiene en el uso del agua para prepararla y el uso de biberones, México se convirtió en el cliente más importante de las compañías productoras (Nestlé y Carnation), con lo que el país registró un cambio dramático en los patrones de lactancia. La leche en polvo también fue introducida por el gobierno, a través de instituciones como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), reflejándose aún más la penetración; el IMSS se convirtió en el comprador de leche más importante de Latinoamérica. Esta situación pone de manifiesto que el hambre y la desnutrición son, en gran medida, el resultado de un proceso de penetración cultural, en donde lo importante es lograr una hegemonía económica y el mayor lucro posible (Esquivel et. al., 1998).

Dentro de la política económica de México, se encuentra otro ejemplo, en donde se ha estimulado la producción en el campo, según la rentabilidad del producto; se ha desalentado el cultivo del maíz a favor del sorgo, incrementos en la producción y exportación del cacao, café, azúcar y plátano, lo que ha causado un considerable déficit en los cultivos básicos, con el consiguiente efecto en la pérdida de la autosuficiencia alimentaria. De este modo el país se encuentra sujeto a presiones de "control alimentario" por intereses externos.

Además de la política económica de producción, la carencia de infraestructura económica es otro factor importante que provoca que los alimentos no lleguen a los sectores mayoritarios. Al respecto se sabe que una tercera parte de la producción se pierde por falta de transporte, almacenamiento inadecuado, pérdidas por plagas, entre otras causas.

En algunas regiones de México, el hambre y la desnutrición son comparables con las de otros países en peor situación, con la diferencia de que ninguno de ellos tiene la cantidad, variedad y calidad de recursos y alimentos con los que cuenta México. Según el INNSZ, durante 1980 sólo se alimentaron bien, 7 de cada 100 mexicanos, estaba desnutrida el 90% de la población indígena, y la mayor parte de la fuerza laboral estaba también desnutrida. El recurso más importante de cualquier país es su población; sin embargo, los problemas relacionados con la desnutrición y el hambre en México son tan grandes, que limitan su potencial y los sectores que los padecen se convierten en una pesada carga social. Estudios realizados en nuestro país en donde se ha investigado la relación entre la nutrición y la fertilidad en las mujeres han evidenciado hechos dramáticos en el área biológica de la madre: talla de 142 cm. o menos, anemia severa, menarca tardía, larga amenorrea post parto y menopausia temprana. Así se vincula la influencia de la dieta materna sobre el soma del niño al nacer y el impacto de la suplementación alimentaria de la madre sobre la iniciación de su desarrollo infantil (citado en Chávez y Martínez, 1982).

De acuerdo con Chávez y Martínez (1982) no se niegan las ventajas de la alimentación al seno materno, pero, para que las haya se requiere por lo menos: a) que el niño sea puesto al pecho desde el mismo día en que nace y por tanto, que mame el calostro, b) que haya secreción láctea, y c) que la iniciación del destete sea oportuna.

Ahora bien, diversos investigadores en el campo del desarrollo emocional –Erickson fundamentalmente- destacan el hecho de que el lactante atraviesa por una crisis de "confianza básica" durante el primer año de vida, y que si todo va bien, si el ambiente responde a sus necesidades emerge de esa etapa por una definida y clara "fe en la vida", así el niño aprende a amar la vida, fundamentalmente en su socialización con la madre y en el otorgamiento irrestricto de alimento por parte de ella (Erikson, 1953; Hoffman, 1995; entre otros).

Pero este no es el caso del medio rural empobrecido, como por ejemplo, en Tezonteapan, Puebla. Si un niño es alimentado por 18 meses o más, con un máximo de 500 ml. de leche materna, ciertamente no puede amar la vida, ni tener fe en ella. Por eso, Chávez y Martínez (1982) encontraron como característica en esos niños una profunda inseguridad. Como confirmación de este hallazgo señalan que los hijos de madres cuya secreción láctea se incrementa rápidamente sufren menos y progresan en su crecimiento y desarrollo, mejor que aquellos en los que la disponibilidad máxima de leche es tardía. Ramos (1985) señala que también, de consecuencias graves es la llamada "desnutrición del destete" (y tal vez en buena parte, la diarrea del destete, a causa de alteraciones anatómicas y funcionales originadas por la desnutrición en el epitelio del intestino delgado) que es, en verdad, la desnutrición por la ablactación tardía y mal conducida (pp. 640,641).

En un estudio llevado a cabo en la zona rural del Estado de Sonora (Vera, et. al., 1994) se observó que los niños duran de un año a año y medio de alimentación al pecho, aunque a partir de los seis meses les comienzan a ofrecer papillas y cereales. El criterio que parece guiar el dejar de dar el pecho es el tamaño y peso del niño; esto es, cuando el niño se ve grande se debe dejar de darle pecho o se va a hacer "chipilón". Esta creencia parece sustentarse en la preparación de la adaptación del niño a los peligros que obstaculizarían después su sobrevivencia, y no por ser una reflexión moral o religiosa. Las prácticas comunitarias parecen basarse en la información ambiental y en la retroalimentación recibida por los abuelos acerca del cuidado del niño.

La mayoría de las costumbres sobre el cuidado del niño funcionan como mecanismos adaptativos y proveen a los padres de soluciones establecidas a problemas reconocidos de manera tradicional. Eliminan la necesidad de los padres de entender las reglas de operación de las soluciones.

Según Le Vine (1977) en general, deben suponerse como fines universales del cuidado del niño: a) la sobrevivencia y salud física del niño incluyendo el desarrollo psicológico normal y la capacidad reproductiva; b) el buen desarrollo psicológico y conductual como forma de alcanzar la posibilidad de auto mantenerse en la madurez; c) establecer una continuidad generacional a las reglas sociales y valores de la cultura como sus leyes morales, religiosas en las cuales se describen las estrategias que son deseables socialmente para lograr el prestigio, la autorrealización, la satisfacción personal según correspondan a las creencias e ideologías de la cultura (p. 17).

Estos fines son inclusivos. En aquellas comunidades con pobreza extrema en las cuales, la falta de servicios de salud e infraestructura sanitaria establecen una plataforma cultural que ofrece soluciones a través de la medicina tradicional debe asegurarse la sobrevivencia. En comunidades sin pobreza extrema, en donde la sobrevivencia del niño está asegurada, es más probable que la cultura ofrezca mecanismos que se compartan comunitariamente para promover y facilitar el desarrollo y la autosuficiencia.

Es por lo anterior que debe suponerse que, en aquellas comunidades en las cuales existen altas tasas de mortalidad infantil asociadas a malnutrición, los padres enfatizan su cuidado en la salud y nutrición del niño en los primeros años; mientras que en aquellas sin pobreza extrema, los padres enfatizan prácticas y creencias relacionadas con la capacidad del niño para su futuro económico y auto mantenimiento (Vera, 1996).

Las costumbres y tradiciones sobre el cuidado del niño provocan un grado menor de incertidumbre y por tanto, generan menor ansiedad en padres que se apegan a ella como recurso adaptativo (Le Vine, 1977). Villagrán y Vera (citados en Vera, 1996) señalan que los padres con un hijo enfermo en una comunidad sin pobreza extrema es probable que se sientan más ansiosos y estresados que aquellos de una población en donde la muerte y la pobreza son cotidianas. No sólo por las expectativas correspondientes a cada clase, sino porque cuentan con soluciones culturales que los hacen percibir y sentir su compromiso con el bienestar y cuidado del niño. En cambio en el segundo caso, perciben menos riesgo, dados los conocimientos tradicionales para hacer frente a la enfermedad y a los problemas de desarrollo. En las comunidades con pobreza extrema, la madre considera a la salud y a la alimentación del niño como fines prioritarios del bienestar. En estas comunidades se reconoce que la sobrevivencia es importante, además se identifica al niño grande y gordo como resultado de una buena crianza, pero, a la vez, se interesa por el desarrollo conductual.

Como se ha visto, son múltiples los factores que influyen y se combinan en la situación alimentaria del país, incluyéndose entre éstos a los elementos de tipo histórico, cultural, ecológicos, entre otros, todos ellos, en su conjunto configuran un panorama incierto, que se ve reflejado en la grave problemática de desnutrición, sufrida principalmente por los infantes. Los resultados indican que la desnutrición continúa siendo un grave problema de salud pública. En particular, el retardo en el crecimiento lineal es el problema de mayor magnitud. La prevalencia más alta de desmedro ocurre en el segundo año de vida y se mantiene elevada después de este periodo. Estos resultados corroboran la importancia de los dos primeros años de vida en la génesis de la desnutrición. Es notable la diferencia en las prevalencias de desmedro entre regiones y entre los estratos urbano y rural. Otro importante problema relacionado con la desnutrición es la anemia, que a diferencia del desmedro y bajo peso, se mantiene uniforme entre regiones y zonas. Estos resultados sugieren que posiblemente existan otros factores además de los directamente relacionados con la pobreza que juegan un papel importante en la etiología de esta problemática. Por lo cual es de suma importancia abocarse al estudio de otros elementos que pudieran dar explicación de este problema. Para continuar con este intento de entendimiento de la situación alimentaria en nuestro país, en el siguiente capítulo se abordan los elementos indispensables para definir a la alimentación desde las dimensiones bio-psico-socio-culturales.

CAPÍTULO 2

FACTORES BIO-PSICO-SOCIO-CULTURALES RELACIONADOS CON LA ALIMENTACIÓN

Para comprender la situación alimentaria de los individuos que conformamos este país; es indispensable no perder de vista que el hombre es considerado una unidad en la que las características biológicas, psicológicas, sociales y culturales son inseparables y condicionantes entre sí en su acción. Este ambiente bio-psico-socio-cultural lo moldea, configura, limita y posibilita no solo como individuo, sino como miembro de una comunidad. Así el ser humano inicia su desarrollo en una dependencia absoluta; su primera relación social la establece a través del alimento que la madre le ofrece (por lo general leche del seno), con ello el recién nacido adquiere no sólo nutrimentos, sino también seguridad y confianza (Foncerrada, 1980).

El alimento es un elemento de comunicación y factor de socialización cuyo impacto es mayor a menor edad, a través de él se realiza una labor educativa que influirá en las futuras actitudes del niño (Ramos, 1985). Por lo cual, y sólo como una forma práctica de abordaje de los procesos que se involucran en la alimentación, a continuación se describe ésta dividiéndola a partir de los elementos biológico y psico-socio-culturales que se relacionan con ella.

2.1 LO BIOLÓGICO:

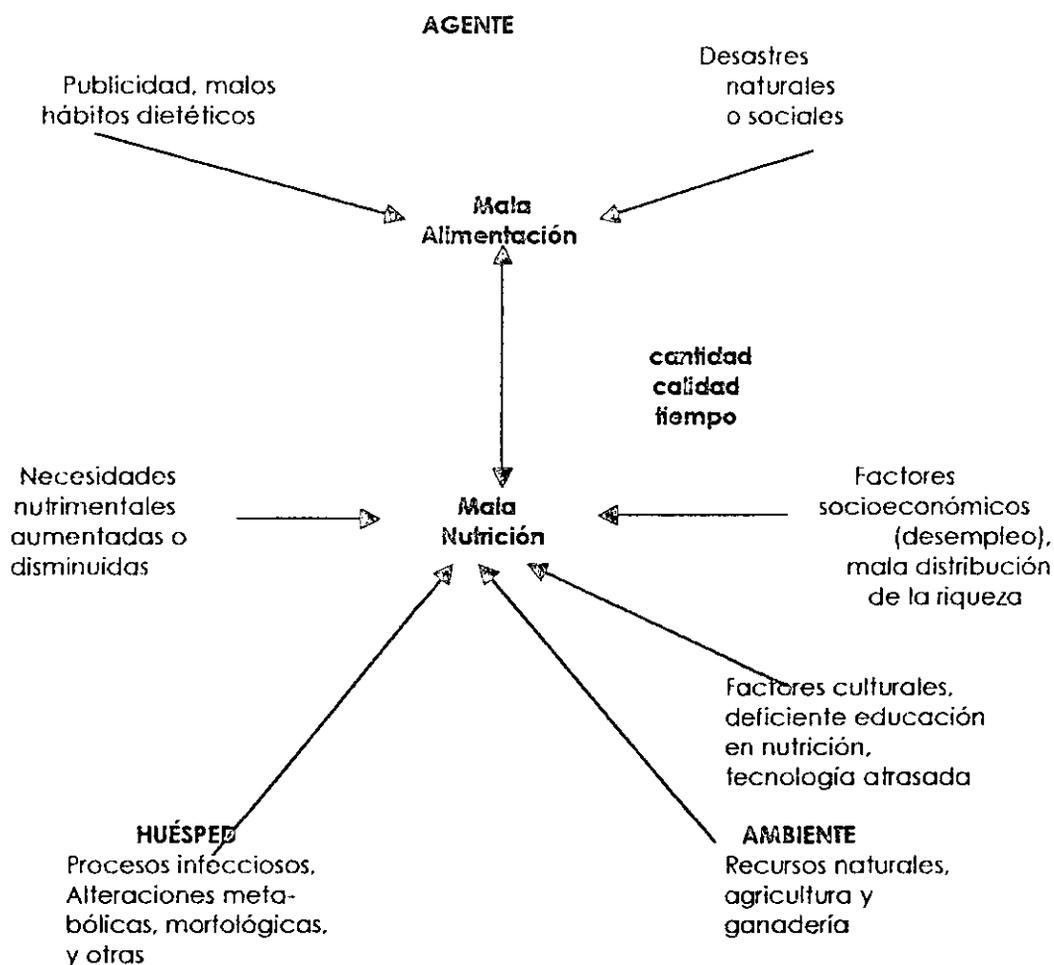
Desde la perspectiva de lo biológico se definen algunos conceptos relacionados con la alimentación, se iniciará conceptualizando a la *nutrición* como "...un conjunto de funciones armónicas y coordinadas entre sí, que tienen lugar en todas y cada una de las células, que incluyen la incorporación y utilización, por parte del organismo, de la energía y materiales estructurales y catalíticos, de los cuales dependen la composición corporal, la salud y la vida misma" (Ramos, 1985, p. 2).

El hombre es un ser heterótrofo, es decir, depende de otras especies vegetales y animales para vivir, ya que necesita obtener nutrimentos del medio externo a través de los alimentos y la dieta. De este modo, el *alimento* se define como "la sustancia que el hombre ingiere con el propósito de asegurar su crecimiento normal, mantener en un sentido óptimo sus funciones corporales, renovar los tejidos deteriorados y proveerse de la energía necesaria para realizar eficazmente sus actividades cotidianas" (Vega, 1997, p. 29).

Los alimentos han adquirido diversos significados, debido a la compleja relación que el hombre ha establecido con ellos, además de factores ambientales y a su naturaleza bio-psico-socio-cultural. Dentro de los significados que se consideran más importantes se encuentran los siguientes:

- Como vehículo de nutrimentos: Los alimentos representan el vehículo natural de los nutrimentos, mediante los cuales el organismo recibe los sustratos para sus funciones.
- Como satisfactor de una necesidad: Durante el transcurso de la vida, el ser humano debe satisfacer una serie de necesidades inherentes a su naturaleza; algunas de ellas se denominan básicas o primarias y representan una exigencia del organismo que es preciso cubrir para vivir.
- Como estímulo psicológico: Una de las funciones de los alimentos es el jugar el papel de estímulo de la esfera psicológica del niño. Su

Figura 1. Etiología de la mala nutrición.



Fuente: Esquivel, H., Martínez, C. y Martínez, C. (1998). *Nutrición y Salud*. México: El Manual Moderno. p. 75

Según Ramos (1985), la desnutrición es "un estado patológico, inespecífico, sistemático y potencialmente reversible, que se origina como resultado de la deficiente utilización por las células del organismo, de los nutrientes; que se acompaña de varias manifestaciones clínicas relacionadas con factores ecológicos y que reviste diversos grados de intensidad" (p. 3). De acuerdo con Esquivel y cols. (1998) la desnutrición se ha clasificado a partir de los siguientes criterios:

o **Por su etiología:**

a) Desnutrición primaria: Deriva de la ingestión insuficiente de alimentos en la dieta.

b) Desnutrición secundaria: En este caso el aporte nutricional puede ser adecuado, pero existen alteraciones fisiopatológicas que afectan al organismo e impiden una correcta digestión, absorción o utilización de los nutrientes.

c) Desnutrición mixta: Es la desnutrición que resulta de la combinación de las dos anteriores, es decir la ingestión insuficiente de alimentos provocada por trastornos biológicos, los cuales, a su vez, impiden la utilización de la poca cantidad de alimentos que se consumen, creando un círculo vicioso que

conlleva a una desnutrición aguda o crónica, y que depende del tiempo que persistan estas condiciones. A la desnutrición primaria y a la mixta se les ha denominado "síndrome de privación social", ya que debido a diversos factores, se afectan las áreas biológica, psicológica y social del individuo.

- **Por su tiempo de evolución:**

Desnutrición Aguda: Se origina por una supresión brusca de alimentos y, por lo general no evoluciona más allá de una desnutrición de primer grado.

Desnutrición Sub-aguda: Se presenta a lo largo de un período más prolongado que la anterior, aunque los daños son reversibles en su mayoría, requiere de acciones más prolongadas para su tratamiento y recuperación. Se llega a observar en lactantes cuando el destete es inadecuado.

Desnutrición Crónica: Se instala con lentitud y es de evolución prolongada. Produce daños irreversibles y puede llegar hasta desnutrición de tercer grado. Se genera por una ingestión baja en energía y, en particular, en proteínas; la presencia de infecciones intensifica los daños de la desnutrición.

- **Por las alteraciones en el peso teórico ideal:**

Desnutrición de primer grado: Se caracteriza por la disminución de 10 a 25% del peso ideal (en medidas estadísticas equivale a -2 desviaciones estándar del patrón de referencia).

Desnutrición de segundo grado: Se observa una disminución de 26 a 40% del peso ideal (-2 a -3 desviaciones estándar). Puede producirse una disminución importante de la actividad física y mental, además de alteraciones bioquímicas y morfológicas en los tejidos. Sus manifestaciones son reversibles cuando mejora el estado de nutrición del individuo.

Desnutrición de tercer grado: Se presenta cuando se produce una disminución mayor de 40% del peso corporal (mayor de -3 desviaciones estándar). Además de las manifestaciones de los dos grados anteriores, aumentan las alteraciones funcionales y morfológicas, por lo que se presentan signos con mayor frecuencia e intensidad, y en las más variadas combinaciones clínicas, la mayor parte de esos trastornos son irreversibles. Los tipos principales de ésta son el marasmo, en el cual la deficiencia más importante es de alimentos que proporcionan energía; kwashiorkor, que se caracteriza por deficiencia de proteínas; y el kwashiorkor marasmático, en el cual hay tanto deficiencia de proteínas como de calorías (pp. 76-78).

Por otro lado, respecto a la obesidad, se describe como un estado caracterizado por una excesiva acumulación y almacenamiento de grasa, en el tejido adiposo con relación a la masa corporal magra. De manera general el diagnóstico de obesidad se establece mediante la comparación entre el peso del individuo y el que se fija como teórico ideal en las tablas elaboradas por diferentes instituciones. Según esta comparación se establecen tres grados de obesidad:

- a) *Primer grado o leve:* Sobrepeso de 10 a 25%
- b) *Segundo grado o moderada:* Sobrepeso de 26 a 40%
- c) *Tercer grado o grave:* Sobrepeso superior a 40%

Queda claro que el estado de salud del individuo depende en gran medida de su estado de nutrición. Cuando se evalúa el estado nutricional de un individuo se plantea conocer en

qué medida están cubiertas sus necesidades de nutrimentos y energía. Para la realización de esta evaluación, en la práctica actual se utilizan cuatro medidas principalmente: encuestas dietéticas, variables clínicas, pruebas bioquímicas y funcionales y las medidas antropométricas.

Las encuestas dietéticas se utilizan principalmente en el estudio de poblaciones, permiten conocer las características de alimentación de un individuo, familia o inclusive de la población que se estudia; facilitan el cálculo de la ingestión de nutrimentos y energía, los hábitos alimentarios y la adecuación con relación a la dieta recomendable, un ejemplo de éstas es el llamado "recordatorio de 24 horas". Las variables clínicas son valores subjetivos que permiten conocer la historia médica y los signos físicos del sujeto, señalan la carencia o exceso de algún nutrimento. Las pruebas bioquímicas se obtienen a partir de estudios estáticos y pruebas funcionales. En un estado nutricional anormal, son los primeros que se modifican por lo que detectan deficiencias subclínicas. Las pruebas funcionales asocian la concentración de un nutrimento con la función in vitro o in vivo de una célula, órgano o tejido. Las estáticas miden nutrimentos como proteínas y aminoácidos (Aranceta y Mataix, 1995).

Otra forma de medir el estado nutricional es a través de los datos antropométricos. Las mediciones como la talla, la circunferencia cefálica, el peso y el grosor del pliegue cutáneo reflejan el estado nutricional presente, cabe destacar, que una medida aislada por sí misma no dice nada, a menos que se relacione con alguna otra medición, así se hace uso de los "índices". Hay diferentes formas de establecer índices, uno de los más utilizados en donde se establece la relación del peso con la talla es el llamado **Índice de masa corporal (IMC)** o también llamado **Índice de Quetelet** que explica las diferencias en la composición corporal al definir el nivel de adiposidad, con base en la relación entre el peso y la talla. La fórmula para establecer el IMC, es la siguiente:

$$IMC = \frac{\text{Peso en kilogramos}}{\text{Talla}^2 \text{ (en metros)}}$$

En el adulto se han establecido estándares de normalidad y límites para estimar el estado nutricional de los individuos, se considera un valor de 24.9 como la frontera de la normalidad (ver Cuadro 1).

Se ha observado que este índice es el que mejor representa en el niño el peso real en toda su infancia, excepto durante la pubertad, en donde el Índice es más preciso elevando a la tercera potencia la talla (Hernández Rodríguez, 1993).

Cuadro 1. Índice de Masa Corporal.

CATEGORÍA	INDICE DE QUETELET
Emaciación	Menor a 15
Bajo peso	15-18.9
Normal	19-24.9
Sobrepeso	25-29.9
Obesidad	30-39.9
Obesidad severa	Mayor a 40

Fuente: Vargas y Casillas, 1992

Ahora bien, la evaluación nutricia específicamente en los niños se ha hecho indispensable, ya que el diagnóstico de desviaciones permite el establecimiento de medidas preventivas, curativas, de limitación del daño e inclusive rehabilitación.

Los procedimientos que sigue tal evaluación, según la Asociación Mexicana de Pediatría (1996) consideran los siguientes indicadores:

Peso: La medición del peso corporal en niños menores de 36 meses de edad se realiza sin ropa, en una báscula o balanza electrónica que permite la lectura mínima de 10 g. Los niños mayores de 36 meses de edad son pesados con ropa interior en una báscula de palanca, en la que puede realizarse una lectura mínima de 100 g.

Longitud: La medición de la longitud se lleva a cabo con un aparato denominado infantómetro, aquí una persona detiene la cabeza del niño en el plano vertical, manteniéndola en contacto firme con el aparato, otra persona flexiona las rodillas del niño y aplica los pies con los dedos hacia arriba contra el área móvil del infantómetro, haciendo un ángulo de 90 grados. Si no se cuenta con un infantómetro, se usa una superficie plana y dura, y una cinta métrica metálica.

Estatura: Los niños mayores de 36 meses de edad se miden con una escala graduada adherida a la pared. Sin zapatos, el niño se coloca sobre el piso al lado de la escala graduada, con la punta de los pies levemente separadas y los talones juntos. La cabeza, los hombros, las nalgas y los talones se mantienen en contacto con el plano vertical. Se coloca una escuadra de madera en el vértice de la cabeza para obtener la medición.

Perímetro cefálico: Se mide con una cinta métrica flexible; la cinta se aplica firmemente alrededor de la cabeza en la región supraciliar, de tal modo que corra por la parte más prominente del área frontal y la protuberancia occipital.

Circunferencia de las extremidades y del brazo: La medición de las extremidades requiere de un equipo mínimo (una cinta métrica); en el brazo se mide la parte media del brazo izquierdo.

Pliegues cutáneos: Las mediciones de los pliegues cutáneos tricipital y subescapular son las más usadas y miden las áreas muscular y grasa del brazo. Es más difícil medir los pliegues cutáneos en los lactantes que en los preescolares o escolares, ya que aún con personal bien entrenado, el coeficiente de variación de la medición es relativamente grande.

También se usan patrones de referencia que permiten hacer comparaciones de peso y talla, de acuerdo a grupos de población semejantes; en nuestro país estos se presentan en tablas y percentiles, en éstos se observa que las tablas de cifras promedio de peso para la talla y de talla para la edad tienden a ser mayores en niños que en niñas (Ramos, 1975, Diario Oficial, 1994).

Ahora bien, para diagnosticar el estado nutricional de los menores, la clasificación más utilizada es la descrita por el Dr. Federico Gómez en 1946 (citado en INNSZ, 1993), basada en el indicador de peso para la edad. Los criterios diagnósticos se expresan como el porcentaje que representa el valor encontrado, con respecto a la media de la población de referencia. Esta media de población también es conocida como "peso teórico o ideal" y constituye el 100%. El valor de la media en una curva normal corresponde al percentil 50. Para obtener dicho porcentaje se utiliza la siguiente fórmula:

$$\text{Clasificación} = \frac{\text{Peso encontrado}}{\text{Peso de referencia}} \times 100$$

La clasificación propuesta por Gómez divide la desnutrición en tres grados. A continuación se presentan los límites diagnósticos para clasificar el este estado cuando se selecciona el indicador de peso para la edad.

Cuadro 2. Clasificación de desnutrición de acuerdo a Gómez

CLASIFICACIÓN	PORCENTAJE
NORMAL	91 ó más
GRADO I	90 a 76
GRADO II	75 a 61
GRADO III	60 ó menos

Fuente: INNSZ, 1993

El indicador de talla para la edad, valora específicamente la desnutrición crónica, es decir, la que afecta al crecimiento lineal, ya sea presente o pasada, debido a que las alteraciones en la talla ocurren lentamente en comparación con el peso. Este indicador junto con el peso para la talla permiten distinguir los procesos crónicos de los agudos, y los pasados de los presentes. Existen varios sistemas de clasificación para este indicador, basados también en el porcentaje del valor de la media de una población de referencia. La OMS considera como normales a los niños que presentan una talla para la edad de entre 105 y 94 %, pequeños a los que se encuentran entre el 93 y el 80% y achaparrados a los que tienen una talla para la edad menor al 80% del valor de la media de la población de referencia (citado en INNSZ, 1993).

Finalmente, a lo largo de este apartado se han tratado de describir una serie de consideraciones teórico-técnicas-metodológicas básicas, que permiten obtener el marco referencial, para la evaluación del estado nutricional tanto de menores, como de adultos. A continuación se bordan los aspectos de tipo psico-socio-culturales, que forman parte de los elementos que explican el estado nutricional de los seres humanos.

2.2 LO PSICO-SOCIO-CULTURAL.

En este apartado se describen los mecanismos "normales" que se desarrollan en el niño para obtener el alimento y aprovecharlo. Se iniciará considerando que la alimentación es un proceso complejo que depende de varios factores esenciales como son:

- La disponibilidad de comida, es decir que físicamente haya comida para el niño.
- La presencia de una persona(s) interesada(s) en alimentar al niño y satisfacer sus necesidades.
- La capacidad del niño de incorporar el alimento, procesarlo y beneficiarse de lo ingerido.
- Factores de la relación entre el niño y sus padres, específicamente durante la alimentación.
- Finalmente factores psicosociales y culturales que determinan lo que se le ofrece al niño, acorde al momento de su desarrollo, forma de preparación del alimento,

su presentación, etc. Esto incluye las prescripciones sobre las horas de la comida y lo que sucede durante ellas (Hoffmann y Maldonado-Durán, 1997, pp. 69-92).

Ahora bien, para describir el proceso de alimentación de los pequeños, el Instituto Nacional de Nutrición, ha establecido varios grupos de lactantes, de acuerdo con las diferentes necesidades de energía y nutrientes, con relación a la población mexicana. De manera general, establece tres grupos que toman como unidades los años y meses cumplidos de niños, adolescentes y adultos. Dado que para esta investigación es de interés primordial la alimentación en los primeros años de vida, sólo se retoman dos etapas involucradas dentro de la etapa mayor denominada niñez: La LACTANCIA (menor y mayor) y los PREESCOLARES MENORES.

a) *Lactantes menores*: de 0 a 3 meses. Este periodo se caracteriza por un crecimiento acelerado, el peso al nacimiento se duplica. Por esta razón, las necesidades nutrimentales por unidad de peso son las más elevadas. El alimento básico es la leche materna, la cual satisface plenamente sus requerimientos, además de cubrir necesidades inmunológicas y estrechar los lazos afectivos entre la madre y el hijo. Respecto a la alimentación en esta etapa; el amamantamiento o el mamar implica la succión de leche por la cavidad bucal, por parte del bebé; conforme transcurren los meses el mecanismo de mamar se hace más eficaz. Se ha observado que los recién nacidos manifiestan ciertas preferencias por los sabores dulces, en comparación con lo amargo y lo agrio. Las preferencias del bebé por determinados sabores se desarrollan como resultado de lo que se le ofrezca, de lo que se prescribe en su cultura, y de lo que ingiere la madre. Por ejemplo, se ha encontrado que si una madre que amamanta a su bebé ingiere una gran cantidad de ajo, el bebé disminuirá temporalmente su ingesta de leche (Rudolph, 1994).

b) *Lactantes mayores*: 4 a 11 meses. Durante esta etapa la velocidad de crecimiento es menor con relación al subgrupo anterior. El niño triplica el peso con el que nació; por tanto, las necesidades de nutrición por unidad de peso son menores que durante los primeros tres meses, aunque continúan siendo elevadas por lo que la leche materna, como alimento único, resulta insuficiente para cubrirlas. Por este motivo, a esta edad se debe comenzar con la "ablactación", es decir, además de la leche materna, la alimentación contendrá otros alimentos. Es común que en el medio urbano bajo y rural la ablactación se inicie hasta el primer año de vida y se empleen alimentos de escaso valor nutritivo, lo que provoca que el niño inicie una desnutrición progresiva.

Ahora bien, respecto a la alimentación, en esta etapa, una serie de reflejos relacionados con la alimentación desaparecen con el paso de los meses, entonces el bebé desarrolla nuevas habilidades sensorio-motrices para alimentarse. Entre las principales está el aprender a ingerir comidas sólidas, tomar la comida con la cuchara, manejar alimentos de mayor consistencia que los líquidos o con pedazos sólidos, así como, la auto-alimentación con los dedos, tomar líquido de una taza y sostener el propio biberón (Pridham, 1990).

Desde el nacimiento hasta aproximadamente los 5 meses de edad se desencadena el reflejo de morder, después de los 6 meses de vida, el comer se convierte en una actividad propiamente voluntaria. El movimiento necesario para cortar los sólidos con los dientes se produce alrededor de los 12 meses. Aún cuando persisten los mecanismos de succión de líquidos, en muchas culturas los padres introducen la alimentación con sustancias más consistentes en el primer año de vida. Al principio son purés o papillas de consistencia cada vez mayor, hasta que le dan sólidos que el niño debe aprender a procesar (Harris, 1993).

En esta etapa también se presenta el *destete* que es la suspensión de la alimentación al seno materno. Entre los seis y los doce meses aparecen los primeros dientes, que tienen un papel definido en la alimentación, y con esto se inicia la introducción de comidas más consistentes, en donde el niño adquiere nuevos patrones motrices, además de ser expuesto a nuevos olores, sabores y colores.

A los ocho o nueve meses de edad en el bebé se introduce el uso de la taza para tomar líquidos, y esto también involucra el desarrollar un buen control de los labios y la mandíbula para poder beber. Paralelamente se inicia el uso de la cuchara, permitiéndole manejar poco a poco por sí solo el alimento y así pasar a la siguiente etapa (Lartigue, Maldonado y Ávila, 1998).

- c) *Preescolares menores: de los 12 a los 23 meses y de 2 a 4 años.* Ambos subgrupos integran a los preescolares menores. Las necesidades de estos niños son muy altas, debido a que continúan creciendo y madurando. Al incorporarse a la dieta familiar dependen, en mayor medida, del criterio de los adultos para la selección de sus alimentos, por lo que se ven afectados por los tabúes y creencias equivocadas sobre la alimentación. Debido al mayor contacto que tienen con el ambiente, tales niños están expuestos a enfermedades como gastroenteritis e infecciones respiratorias, y otras, cuyo efecto desfavorable sobre la nutrición es muy importante. Esta situación ocasiona que los preescolares menores sean el grupo que presenta el mayor índice de desnutrición (citado en Esquivel y cols., 1998, p. 53-55).

También se manifiesta poco interés por la comida. Es común que rechace el biberón. El patrón de ingesta de leche disminuye, además hay grandes cambios en la forma de alimentación, que puede seguir un patrón común. Por ejemplo, el niño prefiere cinco alimentos pequeños en lugar de tres abundantes al día. No como una gran cantidad al mismo tiempo y como consecuencia tiene hambre con más frecuencia. El comportamiento relacionado con el alimento puede estar relacionado con su lucha por la independencia en esta etapa, regularmente el rechazo a la comida puede ser una expresión de independencia, en particular cuando los padres muestran preocupación. La posibilidad de expresarse a través del lenguaje, plantea al niño el poder decir "no" al ofrecerle la comida, inclusive ante alimentos que por lo regular le gustan. Aceptan o rechazan diferentes alimentos aparentemente por razones irracionales; por ejemplo, no comen galletas quebradas, no le gusta que se mezclen los alimentos en el plato, puede rechazar las carnes que requieren más masticación. El hambre varía de un día para otro y los alimentos que rechaza un día los consume con placer al día siguiente. En general el poco entusiasmo por los alimentos puede durar solo algunos meses o mantenerse en todo el periodo preescolar. Por lo tanto las reglas habituales para estimular el apetito del niño pueden ser útiles pero no efectivas. Un arreglo cómodo de la mesa y la silla, el uso de utensilios fáciles de manejar, alimentos atractivos cortados a un tamaño que el niño los pueda manejar fácilmente y porciones iniciales pequeñas con porciones adicionales según el niño lo solicite, puede facilitar el momento de la comida (Beal, 1994).

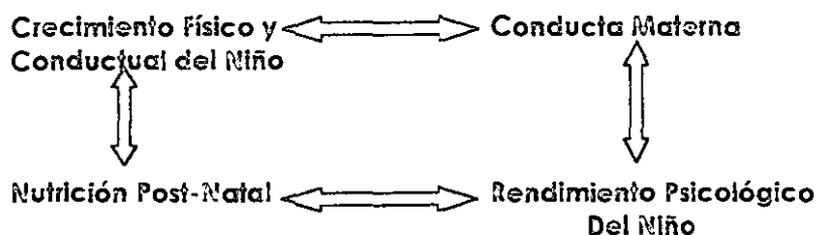
Recapitulando lo descrito para cada una de las etapas en la alimentación, se puede afirmar que desde la primera vez que el menor se alimenta empieza a asociar la comida con el alivio de una molestia. Adquiere confianza en la persona que lo cuida cuando el hambre se satisface rápidamente. Durante el primer año, el apetito natural, producto de las necesidades del crecimiento son lo suficientemente grandes como para asegurar una buena aceptación del alimento. Con las demandas para el crecimiento reducidas y con los intereses y capacidades más amplias del niño preescolar, la comida se relega a un

segundo lugar de importancia. La disminución del apetito, el aumento de la independencia y la integración a la dieta familiar crean una situación muy diferente a las primeras etapas de alimentación. Al ser capaz de escoger lo que come, el niño aprende que tiene control sobre lo que anteriormente no tenía. Las reacciones de los padres o de las personas que lo cuidan afectan tanto los patrones de conducta como las actitudes hacia la alimentación, lo que puede establecer un patrón para el resto de la vida. Aunque los gustos por el alimento cambian, la actitud general del niño hacia el alimento y su significado están basados en gran parte en sus experiencias durante el periodo preescolar. Asimismo, la comida adquiere varios significados no biológicos; el niño aprende que el alimento es una de las pocas armas que puede usar contra sus padres. El rechazo de alimento puede atraer la atención deseada; además el comportamiento durante las comidas, en ocasiones pone a prueba los límites permisibles que han establecido los padres. Cuando el alimento se ofrece con placer y alegría, los padres expresan satisfacción y orgullo de su descendencia y su capacidad para amar y comprender. En cambio cuando los padres fuerzan a los niños a comer, puede ser que traten de hacer lo mejor, pero también puede ser signo de dominio. El alimento se usa como premio de una buena conducta, pero también puede ser castigo al retirarlo como consecuencia a un comportamiento indeseable. Los alimentos que se usan más comúnmente como recompensa o castigo son las golosinas, las cuales se vuelven más deseables que otros alimentos (Beal, 1994).

Por otro lado, retomando la importancia que juega el escaso ámbito social del recién nacido, su interacción también es estrecha, en forma directa tiene contacto solo con la madre o con la figura materna, en donde la interacción madre-hijo se logra fundamentalmente a través del alimento como satisfactor de una necesidad vital, y del contacto amoroso, que satisface una necesidad básica de tipo emocional. Por esto desde la primera teta, el alimento se constituye como herramienta de interrelación, es decir de socialización. Como ya se señaló, el más alto significado del alimento como instrumento de socialización se alcanza en las primeras etapas del desarrollo (Ramos, 1985). La conducta asumida por los padres, sobre todo de la madre, al establecer vínculos afectivos, realizar actividades compartidas, establecer relaciones de reciprocidad que promuevan el desarrollo de habilidades en el niño, entre otras, estimulan la evolución de su interdependencia, proceso sumamente importante para el desarrollo cognoscitivo y ejerce una valiosa fuerza en la motivación para el aprendizaje (Bronfenbrenner, 1987).

Zeitin y Mansour (1985) señalan que la frecuencia y la calidad de la interacción, las manifestaciones de afecto de la madre, influyen en el estado nutricional y en el desarrollo del menor. Una interacción estimulante y agradable aumenta en el niño la tendencia a ejercitar su organismo, a utilizar los alimentos para su crecimiento y desarrollo; cuando esta interacción es armónica, adecuada y sistemática, se produce un bienestar psicológico que activa el sistema inmunológico y puede estimular las hormonas del crecimiento. Por el contrario el estrés psicológico afecta negativamente el aprovechamiento de los alimentos, la resistencia a las infecciones y condiciona desfavorablemente la atmósfera emocional en donde se desarrolla el niño. La influencia de la relación madre-hijo, sobre el crecimiento y desarrollo del infante se expresa en la figura 2:

Figura 2. Influencia de la relación materno-infantil sobre el comportamiento del niño.



Fuente: Zeittin y Mansour, 1985, p. 24.

Estos investigadores después de realizar observaciones sistemáticas de la interacción madre- niño, señalan una serie de características asociadas al crecimiento y desarrollo adecuados, encontrando como una de las principales a la interacción durante la alimentación, en donde, en el periodo de amamantamiento la madre permite que el niño controle la introducción y el retiro del pezón, que regule el horario de la comida y le da pecho con mayor frecuencia. Con relación a otras comidas, ofrece éstas con regularidad, los alimentos son adecuados en cantidad y calidad, insiste que coma pero evitando el conflicto y el forcejeo. El momento de alimentar es agradable para la madre, siendo la interacción reciproca y tranquila.

Así, puede afirmarse que la mayor influencia sobre los hábitos alimentarios, las actitudes y conductas en torno a los alimentos proviene del ambiente familiar. En un mundo de rápidos cambios, la familia es actualmente todavía la unidad primaria de la sociedad. Si bien las formas exteriores de la vida familiar han cambiado, la familia continua siendo el grupo en donde los niños comienzan a vivir efectivamente y en el que adquieren seguridad y satisfacción cuando la familia es funcional (Saucedo, 1996).

La cantidad de alimentos que se comen está determinada por los hábitos de alimentación, los cuales se van modelando a lo largo de la vida, y los comienzos son colocados en la infancia. Los hábitos alimentarios consideran además de la ingesta de ciertos alimentos, también a las cantidades, los horarios, actitudes y conductas que en general se tienen ante la comida (Osorio y Sánchez, 1996).

La madre, al ser ella quien planea las comidas, las compra, las prepara y las sirve, es quien regularmente fija el patrón de hábitos y actitudes hacia la alimentación. Sus valores y costumbres tienen que ver con el medio en que ella se crió; aunque también hay que considerar los ingresos, la región geográfica, el nivel educativo, además de las supersticiones, creencias, tabúes, entre otros (Jellife, 1974). En nuestra sociedad, no se le atribuye a los padres tanta responsabilidad en el sentido de la alimentación, ya que la forma más usual que tiene el padre para relacionarse con sus hijos es a través del juego, aunque ocasionalmente lo alimenta o lo cuida. Aunque Osorio y Sánchez (1996) observaron que cuando el padre tiene buena relación con sus hijos, les muestra cariño, los escucha, es empático y los apoya, contribuye a la salud física y psicológica de los niños.

Por otro lado, abordando las cuestiones culturales de la alimentación, Dettwyler (1996) al investigar patrones dietéticos en diferentes países y en diferentes grupos étnicos encontró que la principal causa de variación dentro de la selección y preferencia de alimentos, se atribuye a la cultura, al significado de la maternidad y a la experiencia individual. Por

ejemplo, en culturas del norte de África, en donde el crecimiento de los niños es bajo y la desnutrición muy grave, se han observado creencias como las siguientes:

"El niño debe comer alimentos sólidos hasta después de los 8 meses de edad, cuando ya puede comer por sí solo".

"Si el niño no quiere comer no se le debe forzar, ya que está aprendiendo a ser responsable de sí mismo" (citado en Saucedo, 1996, p. 33).

En la investigación realizada por Solís y Fox (1996) con una muestra de 96 mujeres mexicano-americanas y anglosajonas, con las que indagaron sobre: a) conocimientos en nutrición, b) prácticas maternas de alimentación, c) locus de control para el peso corporal, d) recopilación de datos demográficos, e) y medidas antropométricas, encontraron que a mayor nivel educativo, mayor es el locus de control interno, relacionándose directamente con el peso corporal de los niños, además mayores son los conocimientos sobre nutrición; las madres mexicano-americanas tenían un peso y una masa corporal significativamente mayor que las anglosajonas, así también, era menor su nivel educativo, y sus conocimientos en nutrición.

Ahora bien, de acuerdo con Chávez y Martínez (1982), la alimentación es considerada un proceso socio-económico en lo genérico y psicológico en lo individual o específico. Al conocer la disponibilidad y el acceso a los alimentos dado fundamentalmente por un proceso social y económico, las preferencias, combinaciones y diversidad, se vuelven un asunto cultural y psicológico.

Fomon (1996) utiliza el término "estado nutricional" para referirse a la forma en que las medidas antropométricas sirven como evidencia de que la persona ha consumido proteínas y energía, y se supone, que la proporcionalidad entre la talla y la edad, implica que no existen trastornos en los procesos de nutrición. Esta afirmación se deriva de estudios en comunidades rurales, con niños con desnutrición aguda-crónica, en donde se encontraba invariablemente la relación entre la pérdida crónica de la talla y un déficit en el consumo de proteínas y energía, además de un subconsumo generalizado de alimentos. Respecto a la desnutrición leve y moderada, como resultado de medidas antropométricas, no se explica con relación a variables socio-económicas, ya que invariablemente se asocian con medidas de tipo psico-social.

El estudio de indicadores de salud, alimentación y desarrollo en el ambiente natural, es decir, dentro de un contexto de referencia, facilita hablar de la salud, específicamente de infecciones diarreicas, en términos de frecuencias alta y baja, en el campo de la nutrición, de desnutrición leve y moderada, y en el desarrollo psicológico de grupos de niños en y no-riesgo. El estado nutricional deja de funcionar como eje explicativo de los procesos de salud y desarrollo, en su lugar, variables de la interacción madre-hijo conforman el eje de explicación de la salud nutricional y desarrollo del niño; además los estilos de comportamiento de la madre explican los procesos conductuales de higiene, diversidad de la dieta y estimulación (Vera, 1996).

Ejemplos de estudios que avalan lo señalado anteriormente son los que a continuación se describen:

Saucedo (1996) observó que los niños que desarrollaban obesidad precoz, y que se continuaba hasta la adolescencia, pertenecían a familias en donde por lo menos uno de los padres era obeso, y cuyas preocupaciones y ansiedades se centraban en la comida. Además el ambiente familiar que generaban, manifestaba que ellos mismos promovían,

modelaban y reforzaban las conductas alimentarias que favorecían la ingesta calórica excesiva y la actividad física sedentaria.

Por otro lado, Galler (1984) señala que las madres que observan a su niño flaco y espigado, inactivo y poco responsivo, lo perciben como inmaduro y vulnerable, por lo que lo sobreprotegen. Así, se observa que los problemas de interacción madre-hijo en la primera infancia, contribuyen al desarrollo de la desnutrición leve y moderada: a través de un mecanismo de deseabilidad social en donde un niño gordo se conceptualiza como un niño sano. Esta creencia sirve para que el niño utilice el comportamiento alimentario como controlador de la situación y de las consecuencias reforzantes, como son la disponibilidad de tiempo y los permisos, al igual que la ingesta de alimentos chatarra.

Graves (1976) con dos grupos de infantes de entre 7 y 18 meses, dieciséis con desnutrición moderada y diecinueve sanos, observó las interacciones madre-hijo en una situación de juego agrupándolas en tres categorías: conducta exploratoria (manipulación de juguetes), conducta de apego (interacción a distancia, contacto físico y aproximación), además de otras (llorar, pedir los brazos y alimentación). Los niños desnutridos presentaron bajos niveles en las conductas: exploratoria y de juego, interacción a distancia con las madres (vocalizar, sonreír, mirar), además pasaron más tiempo en los brazos de su madre, a diferencia de los niños sanos iniciaron menos interacciones y mostraron menos nivel de atención y de respuesta ante estímulos.

De Tejada, González de Tineo y Porras de Troconis (1996) al observar la interacción madre-hijo en un grupo de madres de niños desnutridos graves, hospitalizados por su condición de enfermedad, encontraron conductas alejadas de las características asociadas con el crecimiento y desarrollo adecuados. Mientras el patrón de interacción conductual óptimo se caracteriza por ser frecuente, flexible, sistemático, recíproco, rítmico, agradable, con la postura del niño ajustada al cuerpo de la madre cuando lo mece y lo balancea, a través de los registros realizados se observó un patrón contrario a esta caracterización: conducta rígida, automatizada, discontinua, poco persistente y aritmica. La interacción con el niño en cuanto a contacto físico, interacción comunicacional, expresión emocional, cuando estuvo presente, se realizó fundamentalmente durante la rutina diaria de alimentación, baño, vestido, fuera de esos momentos, el niño por lo general permanecía en su cuna. El contacto físico observado, aunque frecuente, se caracterizaba por ser rutinario, inflexible y asistemático: alejándose de lo considerado como adecuado. La interacción comunicacional estuvo ausente en un alto porcentaje, aún en momentos significativos en la vida del niño: alimentación, baño, vestido. En cuanto a la expresión emocional, la característica principal fue la indiferencia manifestada por una actitud y gestos inexpresivos, aún en los momentos de realización de los cuidados maternos. En la atención prestada de la madre al niño, se destacó la falta de contacto visual durante las interacciones. En general, la conducta exhibida por las madres fue de apatía, desinterés, y depresión; por lo que se consideró a esas madres como de "alto riesgo", incluyendo en esta denominación a todas las que experimentan pérdida de empleo, separación marital, violencia o desintegración familiar, crisis de salud, y la que consideraron como la más importante "el asumir de manera irresponsable el rol de madre".

Allen, Backstrand, Chávez y Peltó (1990) realizaron un estudio comparativo de tres culturas, llevado a cabo en México, Egipto y Kenia investigaron los efectos funcionales de la desnutrición leve y moderada. El estudio identificó a las madres desde el embarazo, a los niños cuando nacieron y hasta la edad escolar. Algunas de las variables que se evaluaron fueron la interacción madre-hijo, el estado nutricional, el consumo de alimentos, el desarrollo del niño, la salud, el nivel de micro nutrientes en sangre y la

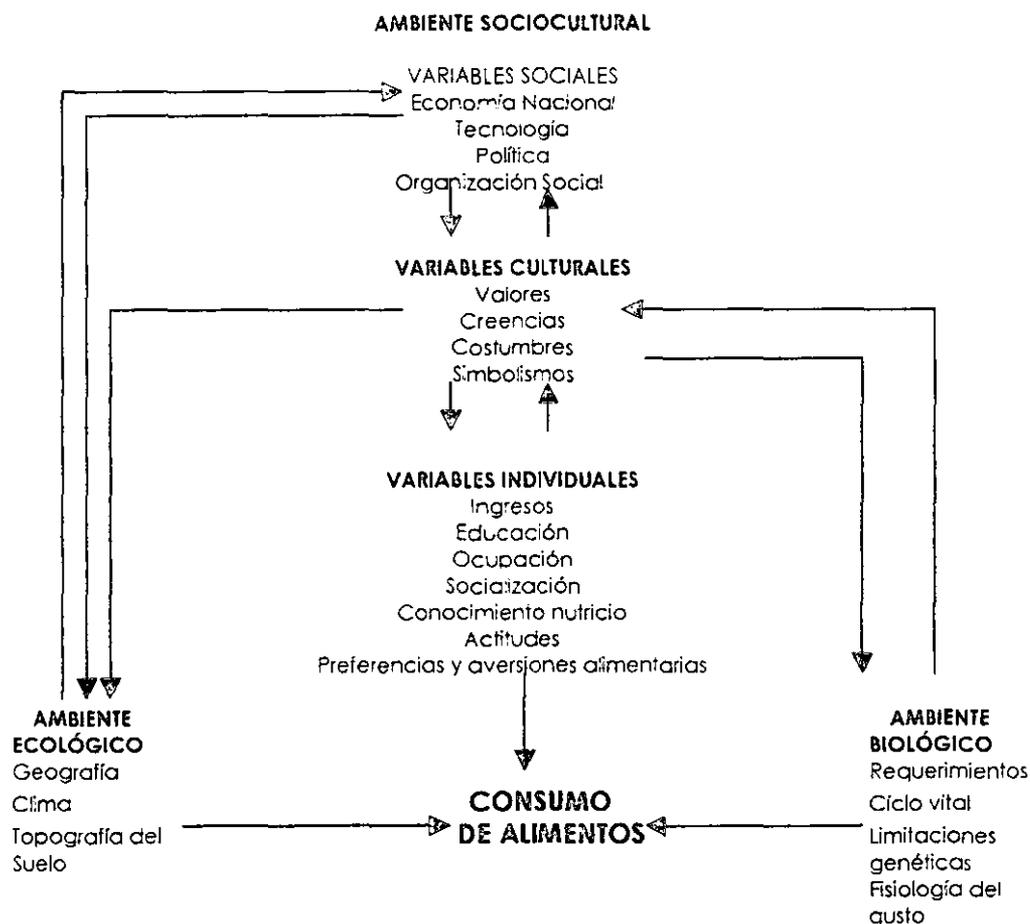
composición de la leche materna. Por considerarlo de mayor relevancia se detalla a continuación el estudio y los resultados en nuestro país.

El estudio en México se desarrolló en seis comunidades del Valle de Solís, en el Estado de México, los resultados con los infantes muestran que el mayor peso y consumo de grasa en el embarazo se asocia con una frecuencia alta de sonreír en el niño. Bajos niveles de vitamina B12 durante el embarazo y la lactancia se asocian con menos miradas a la madre, rechazo y berrinche por parte del bebé. Altos niveles de vitamina B12 se asocian con observar más a la mamá, y con bajo rechazo y pocas advertencias hacia el niño. Es decir, que madres mejor nutridas tienen hijos que sonríen, mueven los brazos constantemente y dirigen la atención. En la etapa de los 3 a los 6 meses de edad de los niños, fueron más importantes las características de la madre para determinar la conducta infantil, que los factores relacionados con el infante mismo. Los preescolares fueron observados de los 24 a los 31 meses de edad. Al comparar niños normales contra niños con peso y talla por debajo de la norma, se encontró que los niños desnutridos severamente fueron menos activos, menos sociables, menos interactivos con sus padres y otros individuos; jugaban menos, eran menos imaginativos, lloraban y seguían al adulto pasivamente muy frecuentemente. Eran menos aseados, limpiados o cambiados. Sus madres interactuaban poco con ellos, así como con los otros miembros de la familia: eran menos activas y daban en pocas ocasiones instrucciones a sus hijos. Sin embargo, no hubo diferencias entre los grupos respecto al consumo dietario. Los niños desnutridos graves vivían en casas más pobres, y sus padres migraban a otros lugares durante temporadas para trabajar, esto reducía el tiempo disponible de la madre para el niño, dedicándose más a las labores del campo y de la casa.

En general, los niños infantes y preescolares con problemas de alimentación son apáticos, menos activos, irritables, menos capaces de interactuar con su ambiente, y sus madres son más pasivas y menos responsivas a sus hijos. Cabe destacar que los factores socioeconómicos no parecen influir en las conductas de infantes y preescolares con desnutrición leve, aunque sí afectan la conducta de la mamá en la medida en que restringen la disponibilidad de tiempo para el niño, y se asocian con un reducido número de años de escolaridad cursados.

Ahora bien, puede afirmarse que los *estilos de crianza por parte de la madre* (entendidos como patrones de conducta de cada mujer que conjuntan actitudes, creencias, hábitos y costumbres, conformadas por los supuestos acerca de los cuidados y crianza de los hijos), en el contexto de la salud del niño, en situaciones comunitarias, requiere de una visión cultural, pues las invariantes del comportamiento materno en una comunidad, responderán en parte a la norma subjetiva o deseabilidad social de esas conductas dentro de un contexto. Aunado a las características de interacción de la diada madre-hijo, los conocimientos que la madre tenga acerca de la salud, nutrición y desarrollo del niño, son un aspecto fundamental en la explicación del cuidado de éste; que si bien potencializan una decisión adecuada, no la determinan, ya que entre el conocimiento y las acciones existen otras variables que también explican el proceso. Una de las variables más importantes son las actitudes hacia el cuidado del niño, que se refieren fundamentalmente a la crianza. Se ha observado que una actitud negativa hacia el niño, incrementa los niveles de estrés en la madre, afectando la posibilidad de predecir adecuadamente la conducta futura hacia el niño; y así mismo, las características de la interacción madre-hijo. Una actitud negativa hacia el niño implica una percepción distorsionada de su comportamiento y esto hace que la madre sea menos sensible a las señales de enfermedad o desajuste. Este tipo de percepción es propia de las madres depresivas, que responden poco a las demandas del niño, y generalmente los niños de ellas presentan problemas de salud y alimentación (Vera, 1996).

Figura 3. Componentes interactivos de los determinantes del consumo de alimentos.



Fuente: Chauliac, Masse-Rimbault y D'Agostino, 1991, p. 24.

Por otro lado, desde el ámbito de lo socio-cultural, McMillan (1996) afirma que parte de lo que le da sentido a la comunidad, es su seguridad dentro de los límites que el grupo establece. Dentro de estos límites se construye y desarrolla lealtad, seguridad emocional, sentido de pertenencia, seguridad, y veracidad, entre otros. Hay convivencia, se comparten en forma colectiva mitos, símbolos, ceremonias, y hechos relevantes que marcan su existencia como grupo, su sentido y su razón de ser. Con relación a la alimentación se establece una estrecha relación entre las variables socioeconómicas, culturales, ambientales y biológicas; como una forma de reafirmar todo esto, en la figura 3 se representan los componentes interactivos de los determinantes de consumo de alimentos, que Chauliac, Masse-Rimbault y D'Agostino (1991) proponen.

A manera de conclusión, se observa que lo cultural cobra gran importancia en el estado de nutrición de los grupos que la integran y en su conducta alimentaria. El alimento y la forma de alimentarse es parte de la cultura, de manera tan arraigada que influye o participa en los conceptos cosmogónicos de los pueblos, en todas las religiones, ritos y formas de practicarlos (Cruz, 1991). Además esta conducta es el resultado de la manifestación en ella de normas sociales de alimentación. En los aspectos socioculturales, además se contemplan factores importantes como los ambientales, que pueden determinar la dieta ingerida a nivel regional, por acción de la temperatura, la altitud y humedad de una zona geográfica que marcan la disponibilidad física de los alimentos. Las creencias alimentarias, también tienen estrecha relación con los hábitos y el valor

simbólico de los alimentos. En ellas se le atribuyen a los alimentos algunos beneficios o prejuicios ante la presencia de enfermedad, así algunas creencias pueden limitar el consumo.

La alimentación al ser parte de la cultura se transmite de generación en generación y evoluciona durante este proceso. Esta evolución es debida en parte a la acción de los conocimientos alimentarios que son responsables al adoptar actitudes nuevas frente al alimento y en forma más específica, es responsable en las prácticas y las conductas alimentarias (Tovar, 2000). Y siguiendo la perspectiva de lo psico-socio-cultural, en el siguiente capítulo se abordan detenidamente las prácticas de crianza de las madres respecto a la alimentación de los hijos, no sin antes definir los conceptos involucrados, tales como: creencias, costumbres, entre otros.

CAPITULO 3

PRACTICAS DE CRIANZA RELACIONADAS CON LA ALIMENTACIÓN

Como ya se ha señalado, la alimentación y la comida en el ser humano significan no solamente la satisfacción de una necesidad, sino que es una actividad que está asociada a múltiples experiencias, lo que implica que el alimento y el comerio quedan revestidos de una gran variedad de significados y de muy diversas simbologías.

Ahora bien, el ambiente familiar tiene una de sus mayores influencias sobre los hábitos alimentarios, las actitudes, creencias, costumbres y en general los comportamientos respecto a los alimentos. Generalmente los padres y en especial las madres, son quienes asumen la responsabilidad de cuidar y educar a los hijos (cabe aclarar que esta investigación pone especial atención en las mujeres como sujetos de estudio, en las acciones relacionadas con la alimentación y la nutrición, haciéndolas visibles en situaciones históricas concretas, principalmente como mujeres y no sólo en su papel de madres). Sin embargo, los padres se ven influenciados por la sociedad a la que pertenecen para criar a sus hijos.

Bajo estas consideraciones, este capítulo se iniciará abordando los antecedentes históricos de la crianza en nuestro país, para después retomar los conceptos que explican las prácticas de crianza específicamente relacionadas con la alimentación de los niños.

3.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA CRIANZA

Según Osorio y Sánchez (1996) en el México antiguo, antes de la conquista, la educación y la crianza de los hijos estaba a cargo de los padres ellos le inculcaban a los hijos sus respectivos oficios. A los hombres se les enseñaba el oficio del padre y ayudaban a éste en los trabajos diarios. Las niñas aprendían de la madre a moler maíz, tejer, hacer tortillas, entre otras actividades. El cuidado de los hijos de los nobles se encomendaba a los servidores de la casa y a los niños de mayor edad, quienes tenían la misión de cuidarlos, de participar en sus juegos y de vigilar su conducta. Frecuentemente había nodrizas que amamantaban a los niños pequeños en lugar de sus madres. En este caso los padres tenían un papel secundario en la educación.

Entre los indios del norte de México se acostumbraba, debido a la escasez del alimento, que las madres amamantaran a los niños hasta entrada la infancia, a los niños que tenían una salud deteriorada se les dejaba morir o se les mataba. Entre los totonacas, el cuidado de los niños pequeños quedaba a cargo de la madre, sobre todo en la etapa de la lactancia y el destete estaba determinado por la llegada de otro hijo. A los 10 años de edad se les incorporaba al trabajo.

Al parecer en las antiguas culturas mexicanas, la madre estaba a cargo de la crianza de los hijos, sobre todo de los menores de edad, y ya conforme iban creciendo, los niños y niñas se inclinaban por el progenitor del mismo sexo para recibir alguna enseñanza. La educación era predominantemente autoritaria y a los niños no se les tomaba pareceres. Los padres o quienes estuvieran a cargo de los niños decidían lo más conveniente para ellos. Estas prácticas aparentemente han perdurado en nuestro contexto de generación en generación, pero también han recibido la influencia de corrientes extranjeras, o inclusive la información que brindan médicos, psicólogos, maestros, etc.

Ahora bien, hasta la actualidad, la crianza de los hijos juega un papel primordial en el desarrollo de los seres humanos, por lo cual a continuación se define este concepto.

3.2 DEFINICIÓN DE PRÁCTICAS DE CRIANZA.

No existe una definición precisa acerca de lo que es la crianza; sin embargo, entre los términos más comunes encontrados en las definiciones están los de acción y efecto de criar a los niños, y el de la época de lactancia, relacionado con el hecho de cuidar y alimentar a los pequeños.

Davidoff (1979) conceptúa a la crianza, basándola en el papel de los progenitores como agentes de socialización. Esto es, la manera de guiar o desalentar a los hijos hacia conductas, valores, metas y motivaciones que la cultura considera apropiadas. Se ha observado que al definir a la crianza, se hace uso de términos, tales como el de "estilos de crianza" y "patrones de crianza"; en este sentido el estilo se refiere al modo, manera o costumbre particular de promover o desalentar conductas, valores, metas y motivaciones en los hijos. Con referencia al término patrón, éste define a una plantilla o modelo que permite efectuar comparaciones respecto al comportamiento de los padres en un momento dado. Así mismo, se hace uso de el término "prácticas de crianza", que parece ser el más adecuado, y que denota la forma en que los padres actúan hacia sus hijos. Práctica se usa para conjuntar a los hábitos, usos continuados, costumbres, estilos e inclusive creencias relacionadas con la crianza (Osorio y Sánchez 1996).

El término de "creencias" desde la perspectiva psicosocial, puede asumir diferentes definiciones, tal como lo definen los siguientes autores:

Rockeach (1968) menciona que al llegar a la edad adulta el individuo se ha formado cientos y miles de creencias referentes a lo que es o no verdadero, lo bueno y lo malo acerca del mundo físico y social en el que vive, organizándose las creencias en algo así como sistemas arquitectónicos que poseen propiedades estructurales que pueden ser descritos y evaluables, y a su vez tienen consecuencias observables en el comportamiento. Para este autor las creencias son inferencias que hace el observador acerca de los estados de expectación subyacentes. También señala que las creencias no pueden observarse directamente, sino inferirse a partir de los dispositivos psicológicos disponibles de todas las cosas que el creyente hace o dice. Otra definición la señala Pepitone (citado en Escobar, 1996) quien considera que las creencias son estructuras relativamente estables que representan lo que existe para el individuo más allá de la percepción directa; son conceptos acerca de la naturaleza, las causas y creencias de cosas, personas, eventos y procesos cuya existencia es asumida. Menciona que la diferencia entre las creencias y el conocimiento radica en la seguridad objetiva de la existencia de una cosa. Fursay-Fusswerk (1985), señala que el término creencia es concebido como un mecanismo institutivo de adhesión, inherente al espíritu humano.

Ahora bien, a partir de lo ya definido, se puede afirmar que cada grupo humano tiene su propia estructura de comportamiento, costumbres y creencias, el conjunto de las cuales define a su cultura. Este complejo conjunto de formas de vida no son innatas, se aprenden por medio de la enseñanza de los padres y otras personas. De alguna manera conforme el individuo va llegando a la madurez, acepta las costumbres de su grupo como la forma correcta y apropiada de comportarse.

De hecho todas las culturas, ya sea en una aldea tropical o en una comunidad tecnológicamente avanzada, observan algunas prácticas que son provechosas para la salud y especialmente en la nutrición del grupo, aunque también se pueden presentar algunas nocivas (Werner y Bower, 1993). Así mismo, en la actualidad se han dado cambios a tal velocidad que por ejemplo, en el campo de la nutrición infantil, muchas prácticas tradicionales han permanecido "intactas", sin embargo, sobre todo en las ciudades ha habido una tendencia desafortunada a tratar de imitar ciertos tipos de prácticas, tales como el uso del biberón. De acuerdo con Jelliffe (1974) las prácticas de crianza se pueden clasificar en cuatro grupos de acuerdo con su efecto visible sobre la

salud y nutrición, éstas son: **a) Benéficas:** que parecen beneficiar la salud y la nutrición de los niños, como por ejemplo la prolongación de la alimentación al seno materno. **b) Sin importancia:** Son prácticas que pudieran parecer extrañas e innecesarias, y que no tienen significación alguna en cuanto a la salud y nutrición del niño. **c) De eficacia dudosa:** pueden tener efectos tanto benéficos, como en un momento dado, como nocivos, por lo que es difícil decir como deben clasificarse. **d) Nocivas:** son aquellas que causan daño evidente a la salud y la nutrición del niño, por ejemplo, en algunos lugares del país se restringe de manera prolongada los alimentos a los niños durante un episodio de diarrea, o también se cree que una diarrea peligrosa resulta cuando al bebé se le hunde la "mollera" (fontanela), por lo cual lo tratan succionándole la mollera, empujando hacia arriba el paladar, y en ningún momento le dan líquidos.

3.3 PRÁCTICAS DE CRIANZA Y ALIMENTACIÓN.

Queda claro que la práctica de la conducta alimentaria, entendida como "la relación de intercambio con la que el sujeto consigue los elementos que necesita su organismo para sostener la estructura biológica y mantener las necesidades energéticas" (Cruz, 1990, p. 9); es el resultado de la manifestación en ella de normas sociales de alimentación, de jerarquización, e inclusive de preceptos religiosos que tienen trayectoria colectiva y de hacer explícita la función y experiencia psicológica individual.

Como anteriormente se señaló, la conducta alimentaria no es sólo el acto reflejo de evitar la aparición de la sensación de hambre, sino que tiene su significación propia donde se ven involucradas experiencias previas, recuerdos, sentimientos, emociones y necesidades entre otros. Existe un vínculo fisiológico, psicológico y sociocultural entre un estímulo y la respuesta o conducta alimentaria que genera. A nivel fisiológico se considera el nutriente, a nivel psicológico, el alimento con sus propiedades organolépticas de color, sabor y textura, entre otras y a nivel sociocultural, la comida compuesta por diferentes tipos de alimentos. En los aspectos socioculturales, además se contemplan factores importantes como los ambientales, que pueden determinar la dieta ingerida a nivel regional por acción de la temperatura, la altitud y humedad de una zona geográfica que marcan la disponibilidad física de los alimentos. Y aspectos relativos a normas morales que delimitan la aceptación o rechazo de algunos alimentos o la forma como deben prepararse y consumirse. Se habla entonces de disponibilidad y acceso cultural de alimentos (Tovar, 2000).

Con la conducta, también se encuentran relacionados los hábitos alimentarios, considerados como una disposición adquirida por actos repetidos, "una manera de ser y de vivir" (Bourges, 1990). De esta manera la conducta alimentaria está más influenciada por los hábitos y las costumbres que por un razonamiento lógico. Una conducta puede convertirse en hábito cuando se repite de manera tan frecuente que permanece en el individuo. Para que esto suceda se requiere que sea placentera, que esté acorde con las normas socioculturales establecidas por un grupo, y que sea coherente con el estilo de vida del individuo o del grupo. Con los hábitos se relaciona el valor simbólico de los alimentos, valor otorgado según la costumbre, el uso del alimento, los deseos psicológicos, los preceptos religiosos y la tradición sociocultural de un pueblo (Tovar, 2000).

Las creencias alimentarias, también tienen una estrecha relación con los hábitos y el valor simbólico de los alimentos. En ellas se le atribuye al alimento algunos beneficios o perjuicios ante la presencia de enfermedad, así algunas creencias pueden limitar el consumo.

La alimentación, es parte de la cultura, se transmite de generación en generación, y evoluciona durante este proceso, y a lo largo del tiempo. También se ve transformada por la acción de los conocimientos alimentarios que son responsables de la adopción de

actitudes nuevas frente al alimento y en forma más específica, es responsable de las variaciones de las prácticas y conductas alimentarias.

McMillan (1996) reportó que parte de lo que le da sentido a la comunidad, es su identificación dentro de los límites que el grupo establece. Dentro de estos límites, se construye y desarrolla lealtad, seguridad emocional, sentido de pertenencia, aceptación, credibilidad y veracidad, entre otros. Hay convivencia, se comparten en forma colectiva mitos, símbolos, rituales, ceremonias, celebraciones y hechos relevantes que marcan su existencia como grupo, su sentido, su razón de ser. También en la identificación como grupo, el alimento tiene una intervención propia, ya que al ser cultural, al compartir una situación alimentaria similar, contribuye a crear el espacio de identificación cultural. El régimen de alimentación tradicional, suele inspirar sentimientos de lealtad, identidad cultural y seguridad emocional.

Un ejemplo de lo descrito anteriormente, es el uso de algún(os) alimento(s) en especial (superalimentos culturales, como los denomina Jelliffe, 1974). Este alimento tiene como característica principal ser la más importante fuente de calorías. Su producción y preparación ocupa gran parte del trabajo de la comunidad, tanto desde el punto de vista agrícola, como doméstico. A causa de su importancia para la supervivencia de la comunidad en particular, a menudo tiene un estado semidivino, entrelazándose así, la religión local, la mitología y la historia. Tiene profundo valor emocional para el grupo, y tiende a dominar la dieta local.

En el caso de nuestro país, el "superalimento" del que se está hablando es el maíz (o teocinte), este grano tiene tal valor para los mexicanos, que para describir el periodo prehispánico se habla de la "Cultura del Maíz", ya que en torno a él y complementado con chiles, calabazas, carne de conejo, armadillo y guajolote, se elaboraban variados platillos, que alcanzarían en ocasiones un carácter ritual al constituir una de las principales ofrendas a los dioses y los muertos. Por su importancia el maíz se convirtió en un objeto de culto religioso, y para él se organizaban diversas ceremonias. Antes de comerlo lo trataban con delicadeza y ternura. Antes de cocerlo lo calentaban con el aliento para que no sufriese con los cambios de temperatura, y si encontraban un grano en el suelo lo recogían y rezaban una oración, para disculpar el desperdicio e impedir que los dioses se vengaran produciendo sequías y hambre.

En la actualidad, en nuestro país, se puede hablar de un mestizaje gastronómico originado con la conquista española, y la influencia cultural de otros países, hoy en día, los antojitos (tacos, quesadillas, sopes, tamales...) se han convertido en parte esencial de la comida mexicana, las sopas, carnes y pescados se guisan de forma tan variada como sus regiones, los postres que se originan en su mayoría en las cocinas conventuales del virreinato, los dulces de origen artesanal, reflejo del sentimiento popular, los panes de formas caprichosas y nombres graciosos, y las bebidas: tequila, mezcal, pulque, cerveza, aguas frescas de diferentes frutas, atole, champurrado y el chocolate, que ofrecen un panorama diverso de olores, sabores y colores (Historia de la cocina mexicana, 2001).

Por otro lado, considerando la alimentación específica para niños y niñas, factores relacionados con la cultura, como los conocimientos, las creencias, costumbres y mitos respecto a su alimentación participan activamente en su salud y desarrollo; por ejemplo, en un estudio realizado por la Comisión Nacional de Lactancia Materna del Ministerio de Salud en Chile (1995) con mujeres entrevistadas, se encontró que había mitos que se relacionaban estrechamente con el amamantamiento de los hijos, así entre los principales se encontraban los siguientes:

- El tamaño de los pechos tiene una relación directa con la potencial capacidad de producir leche.
- Los pechos pequeños no producen suficiente leche. Los pechos grandes "a veces" no producen buena leche.

- Los pechos se deforman con el amamantamiento.
- El amamantamiento es doloroso.
- Respecto a la calidad de la leche, habitualmente las mujeres ven la primera leche que sale de sus pechos y creen que es de mala calidad.
- La leche "aguada" es de mala calidad.
- Es bueno darle chupón al niño para que no mame seguido (p. 23).

En nuestro país, en un estudio realizado por Pérez-Gil, Rueda y Díez (1993), con mujeres de comunidades rurales en Malinalco, Estado de México y de la Sierra Juárez de Oaxaca sobre la práctica del amamantamiento encontraron que durante el primer mes de vida de los hijos, la mitad de las mujeres de Malinalco dio exclusivamente leche materna, siguiéndole aquellas que además de la leche le dieron a sus hijos té con azúcar. En lo que respecta a las madres de la Sierra de Oaxaca, el 61% incluyó antes del mes atoles con o sin leche y fórmulas lácteas, así como el calostro. En ambos lugares se detectó que la madre fue quien determinó en qué momento introducir otros alimentos y cómo alimentarlo durante los primeros días, no obstante en Malinalco, el personal de salud, en especial el médico se manifestó como el segundo responsable. En el caso de la Sierra, las parteras, las madres y las suegras, influyen en la toma de decisiones de las mujeres. La ausencia de una recomendación masculina se hizo evidente en ambos lugares. Respecto al tiempo que tardan entre el nacimiento del niño y "pegárselos al pecho" para amamantarlo, se encontró que las mujeres de Malinalco dejan transcurrir más de 24 horas, a diferencia de las oaxaqueñas que no dejan pasar más de 12 horas, lo cual se considera como una excelente práctica, ya desde el punto de vista nutricional estimula la producción de la leche. Al indagar sobre el significado que para ellas tenía el amamantar, la mayoría de las mujeres de ambos lugares lo señalaron como algo "natural" o "dado" y por ende algo "agradable"; un porcentaje mínimo de las mujeres respondió negativamente, cuando a todas se les preguntó el motivo de su sentimiento únicamente respondieron "por que sí, es algo natural", las mujeres que respondieron de forma negativa argumentaron que les causaba molestias y que les disgustaba tener al niño pegado. Las mujeres que por alguna razón no amamantaron a sus hijos, manifestaron sentir culpa por no haber amamantado a sus bebés.

Continuando con sus estudios, ya más recientemente, Pérez-Gil, Díez, Pérez, Vaidés y Gutiérrez (1999) en las comunidades de Malinalco y Chichicastepec (Oaxaca) investigaron sobre las percepciones y experiencias vividas en dos grupos de madres, uno indígena y otro mestizo acerca del embarazo y la lactancia, de manera general respecto a los resultados obtenidos con relación a la lactancia las mujeres de Malinalco manifestaron que nunca se prepararon para dar pecho a su bebé, sino que fue hasta después del parto cuando a cuatro de ellas un doctor les recomendó que comieran bien y tomaran muchos líquidos, en cambio cuando el consejo provenía de una mujer de la familia se aconsejaba tomar pulque, atole de ajonjolí, té de hoja de zapote y canela, y los caldos de res y de pollo para producir más leche; el chile es el alimento más prohibido durante la lactancia ya que "pasa al estómago del niño". Las mujeres oaxaqueñas tampoco se prepararon para amamantar, ya que no se los habían aconsejado o según ellas no les hizo falta. Las mujeres de Malinalco que fueron atendidas por el médico durante la lactancia ingerían algún complemento o suplemento alimenticio. Después del parto, las mujeres de Malinalco sólo dejaban de comer carne de puerco, en cambio las mujeres oaxaqueñas se alimentaban con atole de masa, chintestle (semilla molida), caldo de pollo y memelas; los productos "dulces" son los alimentos más prohibidos, tales como los frijoles y las calabacitas. Respecto a las razones por las que la "leche se va", el "susto" resultó ser la causa principal. Los corajes y las infecciones en los senos fueron, según las mujeres, las principales enfermedades durante la lactancia, de acuerdo con las madres el hacer un coraje hace que la leche le "caiga mal" al bebé y hasta puede fallecer. Al

indagar sobre quienes comen más si las niñas o los niños, en Malinalco se encontró que las mujeres refirieron que los niños comen más "porque jalan del pulmón", mientras que las niñas "jalan del estómago" por lo que comen menos; en Chichicastepec las madres opinaron que no hay diferencias entre niños y niñas respecto al comer.

De manera general, las investigadoras señalan que con relación a la lactancia, no se encontraron saberes arraigados de la alimentación del bebé. El concepto de "comer bien" predominó en los dos grupos. Hablar de alimentación y dar consejos es un atributo de género: solo las madres, las abuelas, las suegras o las parteras expresan su opinión.

Asimismo, también en nuestro país, Cifuentes y Mondragón (1988) tras muchos años de experiencia en investigaciones epidemiológicas, relacionadas con la alimentación humana, describen lo siguiente:

En el municipio de Cuetzalan en la sierra norte del estado de Puebla, en donde la economía es predominantemente campesina (los cultivos más frecuentes son el maíz, el café y el frijol), la autosuficiencia es relativa, ya que no hay grandes extensiones de terreno propicio para sembrar el maíz a consecuencia del monocultivo del café; además, la tenencia de la tierra es acaparada por caciques; el grave deterioro ecológico y el subempleo conforman los rasgos más relevantes de esta zona.

En ese lugar, se observa que las madres refieren conceptos y manifiestan actitudes hacia la calidad de la alimentación, la desnutrición y los problemas de salud de sus hijos muy precisos. La mayoría desteta al niño después de los seis meses consistiendo la dieta de éste, desde el nacimiento hasta esta edad únicamente con leche materna. A partir de los seis meses incluyen en su alimentación alguna fruta, pollo una vez a la semana, atole con leche una vez al día, los frijoles se los dan después de los nueve meses o más. No incluyen gran variedad de verduras, alimentación que lleva al niño a un determinado grado de desnutrición y subalimentación, haciéndose más susceptible a enfermedades de tipo respiratorio, infecciosas, avitaminosis, etc. Todo esto sumado a la mala alimentación que la madre tuvo durante su embarazo y la creencia de que algunos alimentos pueden hacerles daño por su composición. Además bajo la creencia de que el niño puede "empacharse" le evitan alimentos como el frijol, pan, galletas, arroz; alimentos que son incluidos hasta después de los nueve meses de edad.

De las enfermedades a las que se les atribuye el mal estado de nutrición están el "susto", "el empacho", "el mal de ojo", "la caída de la mollera", todas ellas son enfermedades que le hacen perder peso (se definen estas enfermedades de tipo tradicional, en el anexo "4"). Para curar a los niños, por ejemplo, cuando está empachado, figuran en el tratamiento los tes, las sobadas de estómago, los ungüentos, las pócimas, entre otros. Los remedios para curar el susto, enfermedad que les hace perder peso, son generalmente "espíritus" (que pueden ser tomados o untados). Otra manera de curarlos es llevando al niño con un ramo de flores a la orilla del río, los pétalos se tiran al río, el niño pega en la superficie del agua con un palo, se lleva una vela y se tiene prendida durante todo el tiempo, luego se voltea de espaldas al río y se lo llevan sin voltear la cabeza. A esto se le llama "recoger el espíritu".

El mal de ojo, es otra forma de enfermedad que se manifiesta por calentura, vómito, falta de apetito por parte del niño, la causa de esta enfermedad se le atribuye a una persona que "tenga la vista fuerte". El tratamiento se da acostando al niño enfermo, pasándole por todo el cuerpo un huevo, sauco y un chile. Para que el niño no vuelva a enfermarse una persona con "vista fuerte" le da un poco de cabello a la madre del niño, este cabello se hierve y el agua se la da a beber al niño. Otra curación se refiere a que la persona que le hizo el "ojo" debe morderle un brazo, además de untarle de su saliva en las orejas (pp. 81-85).

También Carlos Zolla (1988) quien ha realizado diversos estudios de antropología médica y medicina tradicional, ha investigado enfermedades relacionadas con la alimentación y el aparato digestivo, una de estas enfermedades es la que se denomina "empacho", que designa un cuadro clínico en donde un objeto se adhiere a la pared intestinal ("tiene algo pegado en el estómago"). La población más predispuesta a contraer el empacho son los niños de entre dos y seis años de edad; este padecimiento puede presentarse en cualquier época del año. Al empacho se le dan diversas denominaciones de acuerdo al agente que lo produjo (empacho de frío, empacho de frijol, empacho de fruta, etc.) [p. 75].

Ahora bien, en estudios relacionados con la llamada "medicina tradicional", se ha observado que entre las 10 principales causas de demanda atención referidas por terapeutas tradicionales, en las áreas atendidas por el programa IMSS-COPLAMAR (citado en Zolla, 1988) se encuentran:

CAUSAS DE LA DEMANDA	PORCENTAJE DE ATENCIÓN
1.- Mal de ojo	55.03%
2.- Empacho	49.26%
3.- Susto-Espanto	33.81%
4.- Caída de Mollera	30.75%
5.- Disentería	22.57%
6.- Aires	20.95%
7.- Diarrea	18.72%
8.- Torceduras	18.41%
9.- Daño (brujería)	14.04%
10.- Anginas	9.98%

Se observa que en los casos de las enfermedades denominadas: Mal de ojo, empacho, caída de mollera, disentería y diarrea, la sintomatología se relaciona con el Sistema Digestivo, específicamente se advierten aspectos relacionados con la alimentación del niño, independientemente de las causas que se les adjudican a estos procesos.

En otra encuesta realizada por el IMSS-COPLAMAR (citada en Zolla, 1988) sobre enfermedades tradicionales aplicada en Chiapas, el empacho aparece como la quinta entidad más frecuente tratada por los terapeutas tradicionales. Con relación al tratamiento del empacho existen diferentes terapias de acuerdo con el tipo de empacho que se trate, por ejemplo, el empacho de leche que les da a los lactantes se cura colocando en una cáscara de huevo cierta cantidad de leche materna, calentándola hasta que se condense, y luego se administra la leche mezclada con un té de hierbabuena y carbonato, tres veces al día. Simultáneamente se le soba al niño en el estómago, empleando manteca de cerdo.

De acuerdo con Zolla y Mellado (1995) se observa que conforme al patrón epidemiológico característico del campo mexicano, como ya se señaló, las enfermedades más frecuentes son las gastrointestinales y las respiratorias. La atención de las enfermedades gastrointestinales muestra una gran riqueza de conocimientos, aunque el mayor interés de las madres de familia está puesto en los síntomas, más que en la etiología; por ejemplo, a través de informantes se ha logrado una clasificación de las diarreas divididas en seis tipos o grupos, de la siguiente manera:

- a) Diarrea de color verde, debida a la caída de la mollera, se considera como una enfermedad grave que puede tener efectos severos.
- b) Un segundo tipo de diarrea se observa cuando el niño está "enlechado" o "empachado". En este caso aparece la leche "cortada" en las heces fecales. Popularmente se atribuye a la administración del lácteo materno cuando la madre se encontraba "acalorada", por lo que en forma doméstica se aconseja tomar leche de un seno y friccionar con ésta la espalda del bebé. También se fricciona el vientre del niño con leche del otro seno; la madre debe esperar a enfriarse para amamantarlo.
- c) Un tercer tipo de diarrea se caracteriza por una coloración amarillenta, que se cree se produce por el "exceso de calor". Se cura administrando una infusión de pétalos de rosa de castilla y muicle.
- d) Una cuarta clase es descrita por las informantes como de consistencia "babosa" o "cortada", y es típica de los niños desnutridos, a los que se "les toma en brazos y se nota que no pesan". Para curarlos, es necesario cambiar y reforzar su alimentación, administrándoles una dieta basándose en verduras y cereales.
- e) Una quinta forma se caracteriza por ser escasa pero muy líquida. Es la "diarrea de dientes", que se observa frecuentemente en los niños que han iniciado la dentición. Se cura dándole al niño un té de hojas de retoños de guayabo, retoños de nanche, granitos de comino, barbas de cebolla y se endulza con miel.
- f) El sexto tipo de diarrea se caracteriza porque las heces son rojas y el paciente sufre cólicos intensos. Se designa como "disentería". Es común en los meses de verano y se debe a la ingestión de "cosas calientes", frutas principalmente. El tratamiento es igual a la "diarrea de dientes", sólo que se agregan a la infusión corazones de membrillo (pp. 71-92).

Como puede observarse, de suma importancia es reconstruir la alimentación y sus diversos episodios a partir de la experiencia vivida por las madres, como fuente válida en la producción de conocimientos científicos en esta área, los resultados de este tipo de investigaciones permiten planear intervenciones, acciones o contenidos educativos más cercanos a la vida cotidiana de las poblaciones que se atienden. También muy relevante para el estudio de la nutrición de una localidad, es establecer una comprensión profunda de las prácticas, posibilitando así la introducción, en un momento dado de "nuevas ideas", desde el punto de vista de lo que la gente ya conoce, para plantear posibles beneficios en la salud de los niños y especialmente en su nutrición.

Continuando con el intento de comprender el proceso salud-nutrición, enfermedad-desnutrición de los niños menores, una vez privilegiadas las prácticas de crianza como factores determinantes de ese proceso, en el siguiente capítulo se abordarán los modelos psicológicos que explican las prácticas de crianza de los infantes.

CAPÍTULO 4

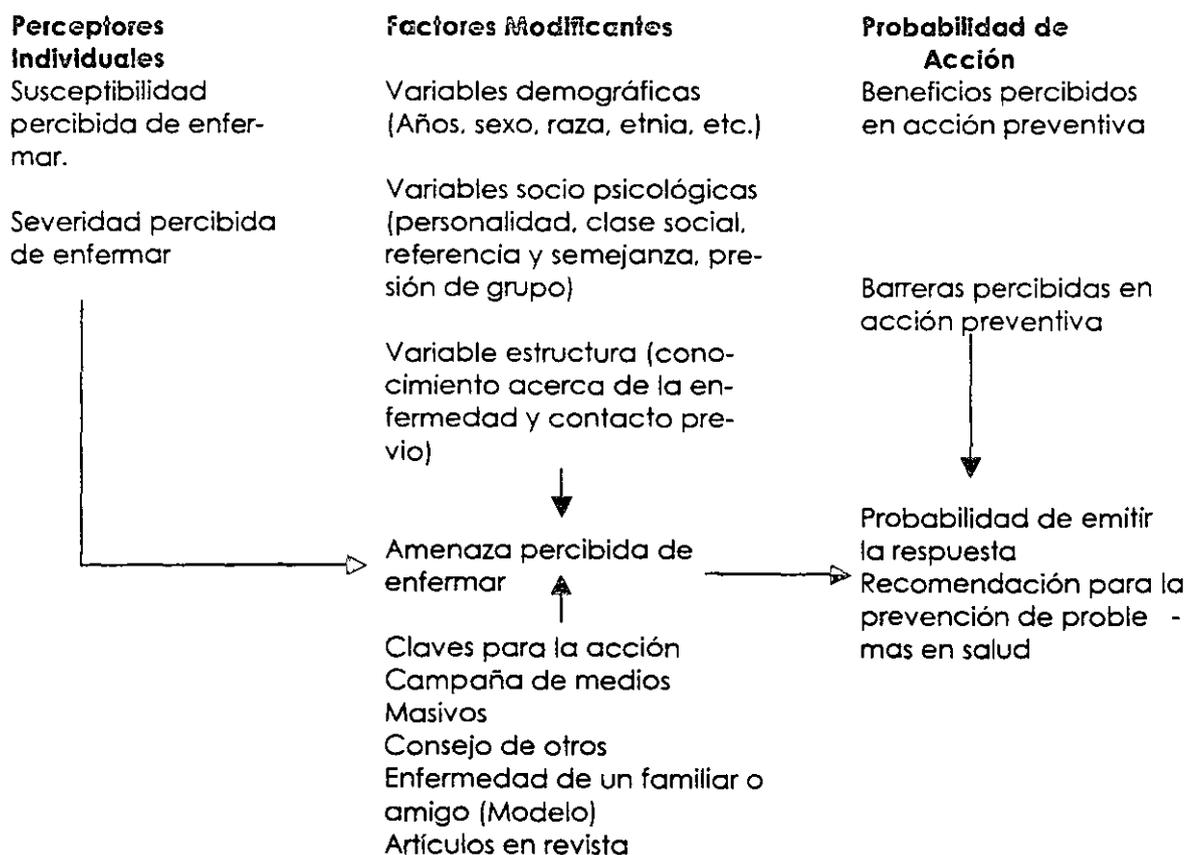
**MODELOS PSICOLÓGICOS QUE EXPLICAN
LAS PRÁCTICAS DE CRIANZA**

A continuación se revisan cinco modelos psicológicos que cobran gran relevancia por los conceptos y explicaciones que brindan en el entendimiento de la alimentación de los niños; además facilitan el estudio de las prácticas de crianza de los hijos. Cabe destacar, que el quinto modelo revisado aquí es el propuesto por Vera (1996), el cual se retoma como el referente que guió a esta investigación, siendo éste un modelo generado a partir del trabajo con población mexicana, que además permite explicar el desarrollo de los niños de comunidades rurales, sin pobreza extrema, y específicamente el estado nutricional de ellos.

4.1 MODELO DE CREENCIAS SOBRE LA SALUD (MCS) [Rosentock, 1974].

En general este modelo propone la explicación del comportamiento protector-preventivo centrándose en variables psicosociales. El MCS fue desarrollado por Rosentock (1974); quien señala que para que una persona lleve a cabo alguna acción preventiva para evitar la enfermedad necesita creer: a) que es susceptible de enfermarse, b) que la ocurrencia de la enfermedad puede traer consecuencias a su vida (orgánicas y/o sociales), c) que lleve a cabo conductas para reducir la susceptibilidad a la enfermedad o su gravedad si esta ocurre.

Figura 4. Modelo de Creencias en Salud, un predictor de conducta preventiva en salud.



Fuente: Rosentock, 1974, p.359.

Los factores demográficos, personales, estructurales y sociales pueden influir en las conductas de salud; sin embargo, se considera que estas variables trabajan a través de sus efectos sobre las creencias de salud de las personas, más que como causas directas de las acciones saludables. Los diferentes componentes del modelo se exponen gráficamente en la figura 4.

4.2 TEORIA DE LA ACCIÓN RAZONADA (TAR) [Fishbein y Azjen, 1980].

Esta teoría subraya el papel de los procesos cognoscitivos como determinantes de la conducta en general, y de las conductas de salud en particular. El supuesto básico de la TAR es que los seres humanos habitualmente somos racionales y hacemos un uso sistemático de la información de la que disponemos. La TAR supone que las personas consideran las implicaciones de sus acciones antes de decidir llevar a cabo o no una conducta dada (Fishbein y Azjen, 1980). La intención que la persona tiene de realizar o no una conducta es su determinante inmediato. Los conceptos que se entrelazan en la explicación que surge de la TAR son los de *creencia*, *norma subjetiva*, *actitud* e *intención*. Definiendo la *intención*, se ve en este concepto el determinante más inmediato de la acción; las actitudes son definidas como las predisposiciones aprendidas para responder a un objeto o clase de objetos en forma favorable o desfavorable. El término "favorabilidad" implica sólo el aspecto evaluativo (afectivo) sin sugerir los elementos conductuales; Fishbein y Azjen señalan que prefieren asignarlos en la definición de creencia.

Ahora bien, por *norma subjetiva* se entiende la percepción que tiene un individuo acerca de lo que piensan otras personas importantes para él con respecto a si él debería o no realizar la conducta en cuestión.

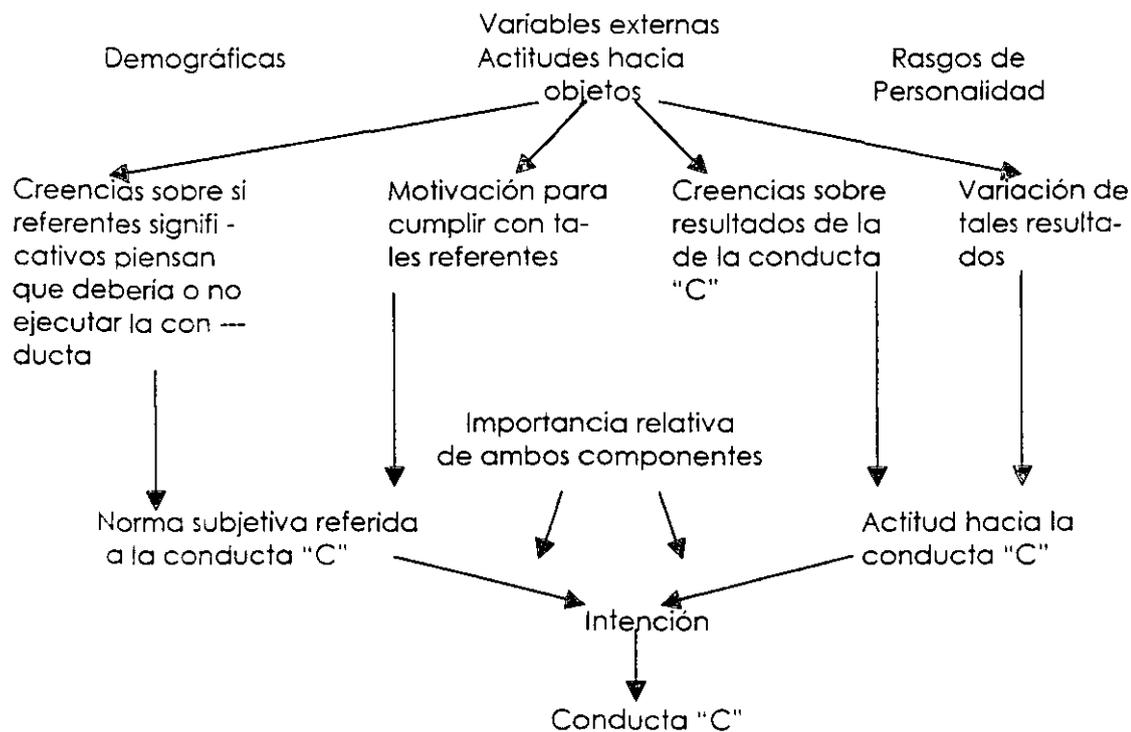
Como ya se indicó, la TAR enlaza a la actitud sólo el elemento afectivo; asignando a las creencias los componentes cognoscitivo y conductual. El componente cognoscitivo hace referencia acerca de la naturaleza del objeto y sus relaciones con otros objetos, en tanto que el componente de la acción se refiere a las creencias acerca de lo que debería hacerse con respecto al objeto(ver figura 5).

En resumen el modelo supone que una vez definida de manera clara y precisa la conducta central, existen dos formas de variabilidad, una depende de la forma en la que la persona ha contactado directa o indirectamente con el objeto y la otra propone que la deseabilidad social, normas sociales y reglas de comportamiento grupal controlan la conducta aún sin una historia particular de contingencias.

4.3 MODELO DE DESARROLLO ECOLOGICO DE BRONFRENBRENNER (1987).

Para este autor, la ecología del desarrollo humano comprende el estudio de la acomodación mutua entre un ser humano activo en desarrollo y las propiedades cambiantes de los entornos inmediatos en los que vive la persona en desarrollo. El proceso de acomodación se afecta por las relaciones que se establecen entre los entornos y por los contextos más grandes en los que están incluidos los entornos. El ambiente ecológico se concibe a partir de una serie de estructuras que se denominan microsistema, macrosistema, meso sistema y exosistema.

Figura 5. Teoría de la acción razonada: factores que determinan el comportamiento de una persona.



Fuente: Fishbein y Azjen (1980).

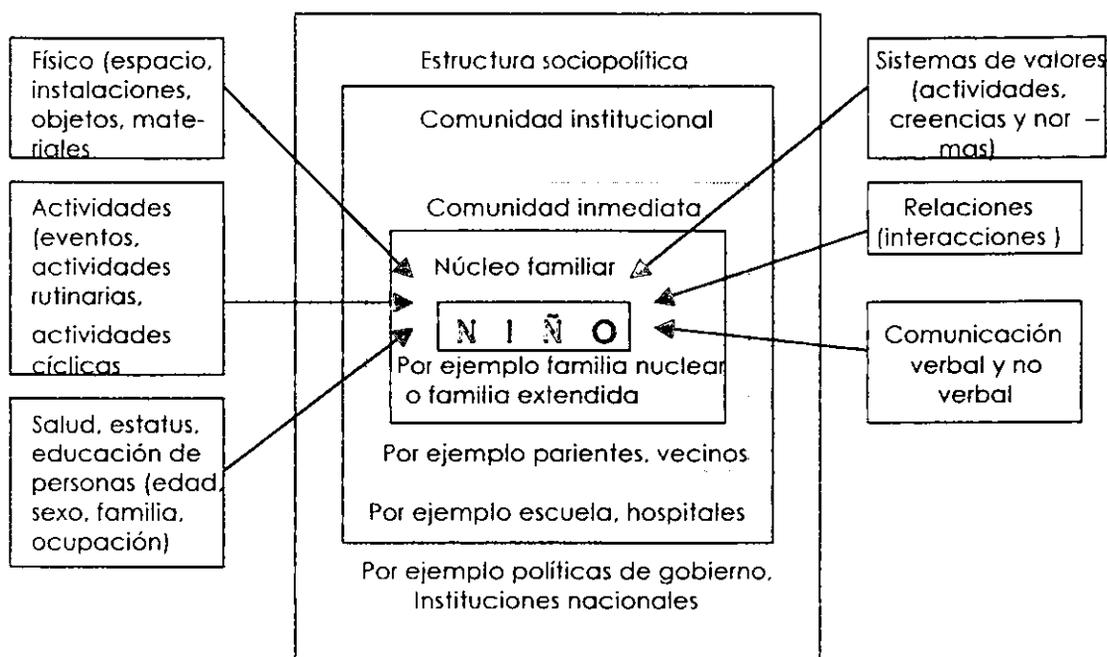
Al *microsistema* lo conforman actividades, roles y relaciones interpersonales que el sujeto en desarrollo experimenta en un entorno determinado con características físicas y materiales particulares. El *entorno* es el lugar en el que las personas pueden interactuar fácilmente, como el hogar, la escuela, etc.

Un *macrosistema* es la interrelación de dos o más entornos en los que la persona participa activamente; es decir, es un sistema de microsistemas.

En el *exosistema* se conjugan dos o más entornos que no incluyen a la persona como participante directamente, aunque en esta instancia se manifiestan hechos que afectan a lo que ocurre en el entorno que comprende a la persona en desarrollo. Para un niño puede ser el lugar de trabajo de sus padres, la escuela a la que asiste un hermano, etc.

El *meso sistema* se refiere a las correspondencias en forma y contenido de los sistemas de menor orden (micro, macro y exo) que existen en el ámbito de subcultura o de la cultura en su totalidad, junto con cualquier sistema de creencias o ideología que sustente estas correspondencias. La homogeneidad y/o heterogeneidad en los esquemas menores para distintos grupos étnicos, socioeconómicos o religiosos, reflejan sistemas de creencias o estilos de vida que ayudan a perpetuar los ambientes ecológicos del desarrollo en cada grupo (ver figura 6).

Figura 6. Variables psicológicas para explicar el desarrollo del niño a partir de las condiciones ecológicas en que se desenvuelve.

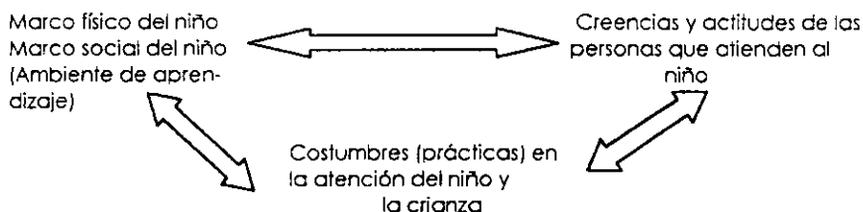


Fuente: Bronfenbrenner, 1987.

4.4 MODELO DEL NICHU ECOLÓGICO (Super y Harkness, 1987).

El modelo del nicho ecológico fue desarrollado por Super y Harkness (1987) enfatiza las características físicas y sociales del ambiente o ecología del niño, como fundamentales para entender el retardo en el crecimiento y desarrollo; introduciendo el concepto de nicho del desarrollo o ecología del microambiente. Su objetivo principal es la regulación cultural del micro ambiente familiar del niño. Este modelo se esquematiza así:

Figura 7. Variables del modelo psicológico para explicar el desarrollo del niño partiendo de una concepción cultural comunitaria.



Fuente: Super y Harkness (1987).

El modelo considera tres subsistemas de relación: marco físico y social del niño, creencias y actitudes de las personas que atienden al niño y las costumbres (prácticas en la atención del niño y la crianza). Los tres subsistemas se relacionan de forma diferente con otros rasgos del ambiente, constituyendo rutas independientes de cambio y desequilibrio;

a la vez, las regularidades en los subsistemas proveen al niño de reglas sociales, afectivas y cognitivas.

4.5 MODELO PROPUESTO PARA EL CUIDADO DEL NIÑO EN COMUNIDADES RURALES SIN POBREZA EXTREMA (Vera, 1996).

Ahora bien, dada la relevancia que tiene para nuestro país el desarrollo de un modelo propio de explicación del proceso nutricional de los niños, en esta investigación se retoma como eje explicativo el modelo desarrollado por Vera en 1996. Este investigador propone un modelo que permite ubicar las variables importantes asociadas al cuidado del niño de zonas rurales sin pobreza extrema; en donde la desnutrición aguda y crónica no existen, por lo que le da gran peso a los aspectos de tipo psicosocial como participación explicativa del desarrollo del niño, con relación a su salud y nutrición.

En este modelo se incluyen las variables del mesosistema de Bronfenbrenner (1987) con las *variables subyacentes*, las del microsistema con *variables próximas*, y las del exosistema que denomina *intermedias*.

De acuerdo con éste, los factores subyacentes modifican las actitudes, las creencias, conocimientos y estilos de conducta, los cuales a su vez afectan a variables próximas que tienen que ver con la interacción madre-hijo y, de esta manera, se establecen variaciones en los resultados de nutrición, salud y desarrollo.

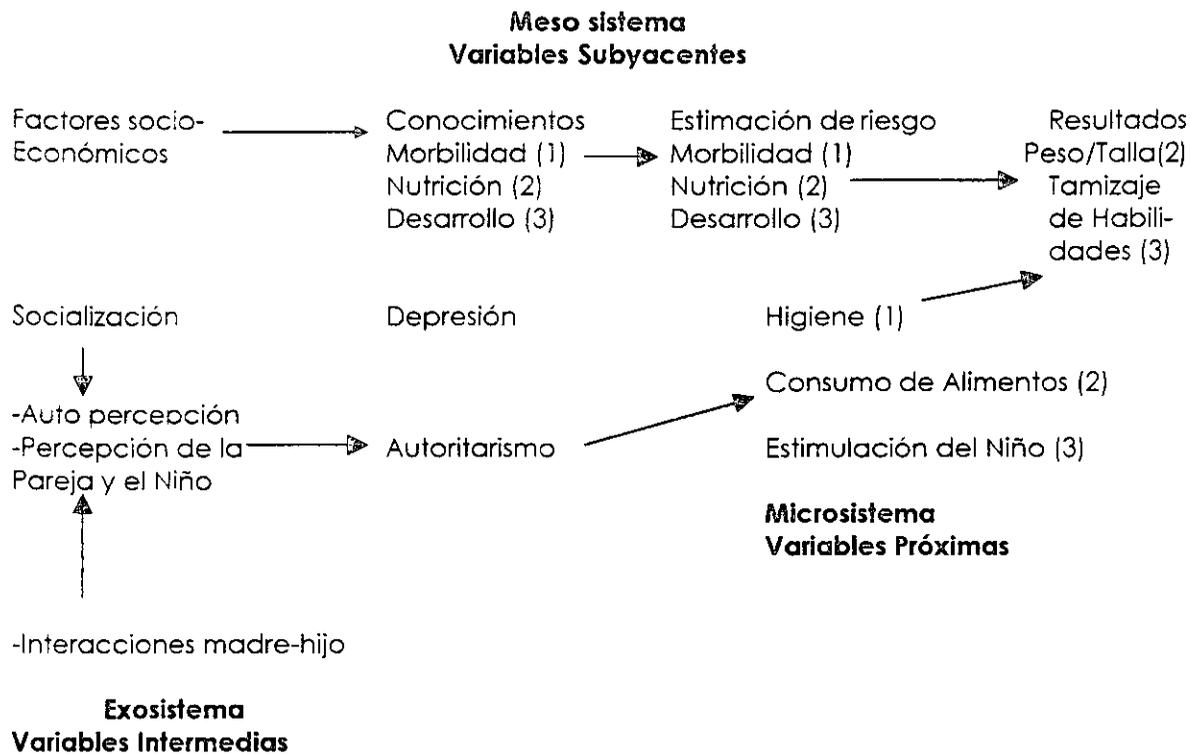
Parte de la suposición de que el macro sistema actúa sobre el meso sistema, pues es a través de un mundo de creencias y estilos dados por los aspectos culturales locales, como puede explicarse la estructura funcional del microambiente familiar.

Plantea que el cuidado de los niños en zonas rurales, sin pobreza extrema, está en principio asociado al análisis de las formas particulares con las cuales la madre o el cuidador enfrenta la alimentación, la salud, el desarrollo, y esto se relaciona con sus estilos, creencias y percepciones, los cuales dependen de aspectos de tipo socioeconómico y cultural. Por lo tanto, las creencias, estilos y valores que configuran la estructura del meso sistema desarrollado por Bronfenbrenner (1987), se sintetizan en lo individual como formas particulares de comportamiento hacia el niño y funcionan como vínculo entre la estructura y funcionalidad del exo y microsistema.

Se consideran *variables intermedias* algunos estilos del cuidador, que se asocian con el cuidado y la percepción del comportamiento del niño, conjuntamente con el riesgo percibido en relación con su nutrición, desarrollo y salud. Los factores próximos (estimulación del niño, diversidad de la dieta e higiene en el hogar) vinculados a los resultados, se hacen depender, en un primer plano de *variables intermedias* asociadas al estado anímico del cuidador. El estado anímico descrito como una unidad, tiene como antecedentes la socialización, las relaciones madre-padre y sus percepciones como pareja, y como consecuentes los rasgos de autoridad y la percepción del comportamiento del niño.

Asociado a lo anterior, se señalan las *variables subyacentes* (percepciones, susceptibilidad y severidad del riesgo) relacionados con la nutrición, salud y desarrollo, los cuales se supone se relacionan con conocimientos y conductas de riesgo y sirven para estimar la probabilidad de los comportamientos relacionados con variables próximas (ver figura 8).

Figura 8. Modelo sintético del cuidado del niño en zonas rurales.



Fuente: Vera, 1996, p. 35.

Respecto a las *Variables Subyacentes* para la nutrición de los niños plantea lo siguiente:

- Cuando no se presenta la desnutrición aguda y crónica, la medida de peso, talla y la diversidad de la dieta tienen poca relación.
- En los niños con bajo peso/talla la frecuencia de conducta inadecuada de la madre se presenta como un factor de diversidad total y en el consumo de vitaminas, además, la percepción de riesgo afecta la diversidad de energía.
- En los niños de bajo peso/talla, el coeficiente de determinación es muy bajo con relación a la percepción y la susceptibilidad de riesgo de la madre (aunque pueden predecir la diversidad de la energía y fritura).
- Respecto a los niños con alto peso/talla plantea que la diversidad al comer frituras se relaciona con tres variables: los conocimientos, susceptibilidad y controlabilidad de riesgo en nutrición (p. 223).

Con relación a las *Variables Intermedias* señala que los estilos de autoridad de la madre, en particular la permisividad y el autoritarismo, afectan la diversidad de la dieta respecto a vitaminas, frituras y en su totalidad; y en el caso del autoritarismo, afirma que menor autoridad ofrecen mayor diversidad en la dieta.

Respecto a las *Variables Sociales* afirma que la educación de la madre es determinante ya que a mayor educación, mayor diversidad en proteínas y vitaminas.

De manera general este modelo plantea que:

- A mayor percepción de riesgo, menor diversidad de alimentos energéticos.

- En niños de riesgo en nutrición el consumo diverso de frituras está relacionado con el estilo permisivo y la susceptibilidad.
- Para niños sin riesgo, conocimientos, controlabilidad y susceptibilidad pueden predecir la diversidad de frituras de tal manera, que si los dos primeros son altos y la susceptibilidad baja, la diversidad de frituras decrementa.
- El estilo permisivo de la madre de niños con alto peso/talla aumenta la posibilidad de ofrecer dietas diversas en lo general y de frituras en lo particular.

- Específicamente para los **niños con bajo peso/talla:**

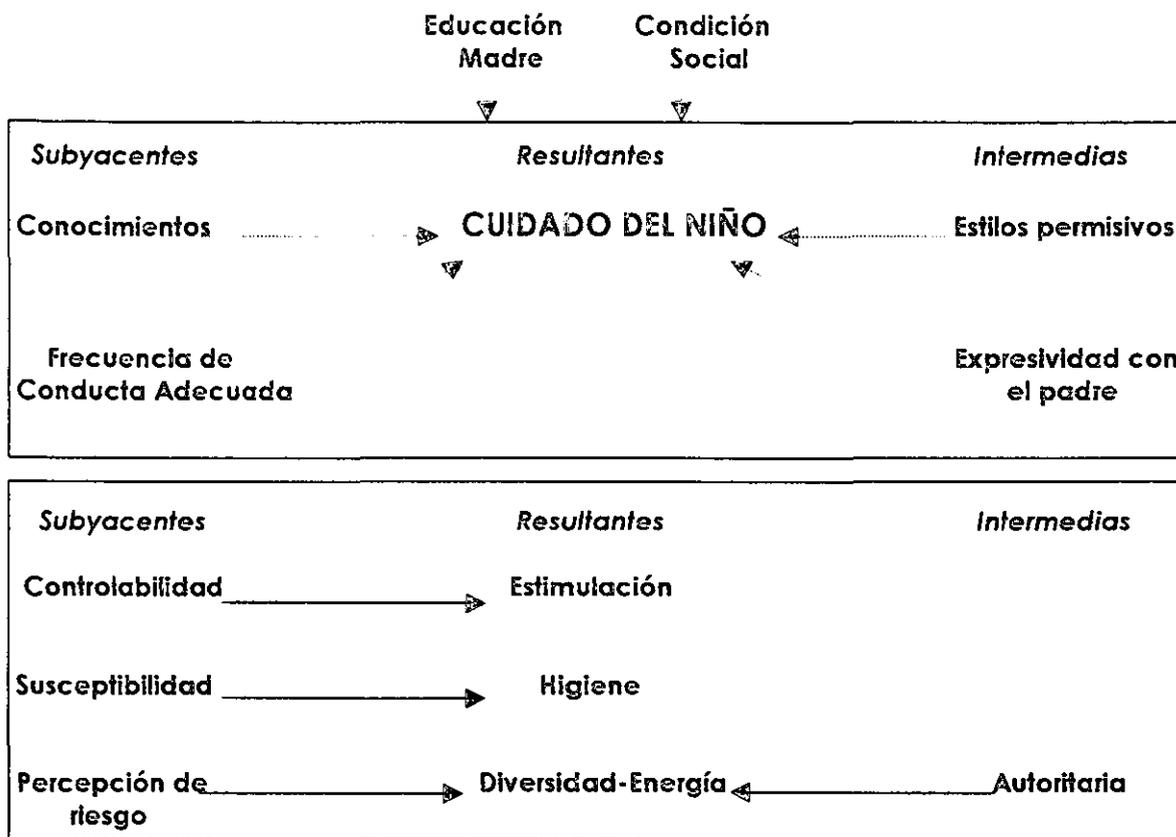
- En este aspecto señala que ante una alta frecuencia de conducta inadecuada, de la madre, ésta decrementa la diversidad en la dieta; lo mismo sucede en el sentido que lo hace para la higiene y estimulación.
- La frecuencia de conducta inadecuada además de la percepción de riesgo, enfatizan el uso de alimentos "chatarra" como consecuencias a conducta adecuada, y a las técnicas utilizadas por las madres para la adquisición y mantenimiento de comportamiento alimentario.
- En contraste con la higiene, la diversidad de la dieta desmejora si aumenta la frecuencia de conductas de consumo y preparación que son inadecuadas.
- A mayor percepción de riesgo, menor diversidad de fuentes de energía. Las madres de niños de bajo peso/talla perciben como un riesgo la monotonía, pero solo pueden utilizar las fuentes de energía a su alcance. Además y congruente con la percepción de riesgo, la diversidad en el consumo de frituras disminuye a medida que la madre percibe a su niño como más vulnerable a problemas de nutrición.
- Respecto a las variables de personalidad de la madre el autoritarismo y la depresión presentan efectos significativos sobre la diversidad dietaria. Las madres más autoritarias ofrecen dietas más monótonas; las madres deprimidas ofrecen gran diversidad de frituras. Manifiesta que en los niños de bajo peso, entre más vulnerable a problemas de nutrición se perciba al niño, la diversidad de frituras es menor.
- A mayor educación de la madre, mayor diversidad en el consumo de proteínas, frutas y verduras.

- Específicamente para los **niños con alto peso/talla:**

- Para los niños con alto peso/talla las madres son más permisivas, menos autoritarias y restrictivas. Son más expresivas con sus parejas que aquellas con niños en riesgo de desnutrición. Además, tienen un menor conocimiento sobre preparación y consumo de alimentos, se sienten menos capaces de controlar y perciben a su hijo como poco susceptible de problemas nutricionales.
- La diversidad en el consumo de frituras y bebidas aumenta cuando disminuyen los conocimientos y el control percibido sobre un eventual problema de nutrición, y aumenta con la vulnerabilidad del niño.
- El estilo permisivo de la madre aumenta conjuntamente con la diversidad total, vitaminas y frituras. Resultando este estilo más favorable para un buen estado nutricional del niño; el autoritarismo se comporta de forma inversa, a menor autoridad mejor dieta.

El autor de este modelo de manera diagramática describe las variables y sus relaciones con el cuidado del niño de la siguiente forma:

Figura 9. Condiciones que facilitan el cuidado del niño con riesgo en la zona rural sin pobreza extrema.

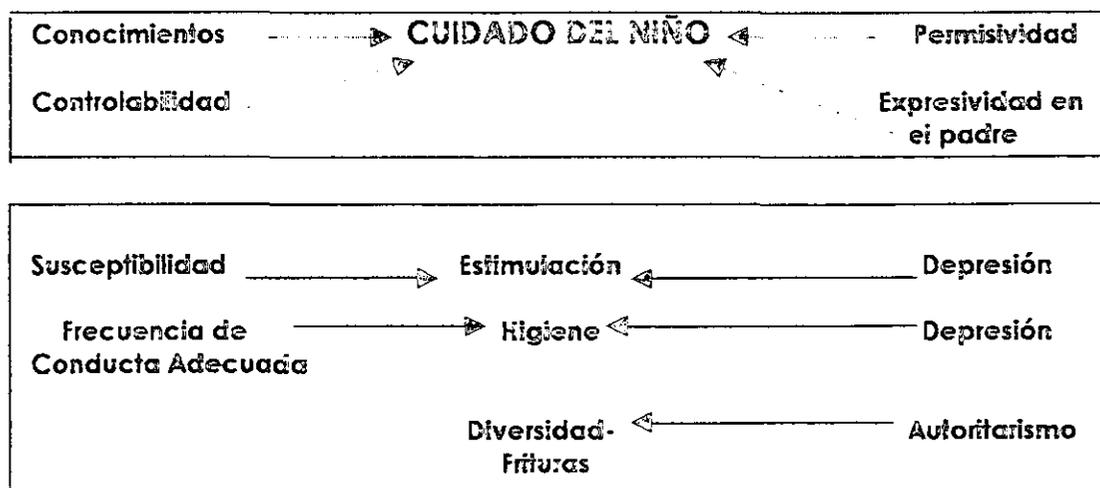


Fuente: Vera (1996).

La figura 9 describe las variables y relaciones para el cuidado en general, o sea, que comparten los niños de riesgo. La parte inferior subraya las variables subyacentes e intermedias que son específicas a un área de cuidado, o sea variables no compartidas. De acuerdo con esto, se señala que existen diversas variables generales al cuidado del niño, mientras existen otras que sólo explican variaciones en una variable criterio o resultante.

Ahora bien, para los niños sin riesgo, que además pertenecen al grupo de los que se encuentran en las mejores condiciones para el desarrollo, salud y peso/talla los factores involucrados se representan en la figura 10:

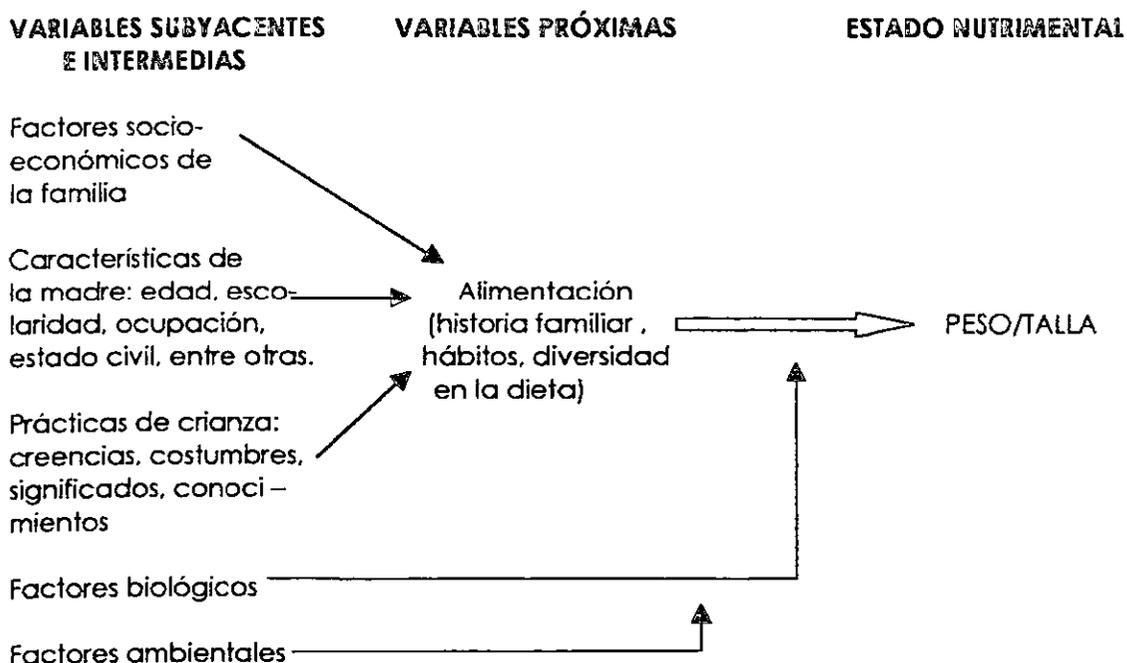
Figura 10. Condiciones que facilitan el cuidado del niño sin riesgo en la zona rural sin pobreza extrema.



Fuente: Vera (1996).

Para los niños en condiciones óptimas en desarrollo, salud, peso/talla, la controlabilidad es una variable que desplaza a la frecuencia de conducta de riesgo como variable independiente. A su vez, se modifican los parámetros específicos para cada variable de cuidado, y lo más importante, no existen diferencias significativas en ellas por efectos de la condición social y la educación.

Figura 11. Factores relacionados al estado nutricional del niño (a) de cero a cuatro años de edad (versión modificada del Modelo de Vera, 1996).



Ahora bien, para el análisis de la información brindada aquí, se retoma el modelo de Vera (1996); ya que surge de la experiencia práctica de este investigador en población mexicana, y considera factores relevantes para la comprensión de la relación entre las prácticas de crianza y la nutrición de los menores. Cabe destacar que de acuerdo a lo propuesto en este estudio las variables relacionadas con las prácticas de crianza de los hijos e hijas, las cuales consideran factores como las creencias, costumbres, significados y conocimientos (sin menospreciar los factores sociodemográficos, biológicos y ambientales) inciden directamente en la explicación del estado nutricional de los menores, cuya alimentación depende en gran medida de las prácticas que la madre o la persona que lo cuide realice con relación a este aspecto (ver figura 11). En este estudio se le agregan al modelo de Vera las prácticas de crianza como variables subyacentes.

CAPÍTULO 5

MÉTODO

Para la realización de esta investigación se utilizó principalmente una metodología de tipo cualitativo. A continuación se detalla ésta.

5.1 OBJETIVO.

El objetivo central que guió esta investigación fue:

- ❖ *Establecer la relación entre variables de tipo bio- psico-socio-culturales, asociadas a la crianza y alimentación que brindan las madres y el estado nutricional de sus hijos; en población nativa de una zona rural de nuestro país².*

5.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Los resultados de esta investigación dan respuesta a la pregunta que a continuación se plantea :

-¿Qué relación existe entre el estado nutricional de un(a) niño (a) de 0 a 4 años de edad y las prácticas de crianza relacionadas con la alimentación que brinda la madre, dentro de una población rural, sin pobreza extrema?

5.3 DEFINICIÓN DE VARIABLES.

Las principales variables estudiadas fueron el estado nutricional de los hijos y las prácticas de crianza de la madre, todos ellos habitantes de una comunidad rural sin pobreza extrema; y se definen operacionalmente de la siguiente forma:

5.3.1 Comunidad rural sin pobreza extrema:

La comunidad sin pobreza extrema, se define conceptualmente, según Camberos, Genesta y Huesca (1994) señalando que este tipo de comunidades son consideradas de marginación media, en donde de cierta forma se tienen cubiertas las necesidades que garantizan la reproducción biológica y social del individuo, además de necesidades básicas satisfechas, tales como disponibilidad de espacio suficiente, agua potable, drenaje, energía eléctrica, nivel de educación de los adultos.

Ahora bien, como **variables intervinientes** en el establecimiento de la relación entre el estado nutricional de los niños y niñas y las prácticas de crianza en la alimentación, se consideran a los factores de tipo socio-demográficos de la familia y específicamente de la madre; así como, a sus hábitos alimentarios.

²Cabe hacer hincapié que esta investigación se aboca al abordaje de las experiencias de las mujeres, como sujetos de estudio, de alguna manera se cuestiona el papel genérico tradicional que se les han asignado de cuidadoras y responsables exclusivas de la salud y la alimentación de su familia (en donde el papel del padre ha sido secundario) . Se plantea repensar en las mujeres y en las acciones relacionados con la alimentación y la nutrición, principalmente como mujeres y no sólo en su papel de madres; considerando las experiencias de las informantes, es como ellas las viven y las describen.

5.3.2 Indicadores de tipo socio-demográfico de las mujeres informantes y sus familias: Retomando el modelo de Vera (1996), estas variables son consideradas como **subyacentes**, y se definen a continuación:

Dentro de estos factores, se contemplan específicamente a las variables relacionadas con la **economía familiar**, dentro de éstas se registra el ingreso mensual familiar, tomando como base el salario mínimo vigente al momento de la entrevista (para el Estado de Hidalgo es de \$38.50 pesos diarios) además de la información respecto a **características de la vivienda que habitan**, específicamente el tipo de tenencia si es propia, rentada o prestada, material de construcción y bienes y servicios con los que cuenta.

Por otro lado, también se indagó acerca de la **derechohabiciencia o no a servicios de salud**, entendiendo por derechohabiciencia el estar afiliado y por lo tanto tener el derecho a recibir atención médica por parte de alguna institución de salud del sector público (IMSS, ISSSTE, PEMEX, entre otros).

También se consideraron a las características de la mujer informante, tomando en cuenta las siguientes variables:

- Edad:** Años cumplidos en el momento de ser entrevistada.
- Estado Civil:** Soltera, casada, divorciada, separada, unión libre y viuda.
- Escolaridad:** Nivel máximo de estudios alcanzados, definiéndolos a partir de los siguientes criterios: sin estudios, primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, preparatoria, carrera técnica, licenciatura.
- Ocupación:** Si la mujer trabaja en el momento de la entrevista, se describe la actividad específica que desarrolla.
- Número de Hijos:** Total de hijos vivos en el momento de la entrevista, además de considerar el número de hijos de 4 años o menores de edad.

Como dato complementario, también se establecieron las edades, escolaridad y ocupación de las parejas y del resto de los hijos de las mujeres informantes.

5.3.3 Estado nutricional de las mujeres:

Se obtuvo a partir de la obtención del Índice de Masa Corporal (IMC) a partir de la fórmula:

$$IMC = \frac{\text{Peso en kilogramos}}{\text{Talla}^2 \text{ (en metros)}}$$

Estableciéndose un diagnóstico de acuerdo a las siguientes categorías:

Cuadro 3. Índice de masa corporal

CATEGORÍA	INDICE DE QUETELET
Emaciación	Menor a 15
Bajo peso	15-18.9
Normal	19-24.9
Sobrepeso	25-29.9
Obesidad	30-39.9
Obesidad severa	Mayor a 40

Fuente: Vargas y Casillas, 1992.

5.3.4 Estado nutricional de los menores:

El estado nutricional de los niños de 4 años o menores, fue definido a partir del juicio emitido por un experto en el área, en este caso un nutriólogo, que evaluó elementos de tipo antropométrico como el peso y la talla para la edad, los cuales fueron comparados con los índices normativos contenidos en las Tablas de referencia para valorar peso/edad en niños y niñas menores de 5 años y las Tablas de referencia para valorar talla/edad en niñas y niños menores de 5 años (publicadas en el Diario Oficial, el lunes 28 de noviembre de 1994) [ver anexo 3]. Además se utilizó la clasificación de Gómez (1946) [citado en INNSZ, 1993], basada en el indicador de peso para la edad. Los criterios diagnósticos se expresaron como el porcentaje que representa el valor encontrado, con respecto a la media de la población de referencia. Cabe señalar que esta media de población es conocida como "peso teórico o ideal" y constituye el 100%. El valor de la media en una curva normal corresponde al percentil 50. Para obtener dicho porcentaje se utilizó la fórmula:

$$\text{Clasificación} = \frac{\text{Peso encontrado}}{\text{Peso de referencia}} \times 100$$

La clasificación propuesta por Gómez divide a la desnutrición en tres grados. A continuación se presentan los límites diagnósticos para clasificar este estado:

Cuadro 4. Clasificación de desnutrición de acuerdo a Gómez

CLASIFICACIÓN	PORCENTAJE
NORMAL	91 ó más
GRADO I	90 a 76
GRADO II	75 a 61
GRADO III	60 ó menos

Fuente: INNSZ, 1993

Ahora bien, con el indicador de talla para la edad, se valoró específicamente la posibilidad de padecer desnutrición crónica, es decir, la que afecta al crecimiento lineal, ya sea presente o pasada, debido a que las alteraciones en la talla ocurren lentamente en comparación con el peso. Este indicador junto con el peso para la talla permitieron distinguir los procesos crónicos de los agudos, y los pasados de los presentes. Aunque existen varios sistemas de clasificación para este indicador, basados también en el porcentaje del valor de la media de una población de referencia para esta investigación se utilizaron los criterios de la OMS que considera como normales a los niños que presentan una talla para la edad de entre 105 y 94 %, pequeños a los que se encuentran entre el 93 y el 80% y achaparrados a los que tienen una talla para la edad menor al 80% del valor de la media de la población de referencia (citado en INNSZ, 1993).

5.3.5 Hábitos alimentarios:

Los hábitos alimentarios de acuerdo con el modelo de Vera (1996) son considerados como **variables próximas**, dentro de éstos se contemplaron a todos los factores relacionados con la historia de alimentación del niño(a), hábitos de higiene, además de la integración a la dieta de alimentos clasificados de acuerdo a la cantidad de nutrimentos que aportan, incluyéndose a los siguientes tres grupos:

a) Cereales y tubérculos: Dentro de este grupo se registraron a los alimentos que proporcionan la energía para tener fuerza y poder desarrollar las actividades diarias. También, dado que son fuente de otros nutrientes también se registró dentro de este grupo a los cereales como el maíz en todas sus formas, el trigo y otros como el arroz, la avena, el amaranto, la cebada y los tubérculos como la papa, el camote y la yuca.

b) Leguminosas y productos de origen animal: En este grupo se consideró a los alimentos que dan al cuerpo las proteínas necesarias para formar o reponer tejidos, como músculos de la piel, sangre, pelo, huesos, permitiendo además el crecimiento y desarrollo adecuados; y que también ayudan a combatir infecciones. En este caso se registró a las leguminosas o semillas de vaina como el frijol, lenteja, habas, garbanzo y alverjón. Además a los alimentos de origen animal como carnes, vísceras, huevo, leche, pollo, pescado, entre otros. También a las oleaginosas como el cacahuete, pepitas, ajonjolí, girasol, nuez, etc. también tienen proteínas pero en menor cantidad.

c) Frutas y verduras: Se registró también a este grupo de alimentos dado que son la fuente principal de vitaminas y minerales (micronutrientes) que participan en el desarrollo y buen funcionamiento de todas las partes del cuerpo, como ojos, sangre, huesos, encías y piel entre otros.

De manera general, se evaluó la dieta referida por las informantes de acuerdo a las siguientes características:

a) Completa: Se incluyen alimentos de los tres grupos antes descritos (ya que no existe un solo alimento o grupo que proporcione al individuo todas las sustancias que necesita).

b) Equilibrada: Se comen alimentos que tengan la cantidad de sustancias nutritivas recomendadas para crecer, desarrollarse y mantenerse sanos.

c) Higiénica: Se preparan los alimentos con la limpieza adecuada para no enfermarse.

d) Suficiente: Se consumen en cada comida la cantidad necesaria de alimentos para cubrir las necesidades nutricias.

e) Variada: Se incluyen alimentos de diferentes sabores, colores, olores y consistencias en cada comida, para evitar la monotonía y asegurar el consumo de los diferentes nutrientes que requiere el organismo (SSA y Organización Panamericana de la Salud, 2000).

Para la evaluación de la dieta, también se calculó el valor nutritivo de los alimentos ingeridos por la madre y sus hijos; los datos se analizaron utilizando el sistema de equivalentes propuesto por el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la nutrición y el software NUTRIPACK. Esta información se presenta como porcentajes de adecuación a las recomendaciones de ingestión de energía y proteínas para el grupo de edad y sexo de referencia (ver anexo 2) [INNSZ e Instituto Nacional de Cancerología, 1996].

Esta información se obtuvo a partir de un interrogatorio por parte de un nutriólogo, en entrevista directa con cada mujer teniendo como base el recordatorio de 24 horas de ingesta de alimentos.

5.3.6 Prácticas de crianza relacionadas con la alimentación:

Como ya se señaló, el modelo de Vera (1996) sirve de base para el análisis de los resultados obtenidos con este estudio. De acuerdo a este investigador, las prácticas de crianza son variables "intermedias", que integran a los conocimientos, costumbres, creencias, percepciones y significados que la madre le da al proceso de alimentación del niño; además también se consideran dentro de éstas a las formas en las que se abordan en la práctica, situaciones de prevención y/o tratamiento o remedio de enfermedades relativas a la alimentación.

Ahora bien, para facilitar la presentación de la descripción de las prácticas que refirió la totalidad de la muestra de mujeres participantes en este estudio, se consideraron tres niveles a partir de la frecuencia de respuestas: a) respuestas que la mayoría dio (frecuencia de 8 a 10), b) respuestas de la mitad de las informantes (frecuencia de 5 a 7), c) respuestas de la minoría de mujeres (frecuencia de 1 a 4). Además el análisis particular de las prácticas referidas, permitió clasificarlas como favorables o desfavorables según las siguientes definiciones:

5.3.6.1 Prácticas favorables: Son aquellas que al ser referidas por las informantes, están acordes a los criterios establecidos como adecuados o correctos según los especialistas en el área de nutrición. Estos criterios están basados en lo descrito por la Asociación Mexicana de Pediatría y el National Academy of Sciences (quienes han establecido las normas para el consumo de nutrimentos en diferentes países incluyendo México) [Asociación Mexicana de Pediatría, 1996]. También se retoman los criterios planteados por la Asociación Psicoanalítica Mexicana, específicamente respecto a los trastornos de la alimentación y de los vínculos parento-filiales durante la primera infancia en el campo de la prevención (Lartigue, Maldonado y Ávila, 1998).

5.3.6.2 Prácticas desfavorables: Son aquellas que al ser referidas por las informantes se observan como dañinas para la salud y nutrición del niño, considerando también los criterios de la Asociación Mexicana de Pediatría, el National Academy Sciences y la Asociación Psicoanalítica Mexicana.

Cabe destacar que las prácticas de crianza se ubicaron de acuerdo a la etapa de alimentación en la que se ubicó a los menores: lactantes menores, lactantes mayores y preescolares menores (definidas en el capítulo 2 de este reporte).

5.4 DISEÑO.

En esta investigación se utilizó el diseño de una sola muestra, con un tipo de estudio descriptivo, exploratorio, transversal, de campo.

5.5 POBLACIÓN Y MUESTRA

5.5.1 Población:

Para la realización de esta investigación, se eligió al municipio de Zapotlán de Juárez, ubicado en el Estado de Hidalgo.

El municipio de Zapotlán de Juárez, Hidalgo, se formó por la desmembración del antiguo pueblo de Tolcayuca; al cual pertenecían los pueblos de Zapotlán, San Pedro Huaquilpan y Acayuca (estas tres comunidades actualmente conforman el área que abarca este municipio), que se separaron de Tolcayuca en el año de 1935. Sus características son las siguientes:

5.5.1.1 Aspectos Geográficos:

Este municipio tiene como coordenadas geográficas extremas al norte 20° 03', al sur 19° 55' de latitud norte, al este 98° 55' de longitud oeste.

Porcentaje territorial : El municipio de Zapotlán de Juárez representa el 0.73% de superficie del Estado.

Colindancias: El municipio de Zapotlán de Juárez colinda al norte con los municipios de San Agustín Tlaxiaca y Pachuca de Soto; al este con los municipios de Zempoala y Villa de Tezontepec; al sur con los municipios de Villa

de Tezontepec y Tolcayuca: al oeste con el municipio de Tolcayuca .

Localidades principales

Acayuca y San Pedro Huaquilpan (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática [INEGI], 1995).

5.5.1.2 Aspectos socio-demográficos:

Dentro de los datos sociodemográficos más relevantes de este municipio, se observa que Zapotlán está dividido en tres grandes comunidades, que a la vez se subdividen en 10 "colonias"; entre los años 1999 -2000 había un total de 8943 habitantes, conformados en 2140 familias, lo que implica que en promedio cada familia está integrada por 4 miembros, en donde hay 792 menores de 4 años (ver cuadro 5).

Considerando que no existe un registro municipal formal, desde el punto de vista epidemiológico, se realizó una investigación documental, de revisión de los registros vertidos por los médicos en los Centros de Salud que se ubican en estas localidades; encontrándose que entre los años de 1999-2000, los principales motivos de consulta se relacionan con diarreas, dermatitis, infecciones respiratorias y desnutrición (ver cuadro 5).

Ahora bien, respecto a las unidades de salud con las que cuenta Zapotlán se tiene un total de cuatro, 3 pertenecen a la SSA y uno es un consultorio médico del ISSSTE.

Cuadro 5. Estadística general de ZAPOTLÁN (1999-2000) .

LOCALIDAD	TOTAL	ME- NORES DE 4 AÑOS	FAMILIAS
L. CARDENAS. ACAYUCA.	2300	91	460
CENTRO. ACAYUCA.	870	110	345
EL HERRADERO. ACAYUCA.	195	30	47
OBRERA. ACAYUCA	1112	125	325
LA MONERA. ZAPOTLAN CENTRO.	676	66	45
BENITO JUÁREZ. ZAPOTLAN	959	109	200
DOLORES. ZAPOTLAN	846	86	50
EL CERRITO. SAN PEDRO HUAQUILPAN	615	65	198
REVOL. MEX. SAN PEDRO HUAQUILPAN	400	90	150
NIÑOS HEROES. SAN PEDRO HUAQUILPAN	970	120	320
TOTALES	8943	892	2140

FUENTE: INEGI (2000).

5.5.1.3 Principales Actividades Económicas:

Segun INEGI, en los resultados del XI Censo General de Poblacion y Vivienda (1990), la población por ocupación (las que mayor gente involucran), son en un 35% artesanos y obreros, siguiéndole con un 16.4% los trabajadores agropecuarios, en un 6.8% son comerciantes y dependientes, y en un 6.5% son operadores de maquinaria fija, otras ocupaciones a las que en un menor porcentaje se dedican son operadores de transporte, oficinistas, entre otros. Cabe destacar que no existe un registro formal sobre el número de personas que trabajan en sus hogares maquilando y/o planchando ropa, pero se reconoce de manera informal, que en esta comunidad la gran mayoría de su habitantes realizan estas labores, incluyendo a hombres y mujeres, estas personas no cuentan con ningún tipo de prestación social durante la realización de esta labor (con mayor detalle se presentan datos relevantes de este municipio en el anexo 1).

Cuadro 6. Enfermedades más frecuentes de acuerdo con motivo de consulta en los Centros de Salud de Zapotlán (1999-2000)

LOCALIDAD	ENFERMEDADES MAS FRECUENTES
REVOLUCION MEXICANA	-DIARREAS -INFECCIONES RESPIRATORIAS -DERMATITIS
EL CERRITO	-DIARREAS -INFECCIONES RESPIRATORIAS -DERMATITIS
NIÑOS HEROES	-DIARREAS -INFECCIONES RESPIRATORIAS -DERMATITIS
LAZARO CARDENAS (ACAYUCA)	INFECCIONES RESPIRATORIAS -DIARREAS -DESNUTRICION
EL HERRADERO (ACAYUCA)	-DIARREAS -INFECCIONES RESPIRATORIAS -DESNUTRICION
OBRERA (ACAYUCA)	-INFECCIONES RESPIRATORIAS -DIARREAS -DESNUTRICION
CENTRO (ACAYUCA)	-DIARREAS -INFECCIONES RESPIRATORIAS -DESNUTRICION
BENITO JUAREZ	-DIARREAS -INFECCIONES RESPIRATORIAS
LA MONERA	-DERMATITIS -DIARREAS -INFECCIONES RESPIRATORIAS
DOLORES	-DIARREAS -INFECCIONES RESPIRATORIAS

Ahora bien, de las tres comunidades que conforman al municipio de Zapotlán, se seleccionó a la comunidad de Acayuca, para investigar en ella de acuerdo con las siguientes consideraciones:

-Es un lugar rural, sin pobreza extrema.

-Es un asentamiento poblacional cercano a la ciudad de Pachuca, capital del Estado de Hidalgo; que cuenta con la infraestructura indispensable para la alimentación (cuenta con tiendas de abasto y rastro), además de

infraestructura mínima para la salud (tiene Centro de Salud). También la cercanía con la capital, facilita la accesibilidad a diversos servicios con los que cuenta ésta.

- Desde la perspectiva de la salud poblacional, se observa que la desnutrición (en sus modalidades de aguda, crónica y moderada), sólo se presenta en Acayuca como moderada (según reporte verbal de los médicos), dentro de los principales problemas de morbilidad diagnosticada en el Centro de Salud de este lugar. Respecto a las otras localidades del municipio los datos epidemiológicos no revelan a la desnutrición como una de las problemáticas de los habitantes de estos lugares (ver cuadro 6).

Como ya se señaló, la comunidad de Acayuca, es un lugar rural, sin pobreza extrema, cuya población ha perdido en gran medida la capacidad de sobrevivir por medio de la agricultura y ha optado por trabajos eventuales (maquiladoras) en comunidades vecinas, o ahí mismo. Es frecuente la práctica migratoria a Estados Unidos en busca de trabajo agrícola asalariado. Cabe destacar, que esta comunidad es un lugar cercano en distancia a la ciudad de Pachuca, capital del Estado.

5.5.2 Muestra:

Ahora bien, una vez descrita la población en la que se llevó a cabo la investigación, a continuación se describen las características de la muestra:

Mediante un **muestreo de tipo intencional**, se solicitó (con apoyo de informantes en la comunidad) la participación voluntaria de 10 mujeres, que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión:

- a) Ser madres de familia.
- b) Tener por lo menos un(a) hijo(a) que se encuentren en un rango de 0 a 4 años de edad.
- c) Haber nacido en la comunidad de Acayuca, o dentro de los límites del municipio de Zapotlán de Juárez.
- d) Vivir en cualquiera de las cuatro colonias que conforman a Acayuca (Lázaro Cárdenas, El Herradero, La Obrera y el Centro).
- e) Tener facilidad de para expresión verbal.

6. INSTRUMENTOS Y MATERIALES.

6.1 Instrumentos:

En esta investigación se aplicaron dos instrumentos tipo entrevista:

6.1.1 Guía para el Reconocimiento Socio-Demográfico de las Mujeres Informantes y sus Familias (ver anexo 2).

La Guía para el Reconocimiento Socio-Demográfico de las Mujeres Informantes y sus Familias, es un instrumento tipo encuesta social, que en algunas partes de su construcción considera el formato, en su versión II (hogar –mujer de 12 a 49 años), utilizado por la SSA, el INEGI y el INSTITUTO NACIONAL DE NUTRICIÓN "SALVADOR ZUBIRÁN" (1998), durante la Encuesta Nacional de Nutrición II, aplicada a una muestra de población de todo el país. También integra preguntas específicas, elaboradas de acuerdo la objetivo que se planteo esta investigación.

Este instrumento es una encuesta de tipo semi-cerrada, cuyos objetivos al aplicarla fueron los siguientes:

- a) Sistematizar los aspectos de desarrollo socio-demográfico de la vida individual, y familiar de la mujer informante.
- b) De manera específica, conocer los hábitos relacionados con el consumo individual y familiar de alimentos de cada uno de los miembros que conforman a cada familia; así como, establecer el estado nutricional de las mujeres y los hijos, a partir de los datos antropométricos, de talla y peso.

Este instrumento explora los siguientes rubros:

- a) Composición y organización familiar
- b) Actividades familiares
- c) Hábitos y costumbres de higiene
- d) Hábitos y costumbres relacionados con la salud
- e) Evaluación del estado nutricional

Ahora bien, el otro instrumento que se utilizó fue la Entrevista sobre prácticas de crianza y alimentación de los hijos, a continuación se describe éste.

6.1.2 Entrevista sobre prácticas de crianza y alimentación de los hijos (ver anexo 3).

Esta entrevista está conformada por cuatro apartados que cubren los ejes temáticos que a continuación se enlistan:

- a) Encuadre de la entrevista.
- b) Definición de los significados sobre niño(a) nutrido(a)-desnutrido(a).
- c) Prácticas relacionadas con la lactancia materna, destete, ablactación, y alimentación de los hijos "más grandes".
- d) Estimación de riesgos en la nutrición.

6.2 Materiales:

Para la realización de la entrevista se utilizó una grabadora, así como, cassettes para grabar el diálogo de las mujeres y la entrevistadora.

7. PROCEDIMIENTO:

De forma general, el procedimiento que se siguió se describe a continuación:

Se solicitó a una líder de la comunidad (que coordina varios programas de asistencia social) su apoyo para la detección de las mujeres que conformaron la muestra (de acuerdo a los criterios de inclusión previamente establecidos). Una vez detectadas, se visitó a cada una de ellas para solicitarles su participación en esta investigación, se platicó con las mujeres acerca del objetivo de la entrevista, y de forma general se les planteó el procedimiento a seguir.

Una vez que se contactó a las mujeres, se procedió a aplicar en un primer momento la Guía para el reconocimiento socio-demográfico de las mujeres informantes y sus familias; y contando con la aprobación de ellas, se invitó a un nutriólogo para que valorara el estado nutricional de ellas y sus hijos, así como, para emitir su diagnóstico.

Posteriormente, se aplicó la entrevista, en donde de manera un tanto informal, se abordaron preguntas que las informantes respondían de manera libre. Cada entrevista fue grabada totalmente y posteriormente se transcribió. Cabe destacar que se cuenta con este material, pero dada la confidencialidad con la que se debe manejar no se anexa a este reporte. Específicamente el análisis de contenido de las entrevistas, se realizó de acuerdo a lo propuesto por Kvale (1996), en donde de manera general el procedimiento que se siguió fue inicialmente la lectura preliminar de las entrevistas, después se organizó el cuerpo de los documentos, se fijaron unidades de registro con base en palabras o frases, se codificaron, "clasificaron" y finalmente se analizaron por temáticas. Dichos resultados se relacionaron con los datos obtenidos a partir de la evaluación nutricional de los menores y sus madres, de acuerdo a la etapa de la alimentación en la que se encuentran.

Una vez recabada toda la información, se tramitó para cada mujer, un incentivo por su participación y apoyo para la realización de esta investigación (que consistió en la obtención de leche y algunos alimentos que otorgó el Sistema de Desarrollo Integral de la Familia [DIF]).

CAPÍTULO 6

RESULTADOS

Los resultados de este estudio, se presentan en dos apartados generales que son, la descripción de la muestra, y así mismo, la descripción de las prácticas de crianza relacionadas con la alimentación y su relación con el estado nutricional. Se inicia describiendo a la muestra a partir del análisis de la información socio-demográfica de las mujeres y sus familias, obteniendo datos estadísticos generales, frecuencia y porcentajes; además estableciendo el estado nutricional de las mujeres y sus hijos de cuatro años y menores. Posteriormente, se presentan los resultados obtenidos con las entrevistas abiertas, a través de las cuales se abordaron las prácticas de crianza relacionadas con la alimentación.

6.1 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.

6.1.1 Edad:

La muestra quedó conformada por un total de 10 mujeres, que tienen un promedio de edad de 27 años, se obtuvo una mediana de 25 años, dentro de un intervalo de 18 a 36 años, en el cuadro 7 se presenta la distribución porcentual por edades.

Cuadro 7. Distribución porcentual por edades

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
18	1	10
22	1	10
25	3	30
27	1	10
28	1	10
31	1	10
34	1	10
36	1	10
TOTAL	10	100

Cuadro 8. Número total de hijos por mujer

FREC. DE HIJOS POR MUJER	FREC. DE MUJERES	TOTAL DE HIJOS
1	3	3
2	2	4
3	3	9
5	1	5
7	1	7
		28

6.1.2 Número total de hijos por edades:

Respecto al número total de hijos por mujer, se observó que en promedio cada una de ellas tiene 3 hijos, dentro de un intervalo de 1 a 7 hijos (ver cuadro 8); ahora bien, en promedio tienen un hijo de 4 años o menos de edad, la distribución porcentual de edades

de los hijos de 4 años y menores se presenta en el cuadro 9. el mayor porcentaje (38%) se ubica entre las edades de 1 año. 1 mes a 2 años.

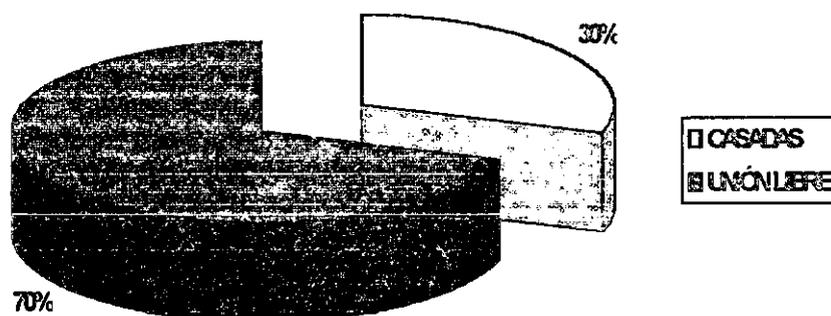
Cuadro 9. Distribución porcentual de los hijos de 4 años y menores

EDAD	n	%
0 meses a 1 año	4	31.0
1 año 1 mes a 2 años	5	38.0
2 años 1 mes a 3 años	2	15.5
3 años 1 mes a 4 años	2	15.5
total	13	100.0

6.1.3 Estado civil:

Con relación al estado civil, el porcentaje de mujeres que reportaron vivir en unión libre es mayor (70%) respecto a las casadas (30%) [ver gráfica 3].

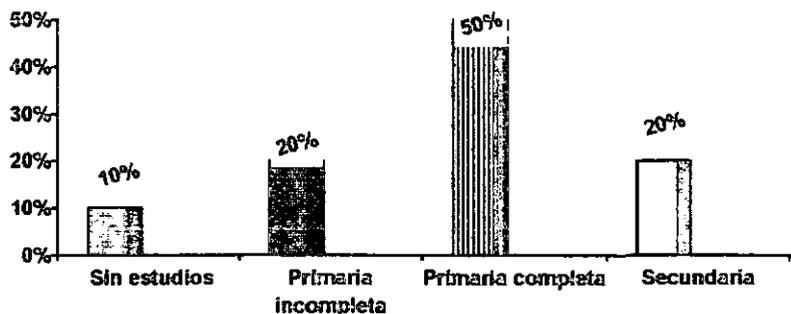
Gráfica 3. Estado Civil de las Mujeres Participantes.



6.1.4 Escolaridad:

Respecto al nivel de escolaridad el mayor porcentaje (50%) lo obtuvieron las mujeres que terminaron la primaria y el menor lo tiene el 10% sin estudios, cabe destacar que el máximo nivel alcanzado fue el de primaria completa (gráfica 4).

Gráfica 4. Nivel de escolaridad de las informantes

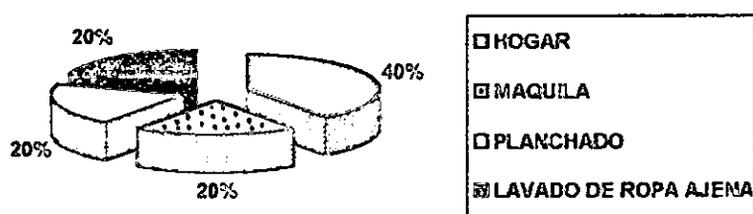


6.1.5 Ocupación:

La ocupación que predominó fue la del hogar, 40% [Gráfica 5], el otro 50% está distribuido de manera equitativa en ocupaciones tales como, lavar ropa ajena y planchar, maquilar ropa, es importante señalar que todas estas actividades las llevan a cabo dentro de su hogar, sin tener ningún tipo de prestación social.

De acuerdo a la información vertida por las informantes, las mujeres que trabajan son remuneradas a destajo; es decir, se les paga de acuerdo al número de piezas de ropa que planchen, maquilen o laven. Se les paga un peso por cada pieza de ropa lavada o planchada, y cuatro pesos por la pieza maquilada. Respecto a maquilar y planchar, las mujeres que lo hacen de manera regular, diariamente, maquilan en promedio entre 5 y 10 piezas, y las que planchan lo pueden realizar cada tercer día, con un promedio de 30 piezas de ropa. Informaron también que no siempre hay trabajo, esto depende de la persona que les lleva las prendas de ropa a su hogar, según la ruta en las comunidades que le correspondan.

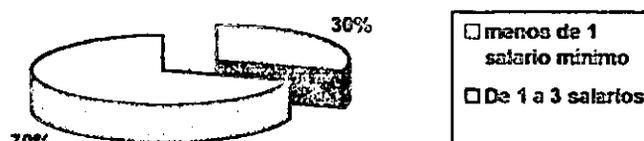
Gráfica 5. Ocupación de las informantes



6.1.6 Sueldo mensual familiar:

Asimismo, respecto al sueldo mensual familiar reportado el 100% de los casos correspondió a la categoría de uno a tres salarios mínimos; el 30% de las familias tienen el menor salario mensual que es de \$1500.00. En el 100% de los casos señalaron que no pueden ahorrar, y que sus ingresos económicos sólo les alcanzan para cubrir sus necesidades primarias. La mayoría piensa que su situación económica puede mejorar, sobre todo lo refieren aquellas mujeres que trabajan (ver gráfica 6).

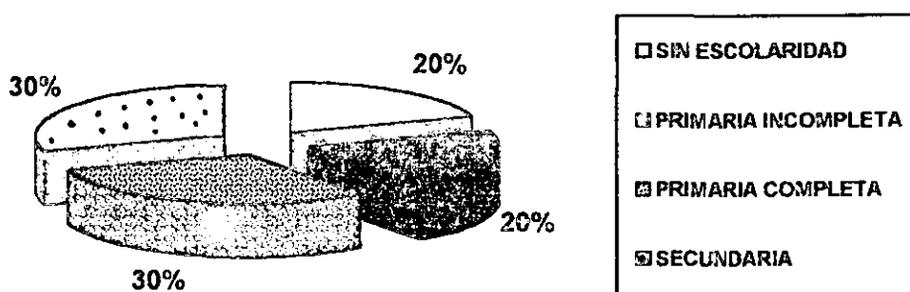
Gráfica 6. Porcentaje de sueldo mensual familiar de acuerdo con el salario mínimo



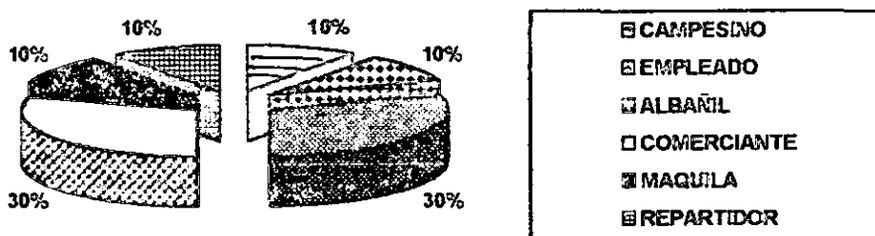
6.1.7 Datos generales de las parejas

Ahora bien, con respecto a los datos sociodemográficos de las parejas de las informantes, se encontró que el máximo nivel educativo que cursaron es el de secundaria (ver gráfica 7). Dedicándose a desarrollar actividades relacionadas con oficios (gráfica 8).

Gráfica 7. Nivel de escolaridad de las parejas de las informantes.



Gráfica 8. Ocupación de las parejas de las informantes

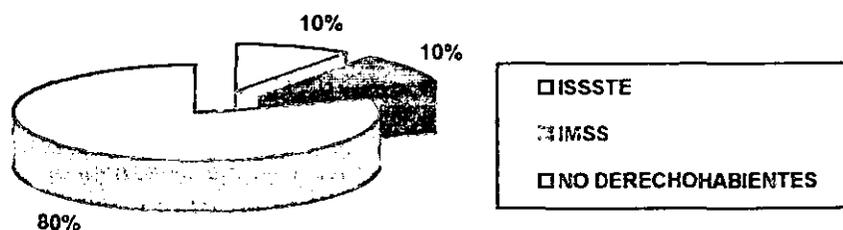


6.1.8 Derechohabiencia a instituciones de salud:

Un dato importante, dado el objetivo de esta investigación, es el que corresponde a la derechohabiencia a servicios de salud con los que cuentan las mujeres informantes y sus

familias, en donde el 80% no cuentan con este servicio, un 10% tiene derecho al ISSSTE (10)% y el otro 10% es derechohabiente del IMSS [ver gráfica 9].

Gráfica 9. Derechohabiencia a instituciones de salud



Cabe destacar que el 80% de las mujeres que no cuentan con servicio médico, señalaron que alguna vez han asistido al Centro de Salud (SSA) de la localidad y que en ningún caso les ha funcionado el medicamento que se les receta; por lo que prefieren asistir con médicos particulares, comprando el medicamento en las farmacias, aunque esto implique un esfuerzo muy grande respecto al gasto económico. Sólo hacen uso del servicio médico del Centro de Salud, cuando vacunan a sus hijos.

6.1.9 Características de la vivienda:

Por otro lado, respecto a **la vivienda que habitan**, en el 80% de los casos es propia, al otro 20% les prestan sus familiares el espacio para vivir.

Con relación a los **servicios** con los que cuentan las **viviendas** en el 100% de los casos tienen electricidad, cada tercer día tienen agua, el 80% de las casas tienen drenaje, respecto al baño, sólo el 20% cuentan con taza de baño, el 60% tiene fosa séptica, el 10% tiene letrina, y el 10% no cuenta con un espacio para hacer sus necesidades fisiológicas, por lo que defecan al aire libre. En este rubro, ninguna de las familias cuenta con regadera para bañarse, por lo que calientan el agua en ollas y se bañan a "jicarazos".

Los **espacios** con los que cuentan las viviendas, en promedio tienen 3 cuartos, un espacio que se utiliza de sala, comedor y cocina, otro de recámara y un baño, el 20% de las familias tiene un solo espacio como comedor, cocina y recámara (el baño lo comparten con otras familias que habitan en el mismo terreno, y en el 10% hay dos cuartos en donde uno se usa como recámara, comedor y cocina, considerando además el otro cuarto como recámara.

El **material de construcción** de las viviendas que habitan las informantes y sus familias, en el 90% las paredes son de ladrillo y 10% de adobe; en el 60% de los casos de cemento el techo y el piso y en un 40% los techos son de lámina.

6.1.10 Bienes:

Respecto a los **bienes** con los que cuenta la familia, en ninguno de los casos tiene otras propiedades aparte de la vivienda en la que habitan. Se preguntó acerca de los aparatos electrodomésticos que tienen encontrando que en el 30% de los casos cuentan con radio, televisión, video y refrigerador, en el 20 % tienen radio, televisión y video, en un 30% tienen radio y televisión, el 10% cuenta con televisión, y el 10% no cuenta con ninguno de estos aparatos electrodomésticos.

6.1.11 Presencia de animales domésticos:

Con relación a **animales domésticos** que tienen las familias, ya sea dentro o fuera de la vivienda en el 50% de los casos tienen un perro, en el 20% tienen gatos, cabe destacar que en estas familias los gatos se encuentran tanto dentro, como fuera de la vivienda. Con relación a animales que producen alimentos se encontró que en un 30% tienen conejos, gallinas, guajolotes y puercos, todos éstos los utilizan para alimentarse. En un 10% cuentan con un burro. El 30% de las familias no tiene animales domésticos.

6.1.12 Hábitos y costumbres de higiene:

Respecto al rubro higiene, con relación a **bañarse**, se encontró que solo el 10% se bañan a diario, el otro 90% se bañan cada tercer día, la justificación que dan es que cada tercer día tienen agua. Sin embargo, es importante señalar que a los hijos pequeños los bañan diariamente. Sólo hacen uso de agua y jabón para bañarse. No refirieron utilizar alguna hierba o sustancia especial durante el baño de los niños.

Cabe destacar que en el 20% de los casos se observó desaliño tanto en las mujeres como en sus hijos.

Con relación al **cambio de ropa**, se encontró que todas las mujeres refirieron cambiarse la ropa diariamente, al igual que sus hijos, aunque en la observación el 80 % tenía la ropa limpia, el otro 20% tenían estaba sucia, así mismo los hijos.

Por otro lado, en el 50% de los casos, las mujeres tienen hijos e hijas pequeños, que aun no controlan esfínteres por lo que usan pañales, en el 100% el tipo de pañal es desechable. En general, son las mujeres las que lavan la ropa de toda la familia; no refieren dar algún tratamiento especial a la ropa de los hijos pequeños.

Al indagar sobre el **lavado de dientes**, el 100% de informantes refirió lavarse los dientes en promedio dos veces al día; así mismo, los hijos. Aunque en la observación el 20% se veía con dientes manchados por sarro e inclusive les faltaban algunas piezas dentales.

El **lavado de manos** se realiza cada que es necesario.

Respecto a la **limpieza de los frastes y utensilios de cocina**, en el 100% de los casos son las mujeres informantes quienes lavan los frastes, no reciben apoyo por parte de sus parejas, en algunos casos en donde tienen hijas mayores, entre 7 y 15 años, ellas les ayudan.

Por otro lado, las mujeres que tiene hijos pequeños que todavía usan **biberón** para beber líquidos, no refirieron esterilizarlos como parte de la limpieza de éstos, sólo los lavan con agua y detergente.

En el **manejo de la basura**, el 90% refirió que la tira en el camión de la basura, que pasa por su lugar de residencia una vez a la semana, en un 10% la queman. Como dato importante se registró que en ninguno de los casos usan botes para recolectar la basura, ésta la mantienen en costales afuera de la vivienda.

6.1.13 Hábitos y costumbres relacionados con el proceso salud-enfermedad:

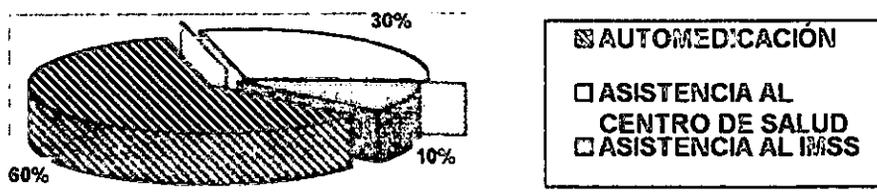
Al revisar las **Cartillas de Vacunación** de los hijos de las mujeres informantes, se observó que en el 80% de los casos se tenía el esquema completo, acorde a la edad de los niños; el otro 20% estaba incompleto, el 10% comentó que sus hijos no estaban registrados por lo cual no los vacunaba.

En el apartado de **atención a las enfermedades** se hacen notorias las prácticas en donde intervienen diversos **recursos curativos y de atención**, en donde participan los médicos de las instituciones de salud, tales como SSA e IMSS; además de la atención tradicional representada por las "sobadoras" y "curanderas".

Específicamente, cuando las mujeres entrevistadas se enferman hacen uso de la automedicación, de la denominada medicina doméstica, bebiendo principalmente té, y acudiendo con la "señora que soba".

La información contenida en la gráfica 10 muestra que el 60% de las entrevistadas se automedican o se curan ellas mismas, sobre todo haciendo uso de té, siguiendo la atención médica que brindan los Centros de Salud en un 30%, y en un 10% asisten al servicio médico del IMSS.

Gráfica 10. Atención recibida por las entrevistadas ante la presencia de enfermedades.



Ahora bien, si los niños se enferman en el 100% de los casos refieren las mujeres que ellas los curan, inclusive señalan el uso de medicamentos como "desenfriol", "mejoral", "vaporub", o sobadas y té; además el 20% comentó que cuando no mejoren con el tratamiento que ellas dan, entonces los llevan con el médico particular.

La información contenida en el Cuadro 10 muestra las enfermedades más frecuentes que han padecido los hijos de las entrevistadas, se observa que en gran porcentaje son referidas las enfermedades que cura la "medicina tradicional".

Al indagar sobre si las mujeres y sus hijos se han **desparasitado** alguna vez, y quién les ha dado el tratamiento, se encontró un dato relevante, ya que en el 100% de los casos los

hijos de las mujeres han sido desparasitados por lo menos una vez en su vida, esto se debe a que durante las Campañas de Vacunación les otorgan el tratamiento; en cambio solo tres de las mujeres (30%) señalaron que se han desparasitado porque les han dado tratamiento cuando vacunan a sus hijos.

Cuadro 10. Porcentaje de enfermedades más frecuentes padecidas por los hijos de las entrevistadas

ENFERMEDAD	PORCENTAJE
CAÍDA DE MOLLERA	70%
MAL DE OJO	60%
DIARREA	50%
EMPACHO	40%
LOMBRICES O PARÁSITOS	30%
GRANOS	30%
ESPANTO O SUSTO	20%
AIRE	20%
ANGINAS	20%
VÓMITO	10%
TOS	10%

Respecto al control médico, en el 100% de los casos, las entrevistadas señalaron que llevan a sus hijos con el médico sólo cuando está enfermo, más no para revisión cuando está sano.

Con relación al uso de vitaminas, complementos alimenticios, etc. en el 20% de los casos refirieron que sus hijos ingerían "hierro y vitaminas" recetadas por el médico.

6.1.14 Apoyos Recibidos:

Es importante destacar que el 100% de la muestra recibe apoyo por parte del Programa DIF municipal, que consiste en subsidiar (disminuyendo el costo) una cierta cantidad de litros de leche "DIF", esta se distribuye cada 8 días, y se otorga de acuerdo al número total de hijos menores de 4 años de edad que se tienen.

6.1.15 Estado nutricional:

Como ya se señaló, en esta investigación participaron 10 mujeres, con 13 hijos en total (menores de 4 años). La evaluación nutricional se realizó obteniendo datos antropométricos, en las mujeres se estableció el IMC (peso/talla²); y en los niños el estado nutricional se determinó a partir de las Tablas para valorar peso/edad y talla/edad en niñas y niños menores de 5 años (publicadas en el DIARIO OFICIAL, el lunes 28 de noviembre de 1994) [ver anexo 2].

Ahora bien, para la evaluación dietética se utilizó el sistema de equivalentes propuesto por el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la Nutrición "Salvador Zubirán"

(INCMNSZ) y el software denominado NUTRIPACK, para el cálculo del valor nutritivo de los alimentos mexicanos de acuerdo con el INCMNSZ. También se presentan los porcentajes de adecuación a las recomendaciones de ingesta de energía y proteínas para el grupo de edad y sexo de referencia, según las Tablas de valor nutritivo de los alimentos de mayor consumo en Latinoamérica (Instituto Nacional de la Nutrición e Instituto Nacional de Cancerología, 1996, ver anexo 2). Cabe señalar, que los niños que actualmente se encuentran con lactancia exclusiva o mixta, no fueron evaluados en su dieta, debido a que no se contó con los medios para realizar la valoración de los nutrimentos contenidos en la leche materna, así mismo respecto a la leche maternizada; aunque, sí se llevó a cabo la evaluación antropométrica. Los datos de esta evaluación se integran en el cuadro 11 con resultados totales (mujeres e hijos) y en el cuadro 12 los resultados individuales.

Cuadro 11. Valores del estado nutricional y porcentajes de adecuación de energía y proteínas de la dieta de mujeres y los hijos.

SUJETOS n=23	ESTADO NUTRICIONAL		CONSUMO DE ENERGIA (kcal)	ADECUACIÓN (%)	CONSUMO DE PROTEÍNAS (g)	ADECUACION (%)
	Evaluación	f %				
Mujeres n=10	Bajo peso	0 0	Promedio 255.9 Desv. Est. 373.9	Promedio 64.29 Desv. Est. 16.09	Promedio 45.20 Desv. Est. 10.20	Promedio 85.40 Desv. Est. 19.30
	Norma	5 50				
	Sobrepeso	3 30				
	Obesidad	1 10				
Niños n= 13	Peso Bajo	2 15.38	Promedio 1054.9 Desv. Est. 309.2	Promedio 85.5 Desv. Est. 21.9	Promedio 35.8 Desv. Est. 10.9	*Promedio 64.60 Desv. Est. 52.70
	Peso Ligeramente Bajo	4 30.77				
	Peso Normal	6 46.15				
	Sobrepeso	1 7.70				
	Talla Baja	3 23.08				
	Talla Ligeramente Baja	3 23.08				
	Talla Norma	5 38.46				
	Talla Lg. Alta	2 15.38				

*Nota: Los valores promedio de adecuación sobrepasan en algunos casos el 100% con base a la información dietética

Como puede observarse en el cuadro 11, la mitad de las mujeres se encuentra dentro de la normalidad, acorde con los datos obtenidos mediante el IMC, el otro 50% presenta problemas de nutrición. Respecto al peso de los hijos e hijas, el 46 (6) se ubica dentro de la norma y el 54% (7) presenta problemas. Con relación a la talla, el 38% (5) es normal, el 46% (6) presenta problemas en este indicador y el 15% (2) son de talla ligeramente alta; estos datos reflejan problemas importantes de nutrición en más de la mitad de la muestra de menores. Es importante hacer hincapié, que según el INNSZ (1993), el indicador de peso para la edad valora tanto la desnutrición presente como la pasada, ya sea debida a un proceso crónico o agudo. La talla para la edad mide más específicamente la desnutrición crónica, en donde se ve reflejada la historia nutricional del sujeto. Considerando que respecto a su peso el 54% de los niños presentan problemas y así mismo el 46% en la talla, se puede inferir que en estos casos se manifiestan problemas de desnutrición crónica, en donde las prácticas de crianza relacionadas con la alimentación pueden estar jugando un papel determinante.

Por otro lado, respecto la dieta de las mujeres, los porcentajes de adecuación a la norma de ingesta de calorías, es en promedio de 64% (teniendo un déficit de 36%) y con

relación a la ingesta de proteínas el promedio de adecuación es de 85% (con un déficit de 15%).

En el caso de los niños y niñas el promedio de adecuación calórica es de 85% (con un déficit de 14%) y respecto a la adecuación en la ingesta de proteínas es de 165% (excediéndose con un 65%).

Cuadro 12. Valores individuales del estado nutricional y porcentajes de adecuación de calorías y proteínas de la dieta de mujeres y los hijos

SUJETOS	ESTADO NUTRICIONAL		INGESTA CALÓRICA Y ADECUACIÓN A LA RECOMENDACIÓN		INGESTA DE PROTEÍNAS Y ADECUACIÓN A LA RECOMENDACIÓN	
	VALOR DE INDICADOR	DIAGNÓSTICO	CONSUMO DE KCALs	% DE ADECUACIÓN	CONSUMO Grs.	% DE ADECUACIÓN
Mujeres						
Hijos(as)						
MUJER 1	IMC= 24.03	NORMAL	893.95	45.82	47.81	90.21
*HIJA	P/E= 95% T/E= 100%	NORMAL NORMAL				
MUJER 2	IMC= 24.32	NORMAL	130	57.9	35.9	67.7
HIJO	P/E= 85% T/E= 95%	LIGERAMENTE BAJO NORMAL	394	107	46.46	221
MUJER 3	IMC= 24.13	NORMAL	284	65	47.1	89.6
*HIJO	P/E= 80% T/E= 80%	BAJO BAJO				
MUJER 4	IMC= 31.38	OBESIDAD	1288.8	66.1	36.7	69.36
HIJA	P/E= 90% T/E=95%	NORMAL NORMAL	226	94.31	38.55	183.57
MUJER 5	IMC= 29.82	SOBREPESO	782	91.4	58.7	110.7
HIJO	P/E= 100% T/E= 105%	NORMAL LIGERAMENTE ALTA	1059	96.27	38.27	182.2
*HIJO	P/E= 105% T/E= 105%	LIGERAMENTE ALTO LIGERAMENTE ALTA				
MUJER 6	IMC=17.89	BAJO	1446.80	74	48.11	91
HIJO	P/E= 95% T/E= 90%	NORMAL NORMAL	1446.80	74	48.11	91
MUJER 7	IMC=26.17	SOBREPESO	784	91.5	66.2	124.9
HIJO	P/E= 105% T/E= 85%	SOBREPESO LIGERAMENTE BAJO	500	120	50	256
MUJER 8	IMC=23.55	NORMAL	880.80	45.16	37.01	69.8
HIJO	P/E= 75% T/E= 80%	BAJO BAJO	880.80	45.16	37.01	69.8
HIJA	P/E= 85% T/E= 80%	LIGERAMENTE BAJO BAJO	511.7	63.96	11.38	63.2

(Continúa)

Cuadro 12.

SUJETOS		ESTADO NUTRICIONAL		INGESTA CALÓRICA Y ADECUACIÓN A LA RECOMENDACIÓN		INGESTA DE PROTEÍNAS Y ADECUACIÓN A LA RECOMENDACIÓN	
Mujeres	Hijos(as)	VALOR DE INDICADOR	DIAGNÓSTICO	CONSUMO DE KCALS	% DE ADECUACIÓN	CONSUMO Grs.	% DE ADECUACIÓN
MUJER 9		IMC= 23.11	NORMAL	981.6	50.3'	32.4	67.13
	HIJA	P/E= 85% T/E= 80%	LIGERAMENTE BAJO	853.2	56.9	29.64	8.6
	HIJO	P/E= 85% T/E= 85%	LIGERAMENTE BAJO	853.2	56.9	29.64	8.6
MUJER 10		IMC= 28.6	SOBREPESO	1087	55.7	42.18	79.58
	HIJO	P/E= 95% T/E=	NORMAL	824.6	74.96	29.3	162.78

*Nota: No se integra la evaluación de la dieta debido a que los niños se encuentran en la etapa de lactancia exclusiva y en uno de los casos iniciando la ablactación.

De acuerdo con la interpretación del nutriólogo que realizó las evaluaciones del estado nutricional de los sujetos, es relevante el dato de problemas de nutrición en las mujeres. Respecto a los niños, tiene mayor presencia el déficit nutricional en su forma leve, así como, el retraso ligero del crecimiento y la presencia de peso actual ligeramente bajo para la edad, lo que pudiera reflejar prácticas higiénicas que limitan el crecimiento correcto. Con relación a la dieta, los datos de las mujeres muestran mejor adecuación a las recomendaciones de consumo de proteínas comparado con los de energía. La dieta de los niños muestra resultados mejores tanto en la adecuación del consumo de proteínas, como de energía. Aunque es importante destacar que en la dieta de los niños los datos muestran cierta tendencia favorable a la adecuación de la misma respecto a los estándares, contradictoriamente los datos antropométricos no reflejan lo mismo; por lo cual se reserva la influencia de la dieta sobre el estado nutricional de los niños de forma exclusiva. El mismo efecto se observa en la evaluación de la dieta de las mujeres, donde se presenta mayor frecuencia de mujeres con sobrepeso y obesidad, y menores porcentajes de adecuación a las recomendaciones.

Al analizar los resultados de manera individual (cuadro 12), se vuelve a corroborar la inconsistencia entre los datos antropométricos de los hijos e hijas y los porcentajes de adecuación de la ingesta de proteínas y calorías, ya que respecto a la dieta, en la mayoría de los casos se encuentran resultados favorables, aunque éstos no se ven reflejados en el peso y la talla; situación que pudiera indicar la posibilidad de que las madres no ponen atención o se les dificulta cuantificar la cantidad de alimentos que ingieren sus hijos, ya que en el momento de referir la dieta señalan que sus hijos comen aproximadamente la misma cantidad de alimento que ellas, por lo que las adecuaciones se ven afectadas por esta falta de precisión. Sin embargo, en los casos de las mujeres 5, 7 y 8, y sus hijos, se pudiera afirmar cierta congruencia entre los estados nutricionales y la ingesta calórica y proteica en la adecuación a la norma.

A continuación se presenta el análisis de las prácticas de crianza de las informantes de acuerdo a la etapa de alimentación en la que se ubica a los hijos.

6.2 PRÁCTICAS DE CRIANZA RELACIONADAS CON LA ALIMENTACIÓN Y ESTADO NUTRICIONAL

Este apartado integra los resultados de la evaluación nutricional de las informantes y sus hijos e hijas y el análisis de las prácticas de crianza relacionadas con la alimentación. El análisis se presenta dividiendo el proceso de acuerdo a las etapas que abarca de los 0 a 4 años de edad de los menores; es decir, lactantes menores, lactantes mayores y preescolares menores. Se inicia agrupando y describiendo a los niños y niñas de acuerdo a la etapa de alimentación en la que se encuentran.

6.2.1 DESCRIPCIÓN DE LOS MENORES PARTICIPANTES DE ACUERDO A LA ETAPA DE ALIMENTACIÓN EN LA QUE SE UBICAN:

En el cuadro 13 se presentan los datos de edad, sexo y estado nutricional, de los menores, agrupados por etapas de alimentación.

Cuadro 13. Etapas de alimentación en la que se encuentran los niños y niñas por edades y estado nutricional.

ESTADO NUTRICIONAL

ETAPA DE ALIMENTACIÓN	EDAD	SEXO	PESO/EDAD	DIAGNÓSTICO DESNUTRICIÓN	TALLA/EDAD	DIAGNÓSTICO
LACTANTES MENORES	2m.	F	90%	BAJO GRADO II	80%	BAJA = PEQUEÑEZ
LACTANTES MAYORES	6m.	M	95%	NORMAL	100%	NORMAL
	6m.	F	100%	NORMAL	105%	LIGERAMENTE ALTA
	7m.	M	85%	LIGERAMENTE BAJO GRADO I	80%	BAJA = PEQUEÑEZ
PREESCOLARES MENORES	14m	F	95%	NORMAL	95%	NORMAL
	21m	F	85%	LIGERAMENTE BAJO GRADO	85%	LIGERAMENTE BAJA = PEQUEÑEZ
	24m	F	100%	NORMAL	105%	LIGERAMENTE ALTA
	24m	F	85%	LIGERAMENTE BAJO GRADO	95%	NORMAL
	25m	M	90%	NORMAL	95%	NORMAL
	36m	F	105%	SOBREPESO	85%	LIGERAMENTE BAJA = PEQUEÑEZ
	42m	F	75%	BAJO GRADO II	80%	BAJA=PEQUEÑEZ
	43m	M	85%	LIGERAMENTE BAJO GRADO	85%	LIGERAMENTE BAJA = PEQUEÑEZ
54m	F	95%	NORMAL	90%	NORMAL	

Nota: Para la evaluación nutricional se utiliza la clasificación de desnutrición de acuerdo a Gómez que considera como normales a los porcentajes de 91 o más, desnutrición grado I de 76 a 90%, desnutrición grado II de 61 a 75%, y desnutrición grado III de 60% o menos. Con el indicador de talla para la edad se utilizaron los criterios de la OMS que considera como normales a los niños que presentan una talla para la edad de entre 105 y 94 %, pequeños a los que se encuentran entre el 93 y el 80% y achaparrados a los que tienen una talla para la edad menor a 80% del valor de la media de la población de referencia (INNSZ, 1993).

Como puede observarse, en el cuadro 13 los niños y las niñas tienen en promedio 33 meses de edad, equivalente a 2 años, 9 meses, dentro de un intervalo que abarca de los dos a los 54 meses. En lo referente al sexo el 69% (9) son hombres y el 31% (4) son mujeres. Con relación a la etapa de alimentación en la que se encuentran, el mayor porcentaje (69% [9]) se ubica en la etapa de los preescolares menores, siguiéndole con un 23 % (3) los lactantes mayores y el 8 % (1) son lactantes menores. Como ya se señaló, respecto al peso el 54% (7) de los niños presenta problemas a diferencia del 46% (6) que están dentro de la norma: en la talla el 46% [6] tiene deficiencias, el 38% (5) es normal y el 15% (2) son ligeramente altos. Si bien el número de menores participantes en este estudio no facilita el analizar la curva de crecimiento que siguen de acuerdo a su peso y talla, pareciera que siguen una tendencia a desmejorar conforme van creciendo. Chávez y Martínez (1982) señalan que en una comunidad rural pobre, se presentan cuatro periodos de crecimiento bien definidos en los menores, que son: 1) el de los tres primeros meses de vida, en que incrementan peso normalmente y hasta recuperan parte de la desnutrición con la que nacieron; 2) el de los tres a los ocho meses, en que el crecimiento se desacelera y el estado físico se deteriora, no necesariamente se desnutren porque se siguen desarrollando utilizando las reservas que acumularon en el periodo previo; 3) el de los ocho a los trece meses en el que logran una adaptación, en donde a pesar de la pobreza en la dieta mantienen incremento de peso de alrededor de 200 g por mes, y 4) el de los trece hasta los veinticuatro meses en que prácticamente no aumentan de peso y pueden presentar signos y síntomas de desnutrición.

Una vez descritos los niños participantes, a continuación se presenta el análisis del estado nutricional y las prácticas de crianza y alimentación, que como ya se señaló se presenta dividido de acuerdo a las etapas de alimentación en las que se ubican los menores. Dicho análisis se inicia retomando la información de la totalidad de la muestra y posteriormente se presentan los datos individuales.

6.2.2 PRÁCTICAS DE CRIANZA EN LA ALIMENTACIÓN DE LOS HIJOS (INFORMACIÓN DE LA TOTALIDAD DE LA MUESTRA):

Para el análisis de las prácticas de crianza se consideraron las frecuencias de respuesta de las informantes, definidas de la siguiente forma: a) respuestas que la mayoría dio (frecuencia de 8 a 10), b) respuestas de la mitad de las informantes (frecuencia de 5 a 7), c) respuestas de la minoría de mujeres (frecuencia de 1 a 4).

Ahora bien, es importante incidir en que, como en todas las etapas de la vida de los menores, las prácticas de crianza de sus cuidadores, cobran importancia primordial para su desarrollo óptimo; instituciones como la Asociación Mexicana de Pediatría, el INNSZ y el National Academy of Sciences, han dictado normas específicas respecto a la alimentación de niños latinoamericanos. Para esta investigación se retoman dichas normas, las cuales permiten clasificar a las prácticas referidas por las informantes como favorables o desfavorables según sea el caso (esta clasificación ya se definió en el capítulo 5). A continuación se analizan las etapas, iniciando con la de los lactantes menores.

6.2.2.1 LACTANTES MENORES.

En el Capítulo 2 de este documento se definió a la etapa de los *lactantes menores*, que abarca de los 0 a los 3 meses de edad, caracterizada por un crecimiento acelerado, en donde las necesidades nutrimentales son muy elevadas. El alimento básico es la leche materna, la cual satisface los requerimientos nutricionales, además cubre las necesidades inmunológicas del organismo y facilita el estrechamiento del vínculo afectivo madre - hijo. Ahora bien, específicamente para abordar esta etapa, se consideran los siguientes rubros:

- a) Establecimiento del vínculo afectivo madre-hijo durante la lactancia materna.
- b) Información que se tiene respecto a la lactancia materna.
- c) Explicación de las razones por las cuales no se amamanta a los hijos.
- d) Relación entre la producción de leche materna y los alimentos ingeridos por la madre.

6.2.2.1.1 Establecimiento del vínculo afectivo madre-hijo durante la lactancia materna:

Al abordar el vínculo afectivo madre-hijo durante la lactancia, se encontró que la mayoría de las informantes refirieron emociones positivas durante el amamantamiento; aunque también la minoría habló de desagrado respecto a dicho evento. Las emociones positivas se manifestaron en dos sentidos, en un nivel medio señalaron a las emociones agradables que ellas sentían, y en un nivel bajo hablaron de las emociones positivas tanto del bebé como de ellas mismas; aunque no pudieron definir la razón precisa por la cual se generan este tipo de sentimientos.

"Siento como para al tener al bebé, aquí pegado"

"El bebé siente que se le quiere"

Cabe retomar aquí que Pérez-Gil et. al. (1993) señalan que en nuestra cultura patriarcal la alimentación al seno materno es algo "natural" o "dado" y por ende algo agradable y no cuestionable. Ahora bien, el que la mayoría de las mujeres entrevistadas hayan amamantado a sus hijos, y el señalamiento que hacen respecto a la serie de sentimientos positivos que se generan durante la lactancia, es un factor que puede favorecer el estado nutricional de los menores y en general su desarrollo, tal como lo señalan Zeittin y Mansour (1985), al afirmar que una interacción estimulante y agradable durante la lactancia, aumenta la tendencia a utilizar los alimentos a favor del crecimiento y del desarrollo.

Sin embargo, también con una frecuencia baja las mujeres señalaron desagrado al amamantar:

"Sobre todo cuando los hijos están seguidos y no te terminas de dar a uno cuando ya viene el otro".

En este sentido, Pérez-Gil et. al. (1993) han investigado a mujeres de zonas rurales del país, específicamente en lo que respecta a los sentimientos que genera la lactancia materna, y han encontrado con una frecuencia baja a mujeres que señalan molestia y disgusto al "tener al niño pegado"; sin duda alguna, tales afirmaciones se contraponen, como señala Salas (1995), al patrón "natural" que define a la mujer como la encargada de alimentar a los hijos, con comida y amor, como sujeto "nutriente", y que la sociedad refuerza y también sanciona cuando este patrón se contraviene.

6.2.2.1.2 Información que se tiene respecto a la lactancia materna:

Al indagar sobre la información que tenían las mujeres al iniciar la lactancia, de manera general, se obtuvieron tres tipos de respuestas: a) Instrucción brindada por parte de personal del sector salud, b) Instrucción brindada por familiares de la mujer, y c) Sin información.

En un nivel bajo se encontró a las **mujeres que recibieron información** respecto a la lactancia por parte del personal de las instituciones del ISSSTE, la Cruz Roja y el IMSS, principalmente fueron enfermeras las que les hablaron sobre el cómo alimentar a los hijos, sin abordar el por qué de la importancia de este proceso; cabe destacar que la mayoría de las entrevistadas reflejaron tener conocimientos superficiales sobre las ventajas de la lactancia materna, específicamente en lo referente a incrementar el sistema de defensas del organismo del lactante. Dicha información la han obtenido a partir de la lectura de carteles, periódicos murales, entre otros, ubicados principalmente en el Centro de Salud de su comunidad. Se puede afirmar que la información no se recibe directamente del personal de salud, sino principalmente de los materiales de promoción que se publican en instituciones de este sector.

Ahora bien, es interesante resaltar que las mujeres refirieron que las "enseñanzas" del personal del sector salud, se hacen en un tono autoritario, además carente de empatía. Un ejemplo del mal uso de esta información es el que a continuación se presenta:

Una enfermera dijo:

"No vamos a permitir que le de mamula, sino seguidamente lo va a tener en el hospital!" "Pero es que no tengo leche" - "Pues tiene que tener!"

El médico señaló:

"No le va a dar mamula ni nada señora, ni me lo va a acostumbrar a mamula, no quiero que le meta la mamula"

Lo anteriormente descrito, se contrapone a lo propuesto en la campaña oficial que desde 1994, el Instituto Nacional de Nutrición, el Hospital General y la Liga Mexicana de la Leche promueven en nuestro país (incluye programas a nivel nacional, acuerdos interinstitucionales, convenios con la industria, comerciales en los medios masivos de comunicación, programas educativos, etc.) sobre todo en instituciones del sector salud, mediante el programa denominado "Hospital Amigo del Niño y de la Madre", el cual tiene como objetivo primordial promocionar y apoyar la lactancia natural, favoreciendo el contacto madre-hijo, desde el momento del nacimiento y durante la hospitalización, alojando a ambos en una misma habitación e iniciando la alimentación al seno a la primera hora posparto, continuarla y proporcionar a la madre orientación práctica sobre alimentación y cuidados del recién nacido; como parte de las medidas desarrolladas para el logro de dicho objetivo, se capacita continuamente al personal del sector salud sobre temáticas relacionadas con la lactancia materna, específicamente en lo relativo a la manera en la que deben apoyar, orientar y enseñar a la madre como amamantar y prolongar la lactancia (citado por la Asociación Mexicana de Pediatría, 1996). Ahora bien, Salas (1995) habla del ambiente médico "estéril de afecto" que provoca en las mujeres el "síndrome de inseguridad", que de manera general podría identificarse en la lactancia como el temor anticipado de las madres sobre su capacidad de disponer de leche suficiente y de buena calidad para alimentar a sus hijos recién nacidos (p. 106).

Por otro lado, retomando la información de las entrevistadas, en un nivel bajo, señalaron a las suegras como las personas que les "enseñaron" el cómo amamantar a los hijos, aunque igual que con el personal del sector salud, nunca abordaron la trascendencia de este hecho. En este rubro no se nombró a ninguna familiar directa de las mujeres, tal como, la propia madre, hermanas, tías, etc. Es probable que esto se deba a que la mayoría de las mujeres habitan en viviendas construidas dentro de terrenos en donde los suegros también viven, por lo que la cercanía entre las viviendas facilita el que la suegras apoyen a las nueras. Es interesante destacar que resultados similares obtuvieron Pérez-Gil,

et. al. (1999), en una comunidad indígena en donde encontraron que las principales consejeras para la lactancia, entre otros aspectos, son las madres y las suegras. las investigadoras señalan que hablar sobre la lactancia es un atributo de género.

Una minoría **de mujeres no recibió información** alguna (y sin embargo, amamantó a sus hijos, lo que pudiera indicar que el aprendizaje también se obtiene de manera no formal con el contacto cotidiano con otras mujeres), una de ellas manifestó:

"Con el primer hijo no se sabe nada"

Vale la pena destacar que Beal (1994) afirma que la tendencia hacia la familia nuclear disminuye los contactos con otras mujeres parientes que han tenido la experiencia de amamantar y que podrían apoyar o aconsejar a la madre sobre la lactancia, como sucedía en el pasado con las abuelas; lo que se ve reflejado en el aumento de madres primigestas que nunca han observado la alimentación al seno materno, inclusive esto ha cambiado el concepto que se tenía "al considerar a la lactancia como la secuela de la reproducción" (p. 199).

Continuando con este tema también se abordaron las ventajas y las desventajas del amamantamiento. Respecto a las ventajas, de manera general se obtuvieron respuestas relativas a los beneficios en la salud de los niños, y además se señaló a los beneficios para la mujer y la economía de la familia.

Entre los beneficios para la salud de los menores, la mayoría refirió a las propiedades nutricionales de la leche materna, además se estableció la relación entre la leche y la protección y defensa contra las enfermedades, específicamente gripe y diarrea.

"Cuando la mamá le da de comer a los niños, se crían bonito y no se enferman..."

"La leche humana es más nutritiva que la NAN y da más fuerza en los huesos, además los protege"

Como puede observarse, las entrevistadas tienen información correcta y precisa respecto a la lactancia materna y su relación con la protección contra las infecciones, específicamente contra las respiratorias y las diarreas; además de sus propiedades nutricionales. Como ya se sabe, la alimentación al seno materno protege al menor disminuyendo su exposición al agua y alimentos contaminados, protegiéndolo contra los agentes patógenos que causan las diarreas; además hay que tomar en cuenta que este tipo de leche contiene agentes (inmunoglobulina, lactoferrina, enzimas, macrófagos, linfocitos y lactobacilos bifidos) que defienden directamente al organismo del lactante contra las infecciones, incluyendo las que pudieran incidir en las vías respiratorias (Ferrández de Lee, 1998). Cabe destacar que en esta categoría las entrevistadas no comentaron acerca de otras ventajas de la leche materna, como son sus propiedades antivirales, además de las antialérgicas (la alimentación al seno materno contribuye grandemente a la óptima maduración del intestino del lactante, promueve la sana colonización de bacterias y ayuda al desarrollo de la barrera de la mucosa, además de los agentes inmunológicos que llegan directamente al intestino a través de la leche [Yellis, 1995]).

Por otro lado, la mayoría de las informantes señalaron ventajas de tipo instrumental relacionadas con los beneficios para ellas, tales como, el dejar de realizar actividades que no les gustan como lavar, calentar y preparar biberones por las noches, además de que...

"Uno trae su propio recipiente"

Al respecto Ferráez de Lee (1998) menciona que hay ventajas "menores" en la lactancia materna con relación al tiempo, específicamente respecto al ahorro de horas en las que se evita el preparar, esterilizar, calentar y lavar biberones, ya que la provisión de leche está siempre a la mano a una temperatura ideal, en cantidades exactas, con todo lo que el niño necesita para su sustento y prevención de enfermedades. Además no hay que cargar nada, hecho que da gran libertad de movimiento, siendo posible ir con el niño prácticamente a cualquier parte.

Finalmente, también nombraron ventajas en el ahorro en la economía de la familia.

"No se gasta en leche"

La Liga Internacional de la Leche (1980) refiere que habrá un ahorro en la economía familiar durante la lactancia materna, siempre y cuando se asegure que la madre tenga una dieta balanceada, así el lactante pasará varios meses sin que signifique gastos mayores en la familia. También al respecto, Viola Lennon en "El Arte Femenino de Amantar", señala que seis meses de fórmula láctea para el menor equivaldrían al precio de un aparato eléctrico grande para la casa o la paga de ayuda en el quehacer durante el mismo tiempo (citada en Liga Internacional de la Leche, 1980).

Así mismo, todas las mujeres señalaron conocer otra ventaja, referida a la relación entre la lactancia materna, el espaciamiento entre embarazos y la reducción de la fertilidad; sin embargo, la mayoría comentó que "no confían" en los efectos de la lactancia en este sentido, inclusive cuatro de las mujeres hablaron de sus experiencias respecto a quedar embarazadas aún estando amamantando a sus hijos. A continuación se ejemplifica este hecho:

*"A mi no me funciona, o sea mi suegra dice que sí, porque en el pueblo las mujeres antes no sabían con qué cuidarse, entonces mi suegra me decía cuando yo me alivie
 Hay le dijo yo voy ir al Centro de Salud para controlarme, para como al mes o como a los dos meses voy a ir para que me den algo, sino me voy a embarazar, y me dice ella - No te preocupes mientras tú le estes dando pecho no te puedes embarazar, yo es lo que he tenido de experiencia porque no me embarazaba. Porque todos sus hijos se llevan dos años, les dio pecho dos años a todos, entonces yo también quise hacer lo mismo, aunque también quise controlarme pero cuando fui el doctor me dijo - usted lo que se va a controlar es el embarazo."*

Chávez y Martínez (1982) refieren al respecto que de acuerdo a los resultados obtenidos en una investigación que realizaron con mujeres de zonas rurales de nuestro país, la lactancia materna posiblemente juega un papel importante en cuanto a la prolongación de la amenorrea después del parto, pero que su mecanismo de acción es probablemente nutricional más que hormonal, o sea, que la lactancia es una presión nutricional intensa que condiciona que las madres, por desnutrición, no menstrúen ni ovulen. Cuando la mujer se alimenta mejor la ovulación reaparece más pronto a pesar de seguir lactando; en cambio en las mujeres desnutridas, la lactancia sí previene nuevos embarazos pero causa gran deterioro a la salud.

Como puede observarse, si bien las madres abordaron en sus discursos las ventajas de la lactancia materna para ellas mismas y para la economía de la familia, al parecer desconocen otro tipo de ventajas también para ellas, tales como la prevención de

hemorragias posparto y la prevención del cáncer de ovario y de mama (Ferrández de Lee, 1998).

Por otro lado, al indagar sobre posibles desventajas del amamantamiento, la mayoría señaló situaciones que afectan directamente a las madres; además una minoría señaló desventajas respecto a la salud del menor. Entre estos factores está el deterioro de la salud física de la madre, específicamente problemas en la nutrición, como el adelgazamiento exagerado; además de daños en los pezones y congestiónamiento de los senos (estos aspectos se abordan más adelante, al hablar de las razones por las cuales no se amamanta a los hijos). Cabe señalar que respecto a la relación entre la lactancia materna y la pérdida de peso, la mayoría de los investigadores señalan a este hecho como una ventaja, más que desventaja, ya que se ha observado frecuentemente que después del parto, las mujeres conservan algo del peso que ganaron durante la gestación; si las mujeres amamantan por un mínimo de seis meses, pierden en promedio al año dos kilos más que aquellas que no amantaron (Dewey, 1993); esta situación se puede considerar como ventaja cuando la mujer está en condiciones óptimas de normalidad en el estado nutricional antes del embarazo, sin embargo, cuando las mujeres tienen, independientemente del embarazo, problemas nutricionales esta ventaja se transforma en desventaja, ya que durante la lactancia son muy altas las cantidades de nutrientes que requieren las madres, lo que finalmente desmejora aún más su estado nutricional (Chávez y Martínez, 1982). Ahora bien, dados los resultados en la evaluación nutricional de las mujeres participantes en este estudio, en donde se encontró que el 50% de ellas presentan problemas nutricionales, es posible plantear que éste sea el factor principal por el cual las mujeres refieren adelgazar exageradamente durante el amamantamiento. Ahora bien, cabe destacar que ninguna de las mujeres realizó acciones para evitar o superar estos problemas.

También en este rubro, respecto a las desventajas del amamantamiento en la salud de la mujer, se hicieron manifiestas diversidad de creencias erróneas, entre las que se describieron con mayor frecuencia se encuentra la siguiente:

"Al mamar el bebé jala los pulmones y por eso duele la espalda"

Cabe señalar que esta misma creencia se refirió en un estudio que se realizó con mujeres mestizas de Malinalco, Estado de México; en donde las informantes hablaron acerca de quiénes comen más si los niños o las niñas, comentando que los niños *"comen más porque jalan del pulmón y las niñas comen menos porque jalan del estómago"* (Pérez-Gil, et. al. 1999). Esta información se retoma más adelante, cuando se aborda el rubro sobre la producción de leche materna y los alimentos ingeridos por la madre.

Así mismo, otra desventaja de tipo instrumental para las mujeres, señalada con mediana frecuencia, fue la incomodidad que se tiene ante la secreción láctea *"que mancha la ropa"* (lo que indica que las mujeres no usan protectores para evitar esta situación).

En este apartado, además se comentaron factores relacionados con el amamantamiento en público, en donde se observa que este hecho causa *"vergüenza"*:

"Es penoso darles de comer a los bebés, sobre todo cuando se está en reuniones; además cuando el hijo ya está grandecito y trata de abrirle la blusa a la mamá"

Inclusive esta "vergüenza" se extiende hacia la pareja, señalando:

"Mucha pena me da tanto de comer a mi pequeño hijo delante de mi esposo, ya que a mí se me cuesta que él me vea"

En este sentido, Marchand y Morrow (1994), revelan cinco aspectos importantes que influyen en la decisión de amamantar, entre los que se encuentra la incomodidad generada al amamantar en público ya que en algunas situaciones y espacios, esta actividad no es socialmente aceptable. Respecto a la vergüenza generada con la lactancia materna Oakley (1990), señala que los senos de las mujeres se han vuelto un objeto sexual, no nutricional. Por tanto, para una mujer "respetable" esta es una parte de su cuerpo que debe mantenerse oculta; ahora bien, en una cultura que reprime la sexualidad femenina, esto es algo que hay que evitar. Las mujeres han aprendido a reprimir sus sensaciones, tanto las reproductivas como las sensuales "este hecho está en curiosa contradicción con la glorificación del ideal de la maternidad en la sociedad moderna" (citado en González, p. 97).

Ahora bien, respecto a las desventajas del amamantamiento en el deterioro de la salud de los hijos, se comentó con una baja frecuencia, la posibilidad de contagio de la madre al niño a través de la leche, específicamente se señaló a la hepatitis como la enfermedad contagiosa (sin referirse a ninguna otra enfermedad). Es importante destacar que en la literatura científica, las propiedades antivirales de la leche materna son señaladas como beneficios inmunológicos y no como desventajas. Inclusive, en un estudio realizado en Taiwán se encontraron anticuerpos para el virus de la hepatitis en el calostro de madres infectadas, y ninguno de los once lactantes infectados que participaron en el estudio, presentó síntomas de la enfermedad durante el primer año de vida (Lin, 1995).

Continuando con la información que tienen las mujeres respecto a la lactancia, también se abordaron preguntas relacionadas con los **nutrimentos contenidos en este tipo de leche**, encontrándose una diferenciación precisa entre la leche "buena" y la leche "mala"; en donde se definieron con precisión las características físicas de estas leches (color, consistencia e inclusive sabor); además la leche mala, también se definió, por los daños que puede causar al niño:

"Esa leche no engorda y no llena a los niños"

No se abordó diferenciación alguna respecto a los nutrimentos que pueden contener dichos tipos de leche.

Al respecto, Pérez Gil, et. al. (1999) señalan que tanto las mujeres mestizas, como las indígenas de dos regiones diferentes de nuestro país refieren que hay leche materna que "hace daño y les cae mal" a los menores; aunque no las describen por sus características, mencionan eventos que la "hacen mala", tales como los "corajes", las infecciones en los senos y que a veces "da calentura cuando los niños maman" (p. 123).

6.2.2.1.3 Explicación de las razones por las cuales no se amamanta a los hijos:

Anteriormente se describieron las prácticas de las mujeres que amamantaron a sus hijos, a continuación se abordan las experiencias de las mujeres que por diversas razones no amamantaron. En esta muestra de diez mujeres, una tercera parte refirió no haber llevado a cabo la lactancia materna, señalando las siguientes razones:

De manera general, las mujeres que no amamantaron a sus hijos describieron tres razones principales por las cuales no llevaron a cabo dicho proceso: a) presencia de pezón plano o invertido, b) tamaño pequeño de los senos, y c) no producción de leche.

Dos de las informantes refirieron razones relacionadas con la **carencia de un pezón adecuado para el amamantamiento** (o "corta" como ellas le llamaron), por lo que con la succión, se producía un gran dolor, congestión de los senos y daño al agrietarse los pezones con el paso del tiempo. Ellas señalan no haber recibido atención médica, ni de ningún otro tipo, por lo que nunca solucionaron el problema, reflejándose esto en el abandono de la lactancia materna.

"Yo vi una tía de mi señor, que era a tener un bebé, que se estaba aparrando, entonces me le quede viendo y le dije por que se esta aparrando ahí, entonces preguntamos entre mujeres... y dice: "No es que me estoy haciendo la case, por que ahora que me ilvite no la a poder comer mi bebé si no la tengo".
"A mi nunca me paso por la cabeza, y es que como una estudia niños, así de cuando viene uno el bebé en el estomaco y nace y todo eso..."

Con relación a lo señalado Winikoff y Laukaran (1989) informan que las razones aducidas por las madres para terminar la lactancia al seno incluyen: la percepción de que hubo una insuficiente producción de leche, el desconocimiento acerca del valor nutritivo que tiene la leche humana para el niño durante sus primeros meses de vida, la existencia de conflictos de horario con el trabajo y la presentación de molestias por congestión de las mamas y agrietamiento de los pezones (citado en Pérez-Gil, et. al. 1993).

Ligado al no amamantamiento hablaron también de la serie de mensajes enviados hacia ellas, por parte de distintas personas, parientes, médicos, entre otros, señalando a la mujer como "culpable" al no amamantar a los hijos. Así se observa la presión social que ejerce el grupo familiar:

"La persona que mas me presionaba era mi suegro, y me decía: "quisiste ser mamá bus'ora se mamá completa...".
"Yo pienso que por no haberle dado a esa niña, me decía que era mamá incompleta, porque no na más es tenerlos"

Otra mujer habló también del sentimiento de culpa que padece, aún después de transcurrido el tiempo, al no haber amamantado a sus hijos, ya que constantemente se enferman; inclusive comentó que en una consulta el médico le dijo a su hija:

"Ponle una demanda a tu mamá por no darte pecho...".
"Desde entonces me sentí culpable, por eso los tres padecen de la garganta..."

Cabe destacar en estos discursos, la falta de información y habilidades para dar solución, a los problemas que enfrentan las mujeres al intentar amamantar a sus hijos. Además también se aprecia la falta de apoyos y específicamente la carencia de ayuda

profesional, desde el punto de vista médico, para dar orientación en la solución de la problemática; ya que al nacer los menores en un hospital, el problema debió detectarse desde el momento mismo en que por primera vez la mujer intentaba amamantar; sin embargo, esto no ocurrió. Así mismo, se observa la carencia de tacto por parte del médico, al generar sentimientos de culpa, sin detenerse a comprender las razones por las cuales la mujer no amamantó a los hijos (anteriormente ya se comentó acerca de ambiente institucional "estéril de afecto").

Por otro lado, se hace evidente el concepto de maternidad, de los parientes, en este caso un hombre, cargado del significado tradicional, en donde la mujer se identifica con el espacio doméstico y las tareas específicas del mismo, dentro de las cuales se encuentra la lactancia; también se puede observar la sumisión a la autoridad patriarcal (padre, marido, suegro), así como la abnegación hasta el sacrificio, como en el caso de estas mujeres que aunque estaban lastimadas de los senos, ellas debían continuar intentando la lactancia. También es interesante encontrar en el discurso, que la relación madre-lactancia se perciben como complementos, como un todo, de otra forma la madre estaría incompleta (Ortiz y Ruiz, 1999).

Al indagar sobre otras posibles razones por las que no se amamanta a los hijos, las tres mujeres pusieron de manifiesto información y creencias erróneas, estableciendo una **relación entre el tamaño de los senos y la cantidad de leche que se produce.**

"Mis pechos son muy pequeños, por esto tuve muy poca leche"

"...Cuando nació mi hijo yo le decía a la enfermera, no yo no tengo, están chiquitos..." "A como no miya, aquí le vas a dar..." "Y como si yo no tengo..." "No hija eso es psicológico, la leche te va a bajar porque te va a bajar, no es que tu quieras o no, una vez que tu bebé te empieza a chupar vas a tener leche, porque vas a tener, así tengas los senos grandes o chicos..."

En el discurso, se observa la participación de la enfermera, carente de una explicación que facilite la comprensión de la no relación entre el tamaño de los senos y la cantidad de leche que éstos producen, dando por resultado el no convencimiento de la mujer, ya que ella mantiene esta creencia errónea hasta el presente, señalando esta razón como la causa principal por la cual no amamantó a sus hijos.

Finalmente, otras de las razones por las que no se amamanta a los hijos se refieren a la no producción de leche materna; a continuación se describen éstas:

La mayoría de las mujeres manifestaron diversidad de respuestas relacionadas con la carencia de comportamientos de auto-cuidado y padecimiento de estrés. Entre estas razones se encuentran: los "corajes", "el no cubrirse la espalda", el no alimentarse adecuadamente y el realizar el quehacer de la casa inmediatamente después de haber dado a luz, aunque cabe destacar que en esta última razón, una anciana (que se encontraba presente durante la entrevista) comentó:

"..No es cierto, que hacer quehacer te haga daño, al contrario, se tiene más leche porque los pechos se calientan.."

Ahora bien, también se manifestó una relación inversa entre el número de hijos y la cantidad de leche que se produce, a mayor número de hijos-menor cantidad de leche:

"Cuando ya se van tener varios hijos al irse pequeño le queda poca leche o no le queda nada".

ESTABLECIMIENTO DE LA LACTANCIA
DE LA MUJER

El establecimiento de esta relación, pudiera tener como explicación el hecho de que con la maternidad y la lactancia, las mujeres se deterioran ostensiblemente, debido a que no hay una modificación en la dieta durante estas dos situaciones: aquellas mujeres que han tenido varios embarazos y partos consecutivos, no se alcanzan a reponer y con el tiempo su situación nutricional se deteriora, lo que trae como consecuencia una disminución en la cantidad de leche que produce. Chávez y Martínez (1982) señalan que haciendo cálculos del costo de la lactancia para el organismo de la madre, se encuentra que cuando la mujer de zonas rurales, produce aproximadamente medio litro de leche (regularmente baja en energía) representa la pérdida de por lo menos 300 calorías, las cuales deberían de reponerse por lo menos con 600 calorías de ingesta, 300 que se integran a la leche y 300 que debe consumir el organismo de la madre; sin embargo, esto no sucede. Sumada a esta situación, se observa que las mujeres siguen desarrollando sus labores domésticas habituales, además de las labores relacionadas con el trabajo que desempeñan dentro del hogar: maquilando, planchando o lavando ropa ajena, situación que las desgasta aún más.

6.2.2.1.4 Relación entre la producción de leche materna y los alimentos ingeridos por la madre:

Otra temática de esta categoría, es la relativa a la ingestión de alimentos que "favorecen" la producción de leche materna, así como, alimentos "prohibidos" durante la lactancia; en este aspecto se describió una precisa clasificación de los alimentos, conjugándose conceptos y creencias que se tienen.

Todas la mujeres informantes hicieron referencia a este hecho, señalando diversidad de alimentos; dentro de los que se deben ingerir por que favorecen la producción de leche, están principalmente los alimentos líquidos, como son los caldos y los atoles. Pérez-Gil et. al., 1999, encontraron información semejante con mujeres de Malinalco, Estado de México, ellas señalan a los caldos de res y de pollo, además de los atoles y tés para producir más leche. Respecto a los que no se deben ingerir, se precisaron dos tipos: a) alimentos que causan daño a la salud del niño(a) y/o de la madre, y b) alimentos que disminuyen la producción de leche materna. Los alimentos que causan daño a la salud son principalmente especies vegetales, como el chile, los nopales, los frijoles, las calabazas y la sandía; como alimento de origen animal solo se señaló al huevo, la ingestión de estos se relaciona con diarreas, cólicos, infecciones (en el "ombligo"), entre otras. Cifuentes y Mondragón (1988) refieren que al estudiar a mujeres de la sierra norte del estado de Puebla, en el municipio de Cuetzalan, con hijos lactando, encontraron que bajo la creencia de que los niños se "empachan", evitan diversos alimentos, entre los que se encuentra el frijol. Cabe destacar que la mitad de las mujeres hicieron hincapié en que los nopales, la sandía y las calabazas son alimentos "fríos" (cuando se les preguntó aún más acerca de los alimentos "fríos", no supieron explicar el por qué los llamaban así). Pérez-Gil et.al. (1999) señalan que tanto las mujeres de Malinalco, como las de Chichicastepec, Oaxaca conocen la polaridad entre los alimentos fríos y calientes, entre los calientes está la carne de puerco y entre los fríos se encuentran la sandía, los nopales y algunas frutas, aunque, al igual que las mujeres de este estudio, desconocen el por qué se les llama así. Al respecto López (1982) señala que la polaridad entre lo frío y lo caliente es una visión de los nahuas, que involucraba al cosmos entero; la calidad fría proviene del agua, mientras

que la calidad caliente proviene del sol o de la energía generada dentro de las plantas y los animales. Así las frutas jugosas (limón, naranja, sandía, etc.) son consideradas frías, mientras que los alimentos picantes o que producen una sensación "quemante" son calientes, por ejemplo el chile y la cebolla, la carne roja (res, carnero) y la mayoría de los aceites y las bebidas aromáticas (Currier, 1966). Ahora bien, Con una frecuencia baja las informantes comentaron acerca de que los alimentos ingeridos por la madre, pueden o no hacer daño al bebé, esto está determinado por el sexo, ya que los niños "*heredan del papá*"; por eso lo que la madre come no le daña, aunque es factible el dolor de espalda para ella; en cambio, las niñas "*heredan del estómago, y en este caso lo que la madre come le daña*". Cabe destacar que la misma concepción se manifestó en mujeres habitantes de Malinalco (Pérez-Gil et. al., 1999). Contraponiéndose a la creencia de que la ingestión de ciertos alimentos por la madre causa malestar al menor, desde el punto de vista médico, se señala que las únicas sustancias extrañas en la leche materna que pueden dañar la salud del menor al ser ingeridas son las sustancias terapéuticas, los insecticidas, el alcohol, la cafeína, o la exposición a los opiáceos y la cocaína (Vega, 1997). Aunque también se señala que dado que la madre y el hijo forman una unidad, lo que a un menor le cae mal, puede ser que a otro no, y generalmente lo que le cae mal a la madre, le cae mal al lactante. Se sabe que los alimentos de sabor fuerte como la col, coliflor, brócoli, coles de brusela, ajo, frijoles, entre otros, ocasionan molestias en el menor. Así mismo, dado que la alergia más común en los lactantes es causada por la leche de vaca, y aunque no la tomen directamente, a través de la leche materna pueden estar provocando síntomas de alergia como cólicos, diarrea, náusea, vómito, eccema, comezón, etc. (Ferrández de Lee, 1998). Para cerrar este aspecto se retoma el discurso de una de las madres entrevistadas:

"Todo lo que uno consume se lo pasa al niño"

Respecto a los alimentos que disminuyen la producción de leche materna se nombró a todas las comidas "secas", es decir no caldosas (específicamente la pechuga de pollo y las tortas de papa). Cabe destacar que en la investigación que realizaron Pérez-Gil et. al. (1999), con mujeres indígenas y mestizas del Estado de México y de Oaxaca, no encontraron alimentos que disminuyan la producción de leche materna, más bien se refirieron situaciones que pueden afectar la producción de leche, entre las que se encuentran el realizar trabajos pesados y "*hacer corajes*".

Una vez descritas las categorías relacionadas con las prácticas de crianza de las informantes respecto a la etapa de los lactantes menores, a continuación se describen las prácticas aplicadas con los lactantes mayores.

6.2.2.2 LACTANTES MAYORES

En el capítulo 2 de este reporte, se hace referencia a la etapa de alimentación denominada lactantes mayores, la cual se ubica en el intervalo de edad de los 4 a los 11 meses. Aquí el crecimiento de los menores es menos acelerado (a diferencia de la etapa anterior) y por lo tanto las necesidades nutrimentales son menores, aunque continúan siendo elevadas por lo que la leche materna se vuelve insuficiente para cubrirlas; entonces se inicia el proceso de ablactación, que es la introducción de otros alimentos, además de la leche materna, en la dieta del menor. También en esta etapa es probable que se presente el destete que es la suspensión de la alimentación al seno materno.

Para el abordaje de las prácticas de crianza en la alimentación, específicamente en la etapa de lactantes mayores, se retoman principalmente las prácticas relacionadas con los dos procesos antes señalados:

- a) Ablactación, y
- b) Destete

Siendo estos los dos procesos más importantes que se realizan en esta etapa y que son referidos en las normas institucionales, se iniciará describiendo las prácticas en la ablactación de las mujeres que participaron en este estudio.

6.2.2.2.1 Ablactación:

Como ya fue definida anteriormente, la ablactación es una etapa en la que se introducen, en los niños y niñas lactantes mayores, diferentes tipos de alimentos, además de la leche materna. Respecto a este proceso, la mayoría de las mujeres informantes señalaron que la ablactación se inicia entre las edades de los cuatro a los seis meses (situación que corresponde con las normas planteadas por la Academia Americana de Pediatría, 1980) iniciando dicho proceso más por intuición, que por razones relacionadas con la nutrición de los niños. Cabe destacar que el criterio referido por las mujeres para iniciar la ablactación, fue señalado a partir de la edad, no se hizo referencia al peso del menor, que según la norma debe ser de por lo menos 6 kg. Tampoco se señalaron factores relacionados con el desarrollo y maduración del menor, dentro de estos se encuentra la desaparición del reflejo de extrusión primitivo (empujar con la lengua) al deseo de aceptar alimentación con cuchara en la boca; además presentan cierto control neuromuscular de la cabeza y la capacidad de sentarse en posición erecta (Beal, 1994). Como puede observarse los mecanismos para iniciar la alimentación están relacionados directamente con la maduración del sistema nervioso central, y no tanto en las estructuras de masticación, la aparición de los dientes, o cambios en la boca, laringe o faringe (Lartigue, Maldonado y Ávila, 1998). Ahora bien, las informantes señalaron que al introducir nuevos alimentos se integran en la dieta diversidad de frutas, entre las que se encuentran principalmente la manzana y el plátano; también se nombraron algunas verduras y legumbres, como las papas, zanahorias, calabazas, chícharos, entre otras, aunque con una baja frecuencia; la forma de presentación de estos alimentos es en papillas, machacados y rayados. De acuerdo a lo propuesto por la Academia Americana de Pediatría (1980) el inicio de la ablactación es correcto, ya que sugiere a las frutas (no cítricas) para comenzar, además de verduras y cereal como el arroz. Lo que se pudiera señalar como no adecuada es la forma de presentación de los alimentos, ya que la norma señala que se debe iniciar la ablactación con alimentos cocidos y colados; los machacados y rayados (a excepción del plátano) corresponden a una etapa posterior al inicio de la ablactación. Como alimentos de origen animal señalaron al caldo de pollo y al huevo. En este aspecto se observa una incorrecta introducción de éstos, ya que las carnes no son alimentos que deban introducirse inicialmente, de manera normal se plantea el intervalo de edad entre los 7 y 11 meses para su introducción; respecto al huevo, la norma señala que este alimento, al igual que los cítricos son alimentos alergénicos que deben introducirse a la dieta del menor hasta después del año de edad. También con frecuencia baja, se nombraron dos marcas de alimentos comerciales: los productos "Gerber", en sus presentaciones de papillas y jugos y el "Danonino" (respecto a la ingestión del danonino, como alimento al inicio de la ablactación pudiera estar contraindicado dado que es un alimento derivado de la leche de vaca; además, al ser manejado como postre, por lo dulce que es, los menores lo piden cada vez más, lo que se convierte en un hábito no saludable ya que, como lo señalaron las mujeres con hijos preescolares menores, su ingesta involucra cada vez más cantidad y con gran frecuencia). Es importante destacar que la industria de los

alimentos convoca a las mujeres a participar de los nuevos productos, tanto por su supuesto valor nutricional, como por las facilidades de preparación o consumo; sin prever los cambios en los patrones alimenticios nacionales, ni tampoco el incremento en los costos de los productos industrializados. Si bien esta publicidad pareciera estar dirigida a ciertos sectores de la población –los de mayores ingresos económicos–, también cumple la función social de crear en todos los sectores sociales una necesidad que antes no tenían, un intento de parecerse a aquellos que tienen más, de conseguir a través del consumo el estatus del que carecen (Salas, 1995).

Por otro lado, entre los seis y los doce meses de edad aparecen los primeros dientes, lo que de acuerdo a las normas institucionales plantea la introducción de comidas más consistentes que la papilla y el machacado. En este sentido, la mayoría de las informantes no señalaron cambios en la alimentación con la llegada de los dientes, solo con una baja frecuencia, comentaron que cambiaron la consistencia de los alimentos, de machacados a picados.

Cabe destacar, que de acuerdo a los expertos, la introducción de nuevos alimentos debe ser paulatina, y solo la minoría de las informantes manifestó ésta práctica; las otras mujeres introducen gran diversidad de alimentos, inclusive combinados, a lo largo de 3 meses aproximadamente, después de iniciada la ablactación, además no manifiestan diferenciación entre los alimentos que de acuerdo con sus características se deben ir introduciendo poco a poco en la dieta del menor (considerando que de acuerdo a las normas institucionales se debe contemplar el tipo de alimentos y la edad de los niños). Por otro lado, nombraron algunos alimentos que ayudan a fortalecer los dientes, tales como las verduras y las frutas, pescado y tortillas, entre otros. La minoría señaló que el café y el uso del biberón dañan los dientes. Así mismo, describieron cuidados generales durante el brote de los dientes, que consisten principalmente en la aplicación en las encías de algunas sustancias (p. e. miel, alcohol, ajo, entre otras).

Resumiendo lo planteado por las informantes respecto a la práctica de la ablactación, se puede afirmar que como prácticas favorables o adecuadas, se encuentra la introducción de alimentos diferentes a la leche materna o su sustituto, en el intervalo de edad de 4 a 6 meses, así mismo, el inicio de la ablactación brindando algunas frutas y verduras cocidas y presentadas en papillas. Respecto a las prácticas inadecuadas, se encontró que las mujeres introducen dos alimentos nuevos a la vez; rápidamente cambian la presentación respecto a la consistencia de los alimentos, pasan de papillas a dar alimentos picados o en trozos, práctica que se debe realizar hasta después de que el menor tiene seis o siete meses o cuando ya tienen algunos dientes; también introducen en la dieta de los menores alimentos alergénicos, tales como el huevo y los "danoninos", los cuales se deben integrar hasta después del año de edad (ya se encontrarán en la etapa de alimentación preescolar menor) cuando el aparato gastrointestinal ha madurado lo suficiente como para poder manejar nutrientes más complejos, y será menos sensible a comidas que pudieran causar alergias. Ahora bien, en el discurso de las mujeres nunca se habló de la cantidad de alimento, ni la frecuencia con la que comen los hijos; así mismo, con muy baja frecuencia se señaló el uso de la cuchara y el vaso, que son dos de los utensilios que los niños y niñas aprenden a manejar en esta etapa.

6.2.2.2 Destete

Como ya se señaló, otro de los procesos que normalmente se llevan a cabo durante la etapa de los lactantes mayores, es el destete, que consiste en la suspensión de la alimentación al seno materno y frecuentemente acompañada con la substitución con leche de algún otro alimento o sucedáneos de la leche.

Al abordar el proceso de destete, cuatro fueron los principales elementos que se describieron: a) edad del destete, b) razones por las que se debe retirar la leche materna,

c) acciones realizadas para retirar el seno materno, d) introducción de otros tipos de leche diferentes a la leche materna o sucedáneos de la leche.

La mayoría de las informantes señaló un rango de edad en la que se inicia el destete, que va desde los 7 meses hasta los 28 meses. La mayoría refirió como edad de destete a la edad de un año o menos. La literatura médica señala que las reglas para iniciar el destete varían de acuerdo con la secreción láctea, alimentación y nutrición del lactante y de la madre. No hay una edad precisa para iniciar el destete, ya que esto depende de las condiciones económicas, culturales y sociales del ambiente familiar. Se sugiere que en el caso de las mujeres de zonas rurales de nuestro país, el destete se puede iniciar hasta los 18 meses, sobre todo cuando no se tiene la posibilidad económica para comprar leche u otros alimentos apropiados. La misma medida se sugiere para las madres que no siguen hábitos correctos de limpieza, de esta manera se les protege de posibles contaminaciones que lo enfermarían, planteando una mayor probabilidad de sobrevivir en ese periodo (Valenzuela, Luengas y Marquets, 1993). La OMS (1991) recomienda alimentar a los menores exclusivamente con leche humana durante los primeros seis meses de vida, después el amamantamiento debiera mantenerse durante los dos primeros años de vida, mientras que se inicia a partir del segundo semestre, la alimentación complementaria. El uso de los sucedáneos de la leche humana es útil desde el segundo semestre de vida, pero no se recomienda por tratarse de una práctica cara y no esencial, siempre y cuando se logre equilibrar la dieta del infante con otros alimentos mediante una ablactación paulatina.

Al igual que la ablactación, la iniciación del destete se describió en función de problemas en la salud de la madre y no por razones nutricionales del niño(a); además se manifestaron creencias, relacionadas con el amamantamiento como causa de deterioro en la salud de ellas (este aspecto ya fue comentado en la etapa de los lactantes menores).

"E xiste la creencia en la gente de que cuando el niño ya es grande y tiene más de dos años, el niño crupa la sangre y te la jala, por eso te da anemia"

"Se debe quitar la chichi para que la señora se recupere un poquito"

"El pecho se debe de quitar cuando ellos piden solos la comida, además cuando ya te muerden"

"La leche es un don que la virgencita nos da, no podemos andarla tirando, así que dáselas hasta que se acaba, nada de usar el tira leche y esas cosas, y si se le tira hay que dejarla que caiga a la tierra, lo que es de la tierra, es algo natural"

También como una de las razones por las que se debe retirar la leche materna, que señaló la mitad de las mujeres fue el embarazo, haciendo énfasis en la situación que vive el hijo(a) cuando la madre se embaraza aún estando amamantándolo (a), (cabe destacar que en la literatura médica no se encontró referencia alguna respecto a dicha situación, sólo se señala la supresión transitoria de la ovulación, que ayuda al control de la fecundidad, pero no se aborda el hecho de que pasa con la lactancia durante el embarazo) manifestando creencias erróneas relacionadas con problemas en la alimentación del menor, específicamente falta de apetito, además de que se ve alterado

el vínculo afectivo madre-hijo; al indagar más sobre las causas de este hecho, se señala lo siguiente:

"El niño quiere estar todo el tiempo con la mamá y que lo cargue"

"El pecho se desmama porque enferma"

Como solución a esta problemática plantean que...

"La mamá debe seguir dando y adaptándose"

Lo que sin duda brinda beneficios al niño a nivel de lo emocional; sin embargo, como medida terapéutica al problema nutricional que se presenta, se describe lo siguiente:

*"Con el agua del recién nacido, agua con mucha madre,
se debe lavar al niño chichi todas las veces que sea necesario"*

Como puede observarse esta práctica no plantea la resolución del problema de alimentación del hijo, lo que pudiera desencadenar un proceso de desnutrición aguda (la "chichis" es una entidad nosológica que se describe en el anexo "4"). Al respecto Chávez y Martínez (1982), señalan que en el estudio realizado en Tezonteapan, estado de Puebla, con mujeres de una comunidad rural pobre, encontraron que la madre suspende la lactancia casi siempre por la presencia de un nuevo embarazo. Lo hace hasta el tercero o cuarto mes de amenorrea, cuando "ya siente al nuevo niño" y en parte porque se siente mal, señalan que les aumenta el cansancio y los dolores de espalda. Además porque en ese pueblo se dice que la leche de una mujer embarazada le hace daño al niño, le causa diarrea y le hace perder peso. El niño se torna quejoso y llorón, le cambia el carácter, se pone triste y no quiere dejar a la madre. Todos estos síntomas, sobre todo los psicológicos forman parte de un síndrome que en México se nombra "del niño chipil", que en idioma azteca quiere decir celoso, porque se atribuye a que el niño presiente a su nuevo hermano y esto lo enferma de celos. En realidad en esta época baja la producción láctea y se presenta un agravamiento del estado nutricional de la madre (pp. 26, 27). Estos investigadores refieren que los cambios en el "carácter" del menor se deben a la mala alimentación, lo que se ve reflejado en tres áreas: apatía, inseguridad y limitación de expresión. Es factible que la situación de inseguridad esté relacionada con la sensación de debilidad, que probablemente tenga el niño que no se alimenta bien. Si el niño se siente débil y quizá desprotegido es factible que busque a la madre. Por otro lado, cuando se les preguntó a las mujeres acerca de las acciones llevadas a cabo para retirar el pecho, la mayoría de ellas describió la aplicación de algunas sustancias directamente en los senos (p. e. ajeno, sábila, chile, aceite e inclusive lodo, entre otras), además también señalaron como medida a la separación física del hijo(a) por lo menos durante una semana.

*"A mi esposo no le gusta que mi hijo esté llorando y
menos en la noche, por eso mejor lo mandé con mi cuñada,
y sólo así dejó de pedirme chichi"*

Chávez y Martínez (1982) señalan que en las zonas rurales del país se observa que la dependencia del niño al pecho se vuelve extraordinaria con el tiempo, por lo tanto es muy difícil que lo deje. Por lo que la madre recurre a métodos tales como utilizar hierbas amargas, tabaco y hasta chile untado a los senos para que el menor lo rechace. Ferráez de Lee (1998) señala que el destete debe ser paulatino, dado que la lactancia materna

Después de haber revisado los procesos de ablactación y destete, como los que definen a la etapa de los lactantes mayores, a continuación se describe la etapa de los preescolares menores.

6.2.2.3 PREESCOLARES MENORES

La etapa denominada preescolares menores abarca del año de edad a los cuatro años de edad. Este periodo se caracteriza principalmente por el incremento en la independencia, adquisición de habilidades y sociabilidad en los niños y niñas. Aunque se reduce la tasa de crecimiento, aún siguen siendo altas las necesidades nutrimentales de éstos. La ampliación del ambiente del niño y la seguridad sobre el mundo cada vez mayor, de alguna manera, coloca al alimento en un segundo lugar en orden de importancia. La posibilidad de hablar le permite al menor expresar sus gustos y desagrados, aceptación y rechazo, placer y molestia. Como resultado de esta combinación, muchas veces el alimento se vuelve foco de conflicto entre los menores de esta etapa y sus padres, situación que pudiera verse reflejada en un detrimento de su estado nutricional.

Ahora bien, al abordar con las informantes, específicamente la etapa de los preescolares menores, respecto a las prácticas de crianza en la alimentación, se describieron los siguientes rubros:

- a) Introducción a la dieta familiar.
- b) Preferencias en los alimentos.
- c) Estrategias de control en el comportamiento alimentario.
- d) Participación de los padres en la alimentación de los hijos.

6.2.2.3.1 Introducción a la dieta familiar:

Al entrevistar a las informantes sobre el proceso de alimentación durante esta etapa, todas señalaron al año de edad de los menores, como clave en la introducción a la dieta familiar; además con mayor frecuencia se integran a la comida las carnes rojas. Asimismo, se detectó en el discurso de las mujeres una relación directa entre la cantidad de alimento que les dan a los hijos y el posible daño a la salud que les pueda ocasionar, más que por el tipo de alimento de que se trate. No se nombraron alimentos precisos a introducir en la dieta de esta etapa, aunque la mitad de las informantes señalaron a los guisos con pequeñas cantidades de chile. Conforme los niños van creciendo, se comentó que paulatinamente se introducen los alimentos que de pequeños les causaban daño, tales como, los frijoles y uvas con cáscara, además de todas las verduras, frutas, cereales, lácteos como el yoghurt y "los danoninos", también los atoles. Señalaron la posibilidad de que en esta etapa ya ingieran golosinas, especificando marcas comerciales (por ejemplo, "Sabritas").

6.2.2.3.2 Preferencias en los alimentos

Así mismo, se les preguntó a las entrevistadas acerca de los alimentos que más les gustan a los hijos, la mayoría de ellas refirió a los "danoninos" como los alimentos deseados, también se nombraron derivados de la leche como el yoghurt y el queso; siguiéndole el pollo, los tacos con diferentes alimentos y la sopa de pasta. Los alimentos que no les gustan a los preescolares son los vegetales, principalmente las espinacas, calabazas y papas; además de alimentos de origen animal como las carnes rojas (relacionado con la dificultad para masticar), el pescado, el chicharrón y la "moronga". Respecto a el

desarrollo de las preferencias por los alimentos y la selección de éstos, se tiene la creencia popular, de que cuando al menor se le deja totalmente en libertad para elegir lo que quiera comer, y no se ejerce ninguna clase de influencia sobre estas preferencias, el menor naturalmente aprenderá a elegir lo que es bueno para él (Skuse, 1993). Contra esta creencia, se ha encontrado empíricamente que cuando los niños pequeños tienen la libertad de escoger entre diversas comidas, tienden a elegir aquellas con mayor contenido de azúcar y las comidas más dulces (Birch, 1987). De acuerdo con lo señalado en estas referencias, se observa que los niños y niñas de la muestra participante en este estudio tienen preferencia por el danonino, que es un alimento dulce, que ingerido en grandes cantidades puede ocasionar la presencia de caries.

Por otro lado, también se les preguntó a las informantes acerca de la preparación de comidas especiales para sus hijos e hijas mayores, la mayoría de ellas manifestó una respuesta negativa, además señalaron que la forma de presentación de los alimentos es la misma que la de los adultos.

6.2.2.3.3 Estrategias de control en el comportamiento alimentario:

Respecto al control que ejercen las madres para que los hijos se alimenten, la mayoría manifestó dificultades para que ingieran alimentos, entre las principales está la falta de apetito, además de la aceptación del horario que ellas plantean. Como estrategias para "resolver" la problemática, la mayoría de las madres comentaron que les dan a sus hijos directamente el alimento en la boca, inclusive sentándolos en la pierna, independientemente de la edad de los menores. La mayoría señaló también que:

"Hay que recargarles para que coman"

De forma errónea, inclusive les dan sólo los alimentos que los niños desean (incluyendo golosinas o alimentos chatarra).

"Con tal de que coman y les caiga alar en el estómago"

La minoría de las mujeres refirió golpear o amenazar a los hijos como forma de control para que se alimenten; aunque de antemano señalan que estas medidas no les funcionan para lograr su objetivo.

"Cuando no quieren comer les doy sus cinturonzos, aunque después se vuelven más recelosos y es más difícil que se alimenten".

Hay que considerar que de acuerdo a la normatividad, esta etapa se caracteriza por patrones de alimentación erráticos e impredecibles; se observa el rechazo a alimentos que antes les gustaban o insisten en comer un alimento especial. A esta edad los menores están tratando de comprobar y establecer su independencia e intentan dominar con la comida. Los expertos señalan que el establecer límites claros y sencillos, ofrecer una variedad de comidas y hacer intercambios de lo que les guste más o menos, además de servir pequeñas porciones y permitir que se respeten tres comidas principalmente y una o dos meriendas, facilitará el manejo de los menores en esta etapa, respecto a la alimentación.

6.2.2.3.4 Participación de los padres en la alimentación de los hijos:

En este apartado se indagó acerca de la participación de los padres en la alimentación de los hijos, aquí se manifestó con una frecuencia baja su apoyo para con la pareja,

La minoría de mujeres hizo referencia al estado de los menores nutridos, específicamente en cuanto a datos antropométricos, además del tipo de alimentos que ingieren, señalando:

*"Un niño nutrido está bien de su altura y de su peso.
Porque así lo ve el pediatra, esos niños comen sopa, puré y frutas."*

Cabe destacar que también con una baja frecuencia, se manifestaron conceptos erróneos (aunque culturalmente aceptados) respecto a la nutrición de los hijos, en donde se describió físicamente al niño nutrido como obeso, un ejemplo se presenta a continuación:

"El niño nutrido está abrido de la panza, estómago y cachetes."

Por otro lado, al definir a los niños desnutridos, la mayoría de las respuestas se relacionaron con la descripción física de los mismos, señalándolos principalmente como muy delgados y con manchas blancas en la piel. Además son niños que "comen poco" e inclusive son alimentados incorrectamente por las madres.

"En lugar de leche se les da té o café con agua"

Al respecto Galler (1984) señala que las madres que observan a su niño "flaco y espigado, inactivo y poco responsivo", lo perciben como inmaduro y vulnerable, por lo que lo sobreprotegen. Observándose que los problemas de interacción madre-hijo en la primera infancia contribuyen al desarrollo de la desnutrición leve y moderada, a través de un mecanismo de deseabilidad social en donde un niño gordo se conceptualiza como sano. Esta creencia sirve para que el niño utilice el comportamiento alimentario como controlador de la situación y de las consecuencias reforzantes, como son la disponibilidad de tiempo por parte de la madre, al igual que la ingesta de alimentos chatarra.

6.2.2.4.2 Estimación de riesgos en la nutrición de los hijos:

Ahora bien, al indagar sobre la posibilidad de que las mujeres estimen los riesgos relacionados con la nutrición de los hijos e hijas, se les preguntó acerca de la ingestión de alimentos chatarra y golosinas, la mitad señaló que los hijos no comen ese tipo de alimentos, la otra mitad refirió que los hijos comen solo "algunas cosas", haciendo hincapié en que ellas no les compran, señalando a los familiares cercanos como las personas que sí les dan a los menores estas cosas, específicamente se nombró al padre. También manifestaron medidas preventivas, tales como el enseñarles a los hijos a identificar los alimentos caducados (aunque cabe destacar que al parecer estas medidas sólo se comentan de forma verbal con los menores, pero no se les enseñan acciones precisas, para que los menores detecten a los alimentos en mal estado).

*"No deben de comer eso, ya esas cosas regularmente
están rancias o intoxican a los niños"*

Cabe destacar que ninguna de las entrevistadas precisó los posibles daños en la salud de los hijos al ingerir alimentos chatarra. Como medida precautoria, manifestaron que no se les debe golpear a los menores al comer golosinas, ya que si así se hiciera, los hijos se manifiestan con rebeldía, y es factible que disminuyan su alimentación. Es interesante señalar que se comentó que los alimentos chatarra causan daños "a la larga", sin

embargo, debido a que los hijos *no se enfermarían*; es decir, no plantean como cercana la posibilidad de que los menores enfermen por problemas en su nutrición. Con una frecuencia baja, las entrevistadas establecieron una cierta relación entre el alimentarse con "chatarra" y el padecer de parásitos (o "*gusanos*" como ellas les llamaron) en el sistema digestivo. Al respecto Vera (1996) menciona que la percepción de riesgo, esta considerada como variable subyacente; y que las madres de niños con bajo peso y talla hacen uso de alimentos "chatarra" como consecuencias a conductas adecuadas. También en este tipo de niños y niñas, se observa que a mayor percepción de riesgo por parte de la madre, menor diversidad de fuentes de energía brindan en los alimentos; aunque las madres perciben a la dieta monótona como un riesgo, solo pueden utilizar las fuentes de energía a su alcance. Además congruente con la percepción de riesgo, la diversidad en el consumo de frituras disminuye a medida que la madre percibe a su niño como más vulnerable a problemas de nutrición. Contrariamente las madres que tienen hijos con alto peso y talla, perciben a sus hijos como menos vulnerables o poco susceptibles de problemas nutricionales, por lo que llegan a dar con gran frecuencia frituras.

Ahora bien, la mitad de la muestra manifestó acciones precisas que realizan para evitar algún daño (aunque es dudosa su aplicación), tales como, darles de comer en la boca a los hijos, independientemente de la edad que tengan, darles tacos durante todo el día (aunque sea de *comida sencilla*), llevarlos con el pediatra para que controle la dieta, comprarles productos "*comnutrition*", que sirven para "*limpiar el estómago y que les dé más apetito*", cuidar que no se introduzcan cosas u objetos en la boca, sobre todo cuando gatean...

"Aunque se les tenga que amarrar en una silla o traerlos cargando".

Además comentaron que no les dan a los hijos refrescos, en su lugar preparan agua de "*fruta*", con "*rescaída o tanga*", ya que son de fácil preparación y no requieren azúcar (que son polvos saborizantes del agua).

En general, no se observa que las mujeres perciban claramente los daños que pudiera causarles a sus hijos la ingestión de golosinas y alimentos chatarra; sin embargo, de alguna forma plantean acciones "preventivas" relacionadas con la nutrición, aunque como ya se señaló, algunas de ellas no son adecuadas y por lo tanto, difícilmente efectivas.

Por otro lado, se estableció la integración entre las prácticas de crianza de las madres y el estado nutricional de los hijos, particularizándolas a partir de la etapa de alimentación y del diagnóstico nutricional encontrado. Se inicia retomando la información de la etapa de los lactantes menores, posteriormente a los lactantes mayores y finalmente a los preescolares menores.

6.2.3 RELACIÓN ENTRE LAS PRÁCTICAS DE CRIANZA EN LA ALIMENTACIÓN Y EL ESTADO NUTRICIONAL DE ACUERDO A LAS DIFERENTES ETAPAS EN LAS QUE SE UBICAN LOS NIÑOS Y NIÑAS

Este apartado se aborda describiendo las prácticas de crianza y alimentación comunes (tanto favorables como desfavorables) que tienen las madres de acuerdo a la evaluación nutricional de los hijos, enmarcando estas a partir del análisis general de los datos socio-demográficos de las entrevistadas. La información se presenta de acuerdo a cada una de las etapas de alimentación, iniciando con los lactantes menores.

6.2.3.1 LACTANTES MENORES

Como se observa en el cuadro 13, de todos los hijos de las mujeres incluidas en la muestra, solo un menor, de 2 meses de edad, se ubica en la etapa de lactantes menores. Con relación a su estado nutricional se encontró que este niño presenta problemas en su nutrición, reflejados en peso y talla bajos, lo que indica un diagnóstico de peso para la edad igual a desnutrición en grado II, y talla para la edad diagnosticada como pequeñez. Ahora bien, el estado nutricional de la madre de acuerdo al IMC es de diagnóstico normal, aunque en la evaluación dietética, se presenta un porcentaje de adecuación calórica baja (como se recordará se integran a este grupo los alimentos que proporcionan la energía para tener fuerza y poder desarrollar las actividades diarias), no así respecto al consumo de proteínas que se acerca a las adecuaciones normales (este grupo de alimentos facilita la formación o reposición de tejidos, como los músculos, piel, sangre, pelo, huesos, permitiendo además el desarrollo y crecimiento adecuados, también ayuda a combatir las infecciones).

Respecto a los datos sociodemográficos, el padre tiene 26 años de edad, estudió la primaria y se dedica a la albañilería. La madre tiene 25 años de edad, no estudió y además de dedicarse al hogar, es planchadora de ropa maquilada. Tiene dos hermanas mayores de 6 y 7 años de edad, que cursan la primaria. Esta familia no es derechohabiente de alguna institución de salud. No cuentan con la Cartilla de Vacunación del niño, ya que se "extravió", señalando la madre la falta de "algunas" vacunas; en el discurso la mujer no manifestó dar una solución inmediata a este hecho, ya que argumentó la falta tiempo para asistir al Centro de Salud a reponer dicho documento, esta justificación estaba relacionada con el "*quehacer de la casa*" (se observa que no hay estimación de riesgo respecto a la salud del niño, en este hecho). La vivienda que habitan es propia y está en construcción, dentro del mismo terreno viven 4 familias más, incluyendo a los suegros. El agua la almacenan en pileta, ya que sólo la abastece el gobierno municipal cada tercer día.

Respecto a los hábitos y costumbres de higiene, todos, incluyendo al menor se bañan cada tercer día, y durante las entrevistas se observó limpieza en la ropa.

Cuando el niño se enferma lo atiende la madre, aunque, dado que ha padecido de la garganta, han acudido con el médico particular para su atención.

Por otro lado, con relación a la alimentación se manifestó que este menor no fue amamantado (aún a pesar de que nació en una institución de salud, en donde se debió apoyar a la mujer para resolver la problemática que presentaba, ya que carecía de un pezón adecuado para el amamantamiento). Al realizar el análisis de las prácticas de crianza de la madre, se observaron diversidad de éstas consideradas como desfavorables, involucrando información errónea, además de creencias distorsionadas respecto a la alimentación; a continuación se enlistan lo manifestado:

-La informante señala que dejó de producir leche debido a que "*hizo un coraje*". Además manifiesta la creencia errónea respecto a que el tamaño de sus senos es pequeño, por lo que la cantidad de leche que producía era escasa; por esta misma razón, los pezones se agrietaban ante la succión del bebé, lo que era muy molesto.

-Sin orientación sobre el tipo de leche que debe ingerir el niño, dado que no lo amamanta, inicia la lactancia artificial con leche en polvo de la marca "NAN" y posteriormente usa la leche "NIDO", cabe resaltar que la leche NIDO es una leche no modificada que es utilizada con los niños preescolares menores, por lo que el uso de esta leche en el pequeño de dos meses de edad pudiera desencadenar reacciones alérgicas.

-Durante el poco tiempo que amamantó a su hijo (aproximadamente 15 días), ella no comía nopales, frijoles y chile debido a que la "*empachaban*", tanto a ella como al menor.

Para la cura del empacho, acude a una mujer que *"cure"* y además *"da una masaja"*, para ella y el bebé (principalmente contiene aceite de oliva).

-Abordando la salud del menor, la mujer señala que el bebé ha padecido de empacho, *"cuando se empacha"* y *"cambiamientos"*; la atención terapéutica a estas enfermedades es brindada por una curandera. Cabe destacar que dentro de los principales síntomas con los que se manifiestan estas enfermedades se encuentran los problemas de diarrea y falta de apetito (ver anexo 4 en donde se describen las enfermedades tradicionales referidas por las informantes). Cabe destacar que la caída de mollera está relacionada con un proceso de deshidratación, resultado de diarrea aguda, por lo que se debe reponer el agua perdida; sin embargo, esta mujer señala que después de que la curandera atiende a su hijo, no debe darle agua hasta el siguiente día después de la curación, lo que denota una práctica dañina que pudiera afectara seriamente la salud del menor.

-Al indagar sobre el cómo realizará el proceso de ablactación del menor, la informante refiere que al igual como lo hizo con sus hijas mayores, la iniciará a la edad de 3 o 4 meses de edad del niño, entre algunos de los alimentos que introducirá en la dieta, está la carne de pollo molida con caldo de frijoles, y el atole de "maicena". A los 6 meses de edad lo integrará a la dieta familiar, lo único que cambiará será la presentación de los alimentos de molido a machacado y las frutas rayadas. Como puede observarse, las prácticas aquí mencionadas están en desacuerdo con el esquema de ablactación recomendado, y ya discutido anteriormente cuando se abordaron las prácticas de la totalidad de las mujeres respecto a la ablactación.

-Respecto a la edad en la que retirará el biberón, señala a los 4 años. Hizo referencia a que a las hijas mayores les quitó el biberón a esa edad (cabe destacar que el uso del biberón hasta edades tardías está contraindicado, ya que desde el punto de vista odontológico se pueden causar daños en las piezas dentarias). Ante la renuencia de ellas a dejar el biberón, puso limón en los chupones.

-Dado que el manejo actual de la alimentación de las hijas mayores plantea la posibilidad de observar a futuro las prácticas que reproducirá esta mujer con el hijo menor, se retomó toda la información posible en ese sentido. Se hicieron señalamientos respecto a dificultades muy precisas en la alimentación de las hijas mayores, comentando que son extremadamente selectivas en la comida, solo se alimentan de sopa con salchichas (lo que refleja una dieta poco variada y desequilibrada), al ingerir alguna fruta solo comen la mitad. Como medidas de control para que se alimenten *"les pega para que coman"*, planteando acciones extremas, cuando inclusive les da de comer directamente en la boca. También señala que ingieren constantemente golosinas y que el padre apoya este hecho, lo que trae como consecuencia problemas entre ellos.

-Respecto a la posibilidad de que los hijos corran riesgos relacionados con la salud, señala que:

"Prefiero darles a mis hijos cosas que no les hagan daño, que estén bien, porque si no me va a salir más caro, pagar este... hospital, pagar medicamento"

-Con relación a la evaluación dietética se observó que las comidas que prepara esta mujer solo cumplen con el requisito de ser higiénicas, no cumpliendo con las características de suficiente, equilibrada, variada y completa.

Como puede observarse, los cuidados en la salud de los hijos están en función del cuidado de la economía familiar y no en relación con la salud por sí misma.

Se puede afirmar que esta mujer no manifiesta prácticas de crianza saludables respecto a la alimentación de los hijos. De manera general, es factible que se esté presentando una relación estrecha entre el estado nutricional bajo, con desnutrición tipo II, de este niño y la gran cantidad de prácticas de crianza en la alimentación desfavorables que la madre aplica, haciéndose notorias las variables subyacentes (denominadas así en el modelo de

Vera, 1996) como son la falta de conocimientos y/o conocimientos erróneos, que involucran creencias desfavorables respecto a la alimentación de los hijos y cuidados de la salud en general; sin menoscabar también la carencia de estudios formales de esta mujer. Además se observa, respecto al manejo de las hijas mayores, la aplicación de técnicas de control durante la alimentación que no logran su cometido. Hay falta de apoyo por parte de la pareja, que como una forma de reparar su ausencia en el hogar (la madre señala que es muy poco el tiempo que convive el padre con la familia, debido a la ocupación que desempeña) da alimentos chatarra, además éstos se utilizan como reforzadores de comportamientos indeseables, relacionados con la alimentación.

A continuación se aborda la etapa de los lactantes mayores.

6.2.3.2 LACTANTES MAYORES

Ahora bien, con respecto a los niños y niñas lactantes mayores, se observa en el cuadro 13, que específicamente representan el 23 (3) de la muestra; el 67% (2) de ellos son mujeres y el otro 33% corresponde a un hombre; el 67% (2) tiene 6 meses de edad y el 33% (1) es de 7 meses; con relación al estado nutricional, el 67% (2) no presentan problemas; en cambio, el 33% (1) tiene peso para la edad ligeramente bajo y la talla para la edad baja, lo que implica un diagnóstico de desnutrición Tipo I y pequeñez.

Respecto a la evaluación nutricional de las madres, se observó que de acuerdo al IMC, solo una de ellas se diagnosticó con sobrepeso (33%), las otras mujeres tuvieron un diagnóstico de normalidad (67%). Aunque al obtener el porcentaje de adecuación de la dieta, específicamente en las madres de los menores que no presentan problemas en la nutrición, se encontró en la recomendación calórica, que una de ellas es inadecuada, la otra es adecuada; así mismo, en la adecuación protéica una es normal y la otra sobrepasa las recomendaciones casi al doble. En cambio, los datos de la madre de la menor que presenta problemas en la nutrición, aunque tiene un IMC normal, sus adecuaciones a las recomendaciones manifiestan una baja ingesta tanto calórica, como protéica.

Como puede notarse, para este análisis se están agrupando a los menores de acuerdo a su estado nutricional, en primer lugar se analiza la información de los que no presentan problemas, y posteriormente se describe lo relativo a la niña que sí tiene problemas nutricionales.

Los menores (un niño y una niña) que no padecen problemas en su nutrición, presentan los siguientes datos socio-demográficos y familiares.

Los padres tienen en promedio 24 años de edad, ambos desempeñan oficios, uno es comerciante ambulante y el otro es albañil, no terminaron de estudiar la primaria. Respecto a las madres, una tiene 18 años y la otra 25 años de edad, las dos terminaron los estudios del nivel de primaria; además de dedicarse al hogar, una maquila y la otra plancha ropa maquilada. Con relación a la presencia de hermanos, se encontró que el niño tiene dos hermanos mayores de 2 y 5 años de edad, que aún no asisten a la escuela. La otra niña no tiene hermanos. Ambas familias no cuentan con servicio médico de derechohabencia. Con relación a la vivienda que habitan, en el caso de la primera niña, solo tienen un cuarto que les prestan; en cambio la familia del niño tiene vivienda propia y consiste en tres cuartos con un baño.

Respecto a los hábitos de higiene, de manera general, la mujer más joven y su hija se observan limpias, se bañan cada tercer día dado que es cuando cuentan con el servicio de agua. La otra mujer se observa limpia, aunque no así los hijos, que se ven descuidados y sucios, también se bañan cada tercer día, por la razón antes citada.

En cuestión de cuidados de la salud, las Cartillas de Vacunación de los menores presentan cuadros acordes a las edades. Cuando los niños se enferman, las madres los atienden, aunque cuando no pueden ellas resolver el problema, regularmente acuden con la curandera o sobadora, con muy baja frecuencia asisten al Centro de Salud para

solicitar consulta. Cabe destacar que ambos menores nacieron dentro de instituciones del Sector Salud.

Pasando al rubro de las prácticas de crianza y alimentación, el análisis de éstas, parte de la descripción de las prácticas comunes y las prácticas diferentes de las mujeres que tienen hijos sin problemas en la nutrición. Dentro de estas prácticas se encontraron las siguientes:

-Ambas madres están amamantando a sus hijos, aunque una de ellas está realizando el destete.

- Ambas han iniciado también la ablactación, señalando que actualmente los menores ingieren frutas cocidas molidas (pera y manzana) en papilla y plátano rayado; además de verduras como las espinacas y ejotes cocidos y molidos. Prácticas que se consideran adecuadas de acuerdo a las normas.

-Plantean una práctica adecuada, al señalar que al año de edad integrarán a sus hijos a la dieta familiar, haciendo referencia a que brindarán paulatinamente los alimentos, en pequeñas cantidades.

-Una de ellas señala el no forzar a los hijos a comer, ya que esto es contraproducente.

-Ambas han establecido horarios precisos para alimentar a los hijos.

-Ninguna de ellas percibe riesgos en la nutrición de los hijos, ya que manifiestan que *“tienen hijos sanos”*.

Respecto a prácticas desfavorables, se observó lo siguiente:

-Cabe destacar que la mujer más joven denotó un gran desconocimiento respecto a los cuidados que debe llevar a cabo con la hija; no así la otra mujer, que habló más de su experiencia como madre, específicamente en lo que respecta a la alimentación de los hijos mayores.

-En ambos casos los menores no son revisados por el médico, dado que las mujeres señalan que en el Centro de Salud no se brinda una buena atención.

-Ambas mujeres comentan que sus hijos han padecido de caída de mollera, llevándolos a tratar con una curandera; como parte del tratamiento los menores deben pasar por lo menos un día sin ingerir agua; sin embargo, como ya se ha señalado, esta enfermedad se relaciona con problemas de deshidratación, y de acuerdo al tratamiento que las madres aplican, están realizando una medida contraindicada.

- Cabe señalar, que la evaluación nutricional del niño presenta un diagnóstico de normalidad es engañoso; ya que específicamente en su madre se encontraron diversidad de prácticas relacionadas con la alimentación, pero además de cuidados en general, que indican una serie de deficiencias. Las que a continuación se describen:

-La informante señala que los hijos mayores solo se alimentan con sopa de *“espagueti”* combinada con salchichas (esto es lo que les gusta), por lo que prepara con gran frecuencia esta comida, además de ser lo único que regularmente ingieren [en esta práctica dietética, se observa la carencia de ingestión de alimentos de los tres grupos, además de desequilibrio y carencia en la variación, tal como lo recomienda la SSA y la OPS (2000)]. Señala que solo guisa *“realmente”* cuando su esposo se encuentra presente durante la comida, ya que el esposo sale durante varios meses a vender cobijas al interior de la República, por lo que cuando él está en casa *“le exige”* un guisado *“en forma”*; así mismo, cuando él llega, trae consigo dinero que les permite comprar más alimentos.

-Por otro lado, esta mujer, manifiesta que ha iniciado el destete del menor, integrando a su dieta la leche NIDO; esta acción fue una decisión propia de la madre, sin consultar la opinión del especialista.

-El destete del menor no se justifica por razones nutricionales, sino más bien se realiza por los problemas de salud que la mujer presenta, tales como, *“agotamiento y debilidad”*; también

refiere que ha adelgazado considerablemente, por lo que *ya se le ha bajado el peso* (aunque en la evaluación nutricional, ella obtuvo el diagnóstico de sobrepeso, además en la adecuación proteica de los alimentos se encontró un porcentaje que casi alcanza el doble del porcentaje señalado por la norma). Cabe destacar que durante las entrevistas la mujer siempre estuvo planchando, además ella manifestó estar constantemente desvelada, ya que se dedica la mayor parte del día y de la noche a planchar. Dado que la situación aquí referida por esta mujer, es vivida por la mayoría de las mujeres de la muestra, es importante detenerse a realizar una reflexión necesaria sobre el trabajo y la lactancia materna. Al respecto Salas (1995) señala que la condición de la mujer asalariada le establece una rutina de trabajo que la involucra simultáneamente en las esferas de la producción y la reproducción. La mujer asalariada es una mujer que labora doblemente; no sólo respecto a la cantidad de trabajo invertido, sino también a la doble disponibilidad fisiológica, mental y social. "Las dos jornadas de trabajo no solo se suman aritméticamente sino que se acumulan geoméricamente, si se considera el desgaste y el envejecimiento" (p. 108). Con respecto a la combinación de la lactancia y el trabajo asalariado, se observa la necesidad de la mujer de poner juntas dos dimensiones de la vida, que deben permanecer separadas; ya que al realizar una doble jornada desde el ámbito de lo doméstico, se dificulta e impide la lactancia materna en lo referido a exclusividad y duración, ya que para que la lactancia resulte exitosa, la mujer necesita apoyo, información y sobre todo disponibilidad para adaptar sus horarios a los del menor. La mujer necesita apoyo ya que para asegurar la producción láctea es necesario que en el momento de amamantar esté concentrada y en el mejor estado de ánimo posible, pues está comprobado que las alteraciones en el estado de ánimo disminuyen la producción láctea (Ferrández de Lee, 1998).

-Además con la finalidad de llevar a cabo rápidamente el destete, se unta algunas sustancias en los senos, con la intención de hacerlo aversivo para el niño, asimismo, plantea que retira por "unos días" al menor, dejándolo con algún familiar. Como ya se señaló esta práctica resulta dañina principalmente en la esfera emocional del menor, dada la agresividad con la que se inicia, además de ser abrupta.

-También durante las visitas para la realización de las entrevistas, se observó una nula atención hacia el menor, sobre todo respecto a estimularlo, ya que la mayor parte del tiempo permanecía acostado en una hamaca, totalmente envuelto en cobijas y si lloraba le acercaba el biberón a la boca, dejando que el se alimentara solo. La hamaca podía ser movida desde el lugar desde donde la señora planchaba a través de un listón que tenía amarrado, cuando el niño lloraba ella solo movía la hamaca, difícilmente se acercaba, ni siquiera le hablaba.

-El tipo de trabajo que desempeña la mujer dentro de su hogar, es un factor de riesgo tanto para su salud, como para la de sus hijos, ya que ella dedica la mayor parte del tiempo a su oficio; ella misma refiere que de esta manera se *va perdiendo el tiempo en cosas como el refrigerador, la estufa y la televisión*; sin embargo, no manifiesta conciencia respecto a la falta de cuidados hacia los hijos.

-Esta mujer no estima riesgos en la nutrición de los menores; aunque de acuerdo a todo lo señalado, es muy factible la posibilidad de presentar riesgos para el desarrollo y crecimiento óptimos, dada la falta de cuidados maternos.

De manera general, se puede concluir que la mujer más joven presenta prácticas favorables en la alimentación, que se reflejan en el estado nutricional, tanto de ella como de su hija, es factible que la falta de información que ella señala, sobre el manejo de la menor, la supla llevando a cabo comportamientos "intuitivos" que finalmente son adecuados. En cambio la otra informante, si bien tiene un hijo lactante mayor sin problemas en la nutrición; lleva a cabo una serie de prácticas desfavorables, tales como, la manifestación de creencias erróneas y falta de conocimientos que se reflejan en

Además habló de ventajas instrumentales:

*"Para uno es bien comido, ya no está uno calentando biberones.
ni nada de eso, ya se chiste se un toman calentita.
ya está su calentador allí. ya nada más nos lo prevenimos en el frasco y ya"*

-La lactancia materna la alarga hasta el año y medio de edad de los hijos (así lo hizo con los hijos mayores) refiriendo que el destete lo realiza cuando:

*"Ya comían ellos bien, más que nada ellos ya comenzaban
a pedir la comida ellos solos y ya caminaban más y me mordían"*

Como puede observarse las razones que argumenta para el destete no tienen relación alguna con el estado nutricional de los menores.

En cambio con la hija menor que tiene 7 meses de edad, está iniciando el destete, la forma en la que lo realiza es untándose lodo, ajeno, sábila y chile en los senos, con la finalidad de que a la hija "le de miedo" acercarse al pecho.

-La razón del destete "temprano" de la menor está relacionada con problemas en la salud de la madre (adelgazamiento) y no con razones nutricionales de la niña. Además manifiesta la siguiente información (en donde establece la relación inversa entre el número de hijos y la producción de leche):

*"También puede ser que se me este secando la leche, como a todos mis hijos
les di más de un año y dicen que se les debe dar 6 meses, a lo mejor por
eso se me acabó la leche y para mi gorda ya no alcanzo, porque al primero
si le troco mucha"*

- A los 6 meses de edad, introdujo a la dieta de la menor, la leche del DIF, señalando que se debe "acostumbrar el estómago a la leche corriente", de lo contrario ya no le "caerían" otras leches.

-A la leche DIF le agrega "mucho azúcar", para que la pequeña "no sienta la diferencia" con la leche materna. La "recaja" con agua para que "les alcance la leche que les dan" (cabe destacar que la leche DIF no "se la dan", ya que la mujer paga por ella, aunque la venden a menor precio, por el subsidio que existe para este tipo de leche).

-Inicia la ablactación a los 3 meses de edad, con frutas y verduras, un mes después integra a la dieta el hígado de pollo o res machacado, caldo de pollo con pedazos de tortilla, sopa de pasta; en general los integra a la dieta familiar a los 4 meses, lo único que cambia es la cantidad y consistencia de los alimentos, de machacado a picado.

-Cada miembro de la familia come en diferentes horarios, esto se debe a que "comen cuando tienen hambre".

-Como forma de control en la alimentación, la entrevistada refiere que golpea y amenaza a los hijos para que coman.

-La comida es guisada con gran cantidad de chile, ya que señala la creencia de que:

*"El chile mata las lombrices, por eso a las lombrices
no les gusta el chile y por eso mis hijos no tienen"*

-En la evaluación de la dieta se pudo establecer que las comidas no reúnen los requisitos de ser completas, equilibradas higiénicas, suficientes y variadas.

-La madre percibe que sus hijos pudieran estar en riesgo de padecer algún problema en su alimentación ya que *no saben comer*.

De manera general se observa que esta mujer presenta una alta frecuencia de prácticas desfavorables, todas ellas relacionadas con una falta de conocimientos respecto a la alimentación adecuada. Cobra gran relevancia la frecuencia alta de creencias y costumbres relacionadas con la alimentación que ponen en riesgo la salud en general de los hijos, sobre todo en la atención hacia las enfermedades. Además, se realizan acciones riesgosas tanto para la salud de la madre, como para la de los menores relacionadas con procesos como el destete. Con relación a la dieta, esta es desequilibrada, antihigiénica, no suficiente, y poco variada. Aunado a esto se encuentra la poca preparación de la mujer, además de la ausencia del padre ya que trabaja fuera del Estado. Para concluir, de acuerdo al modelo de Vera, las variables subyacentes, tales como la falta de conocimientos, la frecuencia de conductas inadecuadas, variables intermedias como la carencia de control de parte de la madre durante la ingesta de alimentos, además de las variables próximas, como son los problemas en los hábitos y la dieta en general, se ven reflejados en el bajo peso y talla de la menor.

En el próximo apartado en donde se describe a los preescolares menores se ahondará más en la información brindada por esta mujer, ya que también se integró a este análisis la evaluación de otro de sus hijos.

6.2.3.3 PREESCOLARES MENORES

Al igual que en las dos etapas anteriores en esta sección los datos se agrupan de acuerdo al estado nutricional de los menores; así, retomando la información contenida en el cuadro 13, se observa que el 69% (9) de los menores de la muestra se integran a la etapa de los preescolares menores, estos niños tienen un promedio de edad de 31 meses, el 78% (7) son hombres y el 22% (2) son mujeres; con relación a la evaluación nutricional, específicamente en el dato de peso para la edad; el 56% (5) de los menores presentan un diagnóstico de normalidad, en cambio el 44% (4) tienen problemas en su estado nutricional, en la mayoría de los casos por falta de peso. Respecto a la información de talla para la edad, el 44% de los niños son normales, pero también el 44% presentan problemas en este indicador, y solo el 11% (1) es ligeramente alto. Por otro lado, respecto a toda la información aquí descrita, se presentan los datos de ocho mujeres, y una de ellas tiene a dos de sus hijos en esta etapa. Ahora bien, respecto a la evaluación nutricional, solo el 37% (3) obtuvieron un IMC diagnosticado como normal, en cambio el 62% (5) de las madres presentan problemas nutricionales (de sobrepeso, obesidad y un valor bajo); así mismo, con relación a los datos dietéticos de adecuación a las recomendaciones, específicamente en la calórico el 75% (6) de ellas presentan porcentajes medianos y bajos, el otro 25% (2) presenta porcentajes adecuados, la misma tendencia se manifiesta en la adecuación protéica, en donde solo una de las mujeres (12%) se acerca al 100% de adecuación y otra (12%) sobrepasa ese porcentaje.

Específicamente respecto a los datos socio-demográficos de los menores de acuerdo a su estado nutricional, se observa que los niños que presentan un diagnóstico de normalidad (55.60%), tienen padres con un promedio de 27 años y 4 meses de edad, dentro de un intervalo que abarca de los 20 a los 38 años; con relación al nivel de escolaridad dos de los padres terminaron la secundaria, también dos estudiaron la primaria y uno estudió la primaria pero no la terminó. Con relación a la ocupación, todos desempeñan un oficio, dos son comerciantes, uno es maquilador de ropa, uno es repartidor de productos y uno es campesino. Por otro lado, las madres tienen en promedio 27 años de edad, dentro de un intervalo que abarca de los 18 a los 36 años; respecto a la escolaridad dos cursaron la secundaria y la terminaron, y tres con primaria completa. La ocupación principal de ellas es el hogar, aunque una también plancha ropa maquilada. Cada una de estas

parejas tienen en promedio un hijo. Ahora bien, las edades de los hijos se encuentran en el intervalo de los 6 meses hasta los 19 años. Respecto a la derechohabencia se encontró que solo una de las familias cuenta con este servicio adscrito al IMSS. Las cinco familias tienen vivienda propia, que consiste principalmente de dos cuartos con un baño.

Por otro lado, en lo que a cuidados de la salud se refiere, se encontró que todos los menores tienen los cuadros de vacunación completos, además al indagar sobre la atención a las enfermedades se observó que acuden al médico del Centro de Salud o del IMSS en su caso, pero además se apoyan en la terapéutica tradicional, aunque no con mucha frecuencia. Solo el menor que es derechohabiente del IMSS recibe atención preventiva bajo el programa de "Control del Niño Sano".

Ahora bien, una vez descritas las características de los **preescolares menores con diagnóstico de normalidad** (56% [6]) en el estado nutricional, a continuación se analizan las prácticas de crianza tanto favorables, como desfavorables para la alimentación, que las madres manifestaron:

- La mayoría de las madres, a excepción de una amamantaron a sus hijos.
- Las mujeres que amamantaron a sus hijos señalaron que durante los primeros tres meses de edad de los menores, no había horarios prescritos en la alimentación, esta se presentaba acorde a las demandas de los niños.
- El destete lo realizaron aproximadamente al año de edad.
- El uso de otras leches diferentes a la materna, se inició aproximadamente a los 6 meses de edad de los menores, bajo la supervisión médica. La mujer que no amamantó a su hijo recibió la orientación médica para la introducción de sucedáneos de la leche materna.
- Además utilizaron por muy poco tiempo el biberón, ya que manifiestan haber utilizado principalmente el vaso entrenador.
- La mayoría de las informantes iniciaron la ablactación entre los 4 y 6 meses de edad, introduciendo por primera vez frutas cocidas con consistencia de papilla y paulatinamente fueron integrando más frutas y verduras.
- Al año de edad de los menores iniciaron el proceso de integración a la dieta familiar, siendo este paulatino, introduciendo los alimentos alergénicos, tales como huevo y pescado hasta después del año de edad.
- Aproximadamente al año y medio de edad los menores ya se alimentaban por ellos mismos, bajo la supervisión de las madres.
- Respecto a las formas de control durante las comidas, se observó que la mayoría realiza acciones adecuadas, no golpean y no amenazan.
- La mayoría de las informantes muestran flexibilidad en cuanto a la ingestión de los alimentos, no forzando a los menores a comer cuando no lo desean, aunque manifiestan algunas estrategias aceptables para que los menores coman, por ejemplo, en lugar de dar tres alimentos al día, les dan cinco en pequeñas cantidades.
- En el discurso de estas madres de familia, se observa con gran frecuencia el uso de términos tales como: "vitaminas, proteínas, hierro, calcio, etc.", lo que de alguna forma denota un cierto conocimiento respecto a los nutrimentos favorables para el organismo (aunque en su evaluación de la ingesta calórica y protéica esto no se hace notorio).
- Las madres en su mayoría, no perciben riesgos en el estado nutricional de los menores, ya que señalan que estos son sanos.
- Cabe destacar que de manera general, la mayoría de las madres manifestaron prácticas relacionadas con información adecuada, apoyada en algunos casos con la orientación del personal del sector salud.

Para abordar las prácticas desfavorables que presentaron las madres de estos niños, primeramente se hablará de las que se encontraron en común entre ellas, y posteriormente, se describirá un caso que por sus características vale la pena hacer un análisis aparte.

-La mayoría de estas mujeres durante la etapa de la lactancia menor de sus hijos, además de brindar a leche materna, también integraban a la dieta agua simple o té de manzanilla principalmente.

-La mayoría de las informantes señaló que durante la ablactación, introdujeron alimentos en pedazos o trozos.

-Durante la salida de los dientes no hubo cambios en la forma de presentación de los alimentos.

- Manifestaron que los hijos ingieren golosinas y alimentos chatarra, aunque señalaron que ellas no los compran, si permiten que los familiares se los den.

Ahora bien respecto al caso especial, anteriormente citado es el de la madre de familia que ya antes había sido descrita, en cuanto a las prácticas respecto a uno de los hijos que es lactante mayor, y que a pesar tener el niño datos de normalidad en la evaluación nutricional, la mujer realiza una serie de prácticas que ponen en riesgo el estado nutricional de sus hijos, en este sentido es importante complementar la información ya dada, señalando que al igual que con su pequeño hijo, en este niño se observa aún más el descuido, ya que durante las entrevistas tres veces por lo menos sufrió de golpes y caídas accidentales, ante las cuales no había respuesta por parte de la madre.

A manera de conclusión en esta sección, se observa que las prácticas de crianza de las madres con hijos que presentan un diagnóstico de normalidad en su estado nutricional, muestran en sus discursos un nivel de información adecuado respecto a la alimentación de los hijos, manifiestan tener cierto conocimiento sobre diferentes grupos de alimentos y su relación con los beneficios en la salud de los hijos. De manera general, tienen un control adecuado sobre la forma en la que se alimentan los hijos, las dietas que brindan a los hijos cumplen con los requisitos de ser higiénicas, suficientes e intentan hacerla completa, aunque presentan fallas respecto al equilibrio y la variación. Se puede afirmar que si existe una estrecha relación entre la presencia de prácticas en su mayoría favorables para la alimentación de los hijos y el estado nutricional de normalidad que presentan.

Por otro lado, respecto a los **preescolares menores que presentan problemas en su estado nutricional** (44% [4]), y que son tres por bajo peso y talla, y uno por sobrepeso y talla baja; se encontró lo siguiente:

Dos de los menores que se integran en este apartado son hermanos, por lo que los datos de la familia son los mismos. Ahora bien, los padres de los niños de esta etapa, tienen en promedio 35 años de edad, dentro del intervalo de 33 a 38 años; respecto a su ocupación dos de ellos desempeñan un oficio, y otro es empleado en una Secretaría de Gobierno. Respecto al nivel de escolaridad, se encontró que dos de los padres son analfabetas y uno cuenta con el nivel de secundaria. Las madres tienen en promedio 31 años de edad, dentro del intervalo de los 28 a los 34 años, en el nivel de escolaridad se encontró que dos de ellas estudiaron la primaria pero no la terminaron, y una tiene el nivel de secundaria; respecto a la ocupación las tres se dedican al hogar, pero además dos de ellas lavan y planchan ropa ajena. Estas parejas tienen en promedio 5 hijos que se ubican entre las edades de los 7 meses a los 15 años, la mayoría de estos niños estudian la primaria. Con relación a los datos de derechohabencia se encontró que solo una de las familias está afiliada al ISSSTE (aunque con muy baja frecuencia asisten a este servicio), las otras dos familias no cuentan con éste. Respecto a la vivienda que habitan, en dos de los casos son propias, en uno la vivienda es prestada; y solo cuentan con dos cuartos. Al observar las costumbres de higiene, se observaron problemas en dos de las familias, ya que en su aspecto general se veían sucios y desaliñados, además las casa tenían basura tirada en los pisos, lo mismo había sobre la mesa en donde se alimentaba y también sobre la estufa. Con relación a los cuidados de la salud en las dos familias que no son derechohabientes se encontraron cuadros de vacunación incompletos para los niños, en cambio el niño

afiliado al ISSSTE si contaba con su esquema de vacunación completo; al abordar la atención a las enfermedades, las tres madres se auto-señalaron como las principales personas que dan tratamiento a los hijos, además cuando se trata de enfermedades de tipo tradicional acuden con la sobadora o curandera, cabe destacar que una de estas mujeres es ubicada en la comunidad como curandera. Como dato relevante, dos de las informantes señalan que la mayoría de sus hijos han nacido en la casa, la atención al parto ha sido brindada por las suegras (coincidentalmente son las mujeres de la muestra que más hijos tienen).

Pasando a lo que son las prácticas de crianza de estas mujeres, en primer lugar se describen las prácticas comunes y posteriormente se realizan algunas precisiones, en cuanto a las diferencias que se encontraron.

- Entre estas mujeres se encontró sólo una práctica favorable en común, y es el que amamantaron a sus hijos, por lo menos hasta el año de edad. En cambio se manifestaron una serie de prácticas que se definen como desfavorables para la salud nutricional de los menores, y son las que a continuación se comentan:

-Las dos mujeres que refirieron que los hijos han nacido en casa, señalaron dar a los recién nacidos un té (que ellas también ingieren después del parto) que combina una serie de hierbas.

"Tomamos el té de cremano, anís estrella, comino, epazote de zorrillo, pasa ciruela chica y pasa ciruela grande, canela y manzanilla. Lo lleva mi suegra y no lo da a los dos, a mí por cólicos y al niño para que amacice su estomaguito".

-Respecto a la atención a las enfermedades de los hijos, las tres mujeres la brindan, además acuden también con curanderas y/o sobadoras; esto se relaciona con el hecho de que los menores padecen con gran frecuencia de *"empacho y caaja de moliera"*.

-Durante la lactancia materna ellas no tiene cuidados especiales con relación a su propia alimentación.

-Respecto a la lactancia materna, se observaron una serie de comportamientos de riesgo relacionados con este proceso. Por ejemplo, en los tres casos los niños solo probaron una leche diferente a la materna hasta después de que los destetaron, cabe destacar el hecho de que la madre del menor con sobrepeso, destetó a su hijo hasta la edad de 2 años, cuatro meses.

-Al indagar sobre los factores por los que destetan a los hijos, se detectó que ninguna de ellas considera aspectos relacionados con el estado nutricional, más bien, señalaron al embarazo y a los problemas de salud que ellas padecían (*"adelgazamiento y anemia"*).

-Para llevar a cabo el destete, separan físicamente de ellas a sus hijos, *"por unos días"* además de ponerse sustancias en los senos (esto lo refirió la misma señora que fue descrita anteriormente, que tiene una hija lactante mayor que también presenta problemas de bajo peso y talla).

-Realizan el proceso de ablactación entre los 3 y los 6 meses de edad de los menores, pero a partir del siguiente mes lo integran a la dieta familiar con *"probadas"* de todo lo que comen los adultos.

-Los menores no tienen un horario para alimentarse, ya que las madres les dan de comer solo *"cuando ellos lo piden"*.

-Algunas de las prácticas que se comentaron y que no fueron comunes entre este grupo de mujeres fueron las siguientes:

-La madre del menor con sobrepeso señaló que lo amamantó hasta los dos años, cuatro meses de edad, la principal razón por la que le quito el seno se debió a que *"una vecina le dijo que ese niño le estaba chupando la sangre y que la iba a dejar anémica"*, situación que le infundió

temor, de otra forma ella refiere que hubiera amamantado al menor hasta los tres años o cuando el "ya no lo quisiera". Respecto a la ablactación ella la inició a los 6 meses de edad del niño, introduciendo en la dieta pedazos de hígado, carne de pollo deshebrada y tortilla, al siguiente mes ya lo integró a la dieta familiar. Una de las principales problemáticas en la alimentación de su niño, y que la señora señala como tal, es la relacionada con la falta de control de su parte en la ingestión de alimentos, ya que el niño es el que decide que come, cuando come y en donde come, de otra manera *"naace terrucne"*: este mismo comportamiento lo presenta ante otras situaciones, por ejemplo si van a algún centro comercial le tiene que comprar todas las golosinas que él desee solo de esa forma *"se tranquiliza"*. En los distintos momentos de ingestión de los alimentos, la informante señala que ella le da al menor de comer en la boca, él aún no sabe (o no quiere) tomar la cuchara, ni el vaso; regularmente *"le ruega para que coma"*, inclusive llega al *"chantaje"*, ya que le da dulces solo si come. Al respecto Saucedo (1966) observó que los niños que desarrollaban obesidad precoz, pertenecían a familias en donde por lo menos uno de los padres era obeso, y cuyas preocupaciones y ansiedades se centraban en la comida. Además el ambiente familiar que generaban, manifestaba que ellos mismos promovían, modelaban y reforzaban las conductas alimentarias que favorecían la ingesta calórica excesiva y la actividad física sedentaria.

-Respecto a las dos madres de los otros **tres menores que presentan problemas de bajo peso y talla** hay particularidades muy comunes entre las madres; por ejemplo, Ambas tienen un gran número de hijos, 5 y 7 por cada una de ellas, la mayoría de sus hijos han nacido en sus propias casas, recibiendo atención para el parto apoyadas por las suegras, ambas describen detalladamente todo el ritual que siguen para dar a luz a sus hijos, desde la preparación del espacio, materiales, preparación de *"tes"* para beber tanto el recién nacido como ellas, así mismo, la atención durante el posparto y el puerperio. Las dos mujeres también manifiestan un gran nivel de conocimientos respecto a la medicina tradicional del lugar en el que nacieron (ya que sus madres y abuelas les enseñaron), describen detalladamente a las enfermedades y tratamientos tradicionales relacionadas con trastornos en la alimentación de los menores (*"mal de ojo, empacho, chipilés, entre otras, ver anexo "4"*) y además brindan ellas mismas la atención a este tipo de padecimientos, no sólo a sus hijos. Respecto a la lactancia materna, ellas destetan a sus hijos por causas relacionadas con el embarazo. Cuando integran a la dieta de los menores otra leche diferente a la materna, dan la leche DIF, por *"ser corriente para que su estomaguito se acostumbre"*. Además, para que alcance la leche, la diluyen con agua y hacen atoles de *"maicena"*. Cabe señalar que la mujer que tiene dos hijos en esta etapa, señala que sólo cada 8 días los menores ingieren leche, ya que es cuando les *"traca que les den leche del DIF"*, al preguntársele el porqué de este hecho, ella señaló que:

"A los niños no les gusta la leche, y no me gusta forzarlos a que coman lo que no les gusta porque luego se asedan".

-Ambas inician la ablactación aproximadamente a los 4 meses de edad de los niños, aunque inician con frutas, en menos de un mes dan un gran salto e integran a los hijos a la dieta familiar; respecto a la presentación de los alimentos, pasan del machacado al picado y después ya dan en pequeños trozos el alimento y no dan papillas.

-También las dos informantes señalaron una especie de altibajos respecto al peso de sus hijos, a lo que una de ellas comentó:

También las dos informantes señalaron una especie de altibajos respecto al peso de sus hijos, a lo que una de ellas comentó:

*"No me preocupa que mi hijo esté gordo, sino que va se
que cuando sea grande se va a ir a estudiar"*

Los hijos de estas mujeres no tienen horarios establecidos para alimentarse, ya que ellos comen cuando lo desean.

-Para controlar a los menores durante las comidas ellas los golpean.

Como puede observarse, de manera general, se encuentran con una alta frecuencia coincidencias respecto a las prácticas que llevan a cabo en la alimentación de los hijos, cabe destacar que todas las prácticas conjuntan una falta de información, además de creencias y costumbres muy arraigadas, que definitivamente no favorecen el estado de salud nutricional de los menores.

Como una forma de resumir lo señalado respecto a la etapa preescolar, se observa que durante esta etapa ya se manifiestan por parte de los menores, patrones establecidos del comportamiento del comer. Las comidas que son placenteras y satisfactorias crean una actitud positiva. Cuando las madres se ponen ansiosas, se irritan o se enojan por la demora, la suciedad o por lo que se tira al auto-alimentarse, o porque la renuencia a comer termina en berrinches o regaños, por lo que la comida se vuelve una situación desagradable. La impaciencia de parte de las madres ante estos comportamientos ocasiona que se le alimente en la boca, lo que interrumpe la secuencia de progreso en el desarrollo al no dejar que se adquiera esta habilidad en el momento apropiado. También se observa de cierta forma, que los menores aprenden que el alimento es una arma que pueden usar contra sus madres. El rechazo del alimento atrae la atención deseada. También se observa en los menores, que con el comportamiento durante las comidas en ocasiones trata de probar los límites permitidos por las madres. Ahora bien, cuando las madres fuerzan a sus hijos a comer, intentan hacer lo mejor, aunque también de cierta forma manifiestan dominio sobre ellos. Los alimentos que se usan como recompensa o castigo son las golosinas, las cuales se vuelven más deseables que otros alimentos. Respecto a las mujeres que tienen hijos con problemas en la nutrición se observa que manifiestan cierta flexibilidad, además complacen las preferencias de los alimentos, dejan que sus niños coman alimentos o golosinas a cualquier hora del día, además no se preocupan porque coman poco. Por el contrario, las madres con hijos sin problemas nutricionales, tienen un patrón más establecido de alimentación, con menor frecuencia usan los alimentos como recompensa o castigo.

Para finalizar es importante destacar que el primer apartado de este análisis permite afirmar que las variables sociodemográficas (edad, estado civil, escolaridad, ocupación, ingreso y derechohabencia) no influyen directamente en las prácticas de crianza respecto a la alimentación de los menores, aunque se encontraron algunas diferencias respecto a la edad y la escolaridad entre las mujeres. Aunque cabe analizar por separado el dato correspondiente al número de hijos, ya que se encontró que las mujeres que tienen el mayor número de hijos presentan prácticas desfavorables, además de que estas se relacionan con estados nutricionales deficientes. Lo mismo sucede con las mujeres que manifestaron creencias erróneas respecto a la alimentación, relacionadas también con problemas en la nutrición. De acuerdo a esto, lo planteado en el modelo de Vera (1996) se confirma, ya que los factores subyacentes, en este caso las prácticas que incluyen creencias, conocimientos, costumbres y significados, afectan a las variables próximas, que tienen relación con los comportamientos relacionados con la alimentación, tales como los hábitos y la diversidad en la dieta, reflejándose estos en las variaciones respecto a la evaluación del estado nutricional de los hijos de cero a cuatro años de edad.

CAPÍTULO 7

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

De manera general, se puede afirmar que se cumplió con el objetivo planteado en este estudio, esto es, establecer la relación entre las prácticas de crianza en la alimentación y el estado nutricional de los hijos e hijas de cero a cuatro años de edad, de un grupo de mujeres nacidas en una zona rural del estado de Hidalgo.

Ahora bien, se considera indispensable iniciar este capítulo puntualizando algunos aspectos importantes para enmarcar la discusión de los resultados:

-Este estudio privilegió el espacio doméstico por ser uno de los sitios principales en donde interactúan las mujeres y sus hijos; además por ser ahí en donde las vivencias y experiencias son construidas.

-De ahí que parte de lo que en este reporte se presenta se centra en las prácticas que las mujeres han construido socialmente en torno a la alimentación de los hijos, diferenciadas por sus etapas.

-La relevancia de esto al abordar como parte de las prácticas de crianza, a las creencias, costumbres, significados y conocimientos respecto a la alimentación, implicó el abordaje de aspectos subjetivos, que pudieron ser reconocidos únicamente mediante el diálogo con las mujeres; de otra forma, dadas las características socio-culturales de este grupo de informantes, difícilmente se hubiera podido tener un acercamiento a dichas prácticas.

En lo referente a las características de las mujeres, aunque se encontraron algunas diferencias respecto a la edad y la escolaridad, estos factores no incidieron directamente respecto a la manifestación de prácticas favorables o desfavorables por parte de las informantes. La variable número de hijos, se relacionó con prácticas desfavorables, encontrándose que las mujeres que tienen más hijos, manifestaron más prácticas desfavorables que incluían una frecuencia alta de información erróneas para la alimentación de los menores, esto coincidió con estados nutricionales relacionados con desnutrición. Respecto a la variable derechohabencia, o asistencia a los servicios de salud, no se encontró una relación positiva con las prácticas de crianza, ya que la mayoría de las mujeres tienen una opinión negativa respecto a la calidad del servicio médico que brindan dichas instituciones, en donde destaca el ambiente "médico estéril", tal como lo señaló Salas (1995).

Con relación al trabajo que realizan dentro de su hogar, en donde la mayoría de las mujeres de la muestra desempeñan labores de maquila, planchado y lavado, se observa que esta ocupación es un factor de riesgo tanto para su salud, como para la de los hijos, ya que sumado al trabajo doméstico, el desgaste físico-psicológico es notorio. Al respecto Salas, (1995) señala que el trabajo dentro del hogar y la lactancia materna son incompatibles, inclusive señala que la "doble jornada quita la vida" (p.108). Así mismo, estas mujeres se observan segregadas tanto dentro, como fuera del trabajo extradoméstico. El tipo de trabajo que desempeñan estas mujeres dentro de su hogar, les impide estar en igualdad de condiciones en el acceso al trabajo remunerado, reforzando la situación de desventaja social en los mercados de trabajo. Como refieren Anker y Hein, (1986) y Oliveira y Ariza (1999) el desempeño laboral en espacios tipificados como "femeninos" refuerza los rasgos de domesticidad y subordinación, y los estereotipos socioculturales que contribuyen a la desvalorización.

Por otro lado, al analizar los datos antropométricos de talla y peso de los menores se observa una tendencia a desmejorar conforme avanza la edad, esto es semejante a lo señalado por Chávez y Martínez (1982) que señalan que en las comunidades rurales

Pobres se presentan cuatro periodos de crecimiento, en donde en el primer trimestre de vida incrementan el peso y hasta recuperan parte de la desnutrición con la que nacen; entre los tres y los ocho meses el crecimiento se desacelera y el estado físico se deteriora; de los ocho a los trece meses se adaptan manteniendo un incremento en el peso; y de los trece a los veinticuatro meses no aumentan de peso y es factible que presenten signos y síntomas de desnutrición.

Al abordar las etapas de alimentación, entre los datos más relevantes arrojados por este estudio, se observó que respecto a la lactancia materna, la mayoría de las mujeres entrevistadas cuentan con información básica sobre las ventajas de amamantar a los hijos e hijas, específicamente definieron a la leche materna como protectora de infecciones y que tiene propiedades nutricionales; así mismo, señalaron ventajas instrumentales como el ahorro en la economía familiar; cabe resaltar que la Liga Internacional de la Leche (1980) refiere que el ahorro será real, siempre y cuando se asegure que la madre tenga una dieta balanceada. De acuerdo a esto y con relación al estado nutricional de las mujeres, que reflejó que la mayoría de ellas presentaba problemas, se puede afirmar que la lactancia materna, favorece que no se incrementen los gastos con la llegada de un nuevo miembro a la familia, sin embargo, cobra su costo al deteriorarse la salud de las mujeres, ya que son muy altas las cantidades de nutrientes que requieren las madres durante la lactancia.

En el caso de las mujeres que no amamantaron a su hijos e hijas, fueron diversas las razones por las cuales no llevaron a cabo esta tarea, entre las principales se encuentra la carencia de un pezón adecuado para amamantar; lo cual denotó la falta de apoyo de los "expertos" para resolver este problema, específicamente del personal del sector salud, que con prepotencia y carencia de empatía, cuestionan a las mujeres, señalándolas culpables de las enfermedades que padecen los hijos; pareciera que lo planteado por el programa "Hospital amigo del niño y de la madre" (Asociación Mexicana de Pediatría), específicamente respecto al apoyo, orientación y enseñanzas que deben brindar a las madres para favorecer la lactancia materna, solo se queda en el papel; al respecto Salas (1995) habla del ambiente médico "estéril de afecto" que provoca en las mujeres el "síndrome de inseguridad" que de manera general podría identificarse en la lactancia como el temor anticipado de las madres sobre su capacidad de disponer de leche suficiente y de buena calidad para alimentar a su hijos recién nacidos (p. 106). Hablando de mujeres "culpables" se hace notorio el comentario de las informantes acerca de las incomodidades que conlleva el amamantamiento, tales como las sensaciones desagradables relacionadas con "vergüenza" ante este hecho; sin duda alguna, tal afirmación se contrapone, como señala Salas (1995), al patrón "natural" que define a la mujer como encargada de alimentar a los hijos, con comida y amor, como sujeto "nutriente", y que la sociedad refuerza y también sanciona cuando este patrón se contraviene.

Al hablar de la lactancia se manifestaron creencias relacionadas con la polaridad "frío-caliente", específicamente al establecer la relación entre la producción de leche materna y los alimentos ingeridos por la madre, señalando a los nopales, las calabazas, la sandía, entre otros como alimentos fríos; esta misma creencia la encontraron Cifuentes y Mondragón (1988) con mujeres de la sierra norte del estado de Puebla, quienes comentaban no alimentarse con comidas frías porque se "empachaban" (y por lo tanto también el menor); así mismo, Pérez-Gil et. al (1999) encontraron que mujeres habitantes de Malinaco, Estado de México y de Chichicastepec, Oaxaca cuidan su alimentación al amamantar a los hijos, sobre todo evitando los alimentos fríos. Esta creencia tiene su referente según López (1982) en la visión que tenían los nahuas respecto a la polaridad frío-caliente, que involucraba al cosmos entero, en donde la calidad fría proviene del agua, mientras que la calidad caliente se relaciona con el sol, con la energía generada dentro de las plantas y los animales. Las frutas jugosas son consideradas frías (p. e. la

naranja, la sandía, el melón, etc.), mientras que los alimentos que producen una sensación quemante son calientes, por ejemplo el chile, la cebolla, la carne roja, etc.

Por otro lado, en la etapa de los lactantes mayores, el proceso denominado ablactación (que es la etapa en la que se introducen a la dieta de los menores diferentes tipos de alimentos además de la leche materna); reflejó que las madres siguen una lógica intuitiva al llevar a cabo tal proceso, aquí no toman en cuenta aspectos nutricionales, de los menores, pareciera que realizan este acto porque "así tiene que ser", pudiera ser que el único criterio que las guía es la edad de los hijos e hijas, regularmente llevan a cabo la ablactación entre los tres y cuatro meses, dato que está acorde con las normas que plantea la Academia Mexicana de Pediatría (1980) al respecto; sin embargo, si bien inician este proceso de manera correcta (por lo menos respecto a la edad), posteriormente incluyen en la dieta gran diversidad de alimentos, introduciéndolos de forma abrupta, sin importar los daños que pudieran causar a la salud del menor (ya que desconocen este aspecto); además no consideran importante la forma de presentación de los alimentos (machacados, papillas, picados, etc.) pasando por alto los mecanismos de alimentación relacionados con la maduración del sistema nervioso (Lartigue, Maldonado y Ávila, 1998). Además introducen en la dieta del menor alimentos comerciales, utilizándolos principalmente como consecuencias ante el "comer bien", lo que ocasiona un inadecuado manejo del comportamiento alimentario de los hijos e hijas. Específicamente respecto al uso de alimentos comerciales Salas (1995) refiere que la industria de los alimentos convoca a las mujeres a participar de sus productos; si bien esta publicidad está dirigida a ciertos sectores de la población –los de mayores ingresos económicos–, también cumple la función social de crear en todos los sectores sociales una necesidad que antes no tenían, un intento de parecerse a aquellos que tienen más, de conseguir a través del consumo el estatus del que carecen.

La misma situación se observa al realizar el "destete", que consiste en la suspensión de la alimentación al seno materno; ya que su realización no se relaciona con factores nutricionales de los niños y niñas, sino más bien con problemas de salud de la madre; específicamente se cree que los menores le "chupan la sangre a la madre", por lo que se genera anemia; así mismo, dentro de las razones para destetar se señaló al embarazo de la mujer; haciendo énfasis en la situación que vive el menor cuando la madre se embaraza aún estando amamantándolo; aquí se habló de la "chipilés" que es una entidad nosológica de tipo tradicional, en donde el menor se torna quejumbroso y lora bastante, se pone triste, puede padecer de falta de apetito, e inclusive de diarrea; Chávez y Martínez (1982) refieren que al "niño chipil" se le atribuye que presiente la llegada del nuevo hermano y esto lo enferma de celos. Estos investigadores señalan que lo que en realidad sucede es que ante la disminución de secreción láctea, debido a los cambios hormonales del embarazo, las fluctuaciones en el carácter del menor se deben a la falta de alimentación.

En el destete también se abordaron las estrategias que se utilizan para quitar el seno materno a los menores, en este rubro las informantes describieron una serie de medidas agresivas tanto para ella, como para el menor, relacionadas con untarse en los senos algunas sustancias de sabor amargo o picante, e inclusive lodo; así mismo, plantean la separación física entre la madre y el hijo o hija, pasando por alto el vínculo afectivo madre-hijo que estuvo favorecido mientras el menor lactaba.

Respecto a los preescolares menores, el dato más relevante se relaciona con la carencia de un manejo adecuado de los hijos al alimentarse, en donde se describen medidas que van desde la extrema flexibilidad hasta la rigidez total, que incluye los golpes y amenazas; situaciones que según las mujeres llegan a ser contraproducentes, ya que los niños y niñas se manifiestan con rebeldía, además de que comen menos o dejan de alimentarse adecuadamente. En esta etapa es notoria la participación activa de los menores en la selección de sus alimentos, eligiendo con gran frecuencia los alimentos dulces.

Finalmente, es importante destacar la nula participación de los padres de familia en la alimentación de los hijos; al respecto Chávez y Martínez (1982) señalan que en las culturas rurales (y probablemente en todas) los padres participan poco en el cuidado y la atención de los menores, ya que la consideran como una obligación exclusiva de mujeres; de otra forma perderían masculinidad.

Por otro lado, abordando específicamente lo relacionado a las prácticas de crianza en la alimentación y el estado nutricional de los menores, se plantea lo siguiente respecto a los **menores con problemas en su estado nutricional** (presentan bajo peso y talla):

- 1) Una alta frecuencia de prácticas desfavorables por parte de las madres, relacionándose esta situación con dietas inadecuadas; es decir incompletas, desequilibradas, en algunos casos antihigiénicas, insuficientes y poco variadas (aunque hay que considerar que la posibilidad de brindar una dieta variada, de cierta forma se relaciona con un cierto costo económico que difícilmente podrían solventar estas familias).
- 2) Así mismo, las madres de estos menores, en su mayoría no estiman riesgos (cerca del tiempo) respecto a problemas en la nutrición de sus hijos; además permiten la ingestión de alimentos "chatarra" y los utilizan como reforzadores de comportamientos (inclusive en algunas situaciones dichos comportamientos son contrarios al sano desarrollo nutricional de los menores). Aunque cuando ellas perciben al hijo en riesgo de padecer problemas relacionados con su nutrición, es más cuidadosa en su alimentación.
- 3) Se observó que las madres de estos menores son demasiado flexibles respecto a la alimentación de los hijos, como ejemplo de esto se encuentra el no establecimiento de un horario para alimentarse, así mismo, la determinación por parte de los menores de la cantidad y tipo de alimento que quieren ingerir, incluyendo a los alimentos chatarra.
- 4) Las madres con hijos con bajo peso y talla, presentan una alta frecuencia de creencias erróneas relacionadas con la alimentación de los hijos, éstas corresponden principalmente con las primeras dos etapas de la alimentación: lactantes menores y lactantes mayores. En la etapa de los preescolares menores, las prácticas desfavorables se relacionan más con el control de la madre durante el comportamiento alimentario de los menores.
- 5) Las prácticas que refieren las madres respecto a procesos específicos de la alimentación, por ejemplo en la ablactación, muestran desconocimiento respecto a la forma correcta de realizarla, introducen abruptamente y de manera precoz en la dieta del menor alimentos sólidos. Hechos semejantes se observan durante el destete.
- 6) En resumen, se puede afirmar que las prácticas desfavorables para la alimentación se relacionan directamente con estados nutricionales problemáticos en los menores.

Respecto a los **niños y niñas que no presentan problemas en sus estados nutricionales**, se encontró lo siguiente:

- 1) En la alimentación se observan dietas, hasta donde es posible, completas, equilibradas, higiénicas, suficientes y en algunos casos variadas. En el discurso de las madres de estos menores se manifiesta el tener información correcta respecto a los alimentos, tipos de alimentos e inclusive nutrimentos.
- 2) La mayoría de las prácticas respecto a la alimentación están acordes con las recomendaciones que hace la Asociación Mexicana de Pediatría y el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán" (instituciones que definen las normas de alimentación para niños mexicanos).
- 3) En sus discursos manifiestan con baja frecuencia información errónea respecto a la alimentación de los hijos.

- 4) Cuando tienen que definir algunas situaciones trascendentes respecto a la alimentación de los menores, por ejemplo, la introducción de una leche diferente a la materna, regularmente se apoyan en el médico.

Una práctica común en ambos grupos de mujeres, las que tienen hijos e hijas con problemas, y las que tienen hijos e hijas sin problemas, es el hecho de que definen enfermedades tradicionales relacionadas con trastornos en la alimentación, en donde la terapéutica brindada la dan principalmente ellas, además de que acuden frecuentemente con sobadoras y curanderas.

Al remitirse exclusivamente a los significados respecto a diferentes eventos relacionados con la alimentación, se encontraron definiciones precisas, que conjugan conocimientos y creencias, respecto a la lactancia en general, ablactación, destete, enfermedades tradicionales relacionadas con la alimentación, concepto de nutrición-desnutrición entre otros; los cuales denotan, la construcción de conceptos estructurados principalmente a partir del conocimiento empírico, conjugados con conceptos heredados de generaciones pasadas; en donde el papel que juega la suegra como consejera, en algunos casos es determinante. Al respecto Pérez-Gil et. al. (1999) señalan que hablar sobre el tema de la alimentación es un atributo de género.

Cabe hacer hincapié en que el cuidado y la alimentación de los hijos es una situación exclusiva de las mujeres (al respecto Bustos, 1997, refiere que en México, al igual que en la mayoría de los países del mundo, la responsabilidad de la crianza de los niños y niñas recae en la madre, con las implicaciones que ello conlleva) en donde de manera aislada participan los hombres, estando la mayoría de las veces ajenos a la crianza; sin embargo, los padres usan los alimentos como elementos para compensar sus ausencias, además como forma de control de los hijos, aunque la mayoría de las veces refuerza comportamientos indeseables para la alimentación.

Es importante destacar que los resultados aportados por esta investigación, no pretenden de ninguna forma "psicologizar" el estudio de las prácticas de crianza relacionadas con la alimentación y su relación con el estado nutricional de los hijos de cuatro años y menores, ya que no se menosprecian las consecuencias de una situación sociodemográfica deficiente del individuo, sumada a los factores biológicos y ambientales; sin embargo, el estudio de comunidades sin pobreza extrema, en donde se presenta la desnutrición en grado I y grado II, la influencia menor de las variables sociodemográficas como explicativas del estado nutricional de los niños y niñas, por lo que se le tienen que dar mayor peso a las variables relacionadas con las prácticas de crianza, tales como las creencias, significados, costumbres e información con la que cuentan los padres. Para explicar los resultados encontrados se utilizó principalmente el Modelo de Vera (1996) propuesto para el cuidado del niño de comunidades sin pobreza extrema; además se retomaron los conceptos propuestos por Bronfenbrenner (1979) en términos de los subsistemas que define como micro, exo, meso y macro. En este caso se estudió el micro-ambiente de las mujeres y sus hijos, en donde se consideraron a las variables relacionadas con los hábitos y costumbres de higiene, y a los hábitos y costumbres relacionados con el proceso salud-enfermedad, así mismo se evaluó la dieta; todas estas son referidas como variables próximas. El exosistema y el mesosistema fueron definidos por las variables intermedias y subyacentes en donde se consideraron a todos los elementos que se incluyen en las prácticas de crianza.

Ahora bien, a partir de lo encontrado, se requiere reflexionar acerca de acciones relacionadas con programas de intervención que resulten benéficos para la salud de los menores, especialmente en lo que a su estado nutricional se refiere:

- 1) En primer lugar deberá considerarse la aplicación de investigaciones semejantes en otras comunidades sin pobreza extrema dentro del estado de Hidalgo, con el objeto de plantear su generalidad.
- 2) Los resultados pueden ser retomados en la incorporación de políticas, planificación y organización de los servicios. Cabe resaltar que al respecto, en el estado de Hidalgo, a partir del mes de agosto del 2000 ha empezado a funcionar el Consejo Estatal de Alimentación, que tiene como objetivo general mejorar el nivel de salud y calidad de vida de la población hidalguense a través de acciones coordinadas de educación, salud, producción de alimentos y asistencia alimentaria. Este Consejo está conformado por cinco Comités: de investigación, de atención integral, de producción alimentaria, de distribución y provisión alimentaria y de difusión, en donde participan instancias, tanto institucionales, como no institucionales, incluyendo Organizaciones No Gubernamentales. El trabajo que realiza dicho Comité en el Estado pudiera verse enriquecido con los resultados aportados por este estudio, ya que de retomarse, permitiría aplicar los Programas que se proponen, de manera realista, considerando las prácticas de crianza de las mujeres, lo que sin duda alguna, permitirá un acercamiento más real a este tipo de población (Secretaría de Salud, 2000).
- 3) Por otro lado, es importante destacar que desde la perspectiva metodológica que se utilizó en este estudio, los estudios transversales sólo permiten una primera aproximación al problema planteado; la información generada, permitió tener una visión global respecto a la relación entre las prácticas de crianza y el estado nutricional de los menores, hijos e hijas de un grupo de mujeres, ubicadas dentro de su propio contexto socio-cultural. Las entrevistas abiertas con las mujeres proporcionaron un mayor acercamiento al problema planteado, y por consiguiente una mejor explicación psicosocial de las categorías temáticas generales que se estudiaron en esta investigación.
- 4) El tercer aspecto se refiere a la relevancia que tiene la contextualización social de las mujeres en los estudios de corte empírico, como el presente. Con los resultados obtenidos no se pretende hacer generalizaciones más bien se busca enmarcar a las mujeres-madres en su propio ámbito rural, con el objeto de que la información sea referida exclusivamente a ellas. La investigación no resultó fácil ya que la bibliografía revisada relativa a la alimentación de los hijos e hijas, en la mayoría de los casos corresponde a otros grupos sociales e inclusive a otras disciplinas diferentes a la psicología, no a un contexto de mujeres rurales, ni mucho menos con una visión de psicológica relacionada a la salud alimentaria.
- 5) Aquí cabe señalar que la escasez bibliográfica derivada de investigaciones empíricas bajo el tema de psicología, nutrición, salud materno-infantil y mujer, es casi nula, por lo que difícilmente se pudieron comparar e interpretar los resultados.

Como puede apreciarse, comprender y explicar la estructura y dinámica de la relación entre la psique de la mujer, la nutrición y la alimentación de los hijos e hijas no parece simple. Se trata de un campo nuevo en el que hay que incursionar. La propuesta de género y el uso de técnicas cualitativas permiten seguir líneas diferentes de investigación, basadas en opciones teóricas-metodológicas también diferentes. Esto es, se requiere avanzar en el estudio de los procesos nutrición-desnutrición desde la perspectiva de la Psicología de la Salud, con el propósito de que los datos derivados de estas investigaciones sirvan para planear intervenciones, acciones o contenidos educativos más cercanos a la realidad.

REFERENCIAS

- Academia Americana de Pediatría (1980). Committee on Nutrition. *The feeding of supplemental foods top infants pediatrics.* Nueva York: Committee on Nutrition.
- Alexander, J. C. (1992). *Las teorías sociológicas desde la segunda guerra mundial.* Madrid: Gedisa.
- Allen, L., Backstrand, S., Chávez, A. y Peltó, G. (1990). *The collaborative research and support proaram on food in take an human function: México Project, Final Report.* Reporte preparado para la agencia internacional de desarrollo. Washington D. C.
- Amuchástegui H., A. (1999). El significado de la virginidad y la iniciación sexual. Un relato de investigación. En I. Szasz y S. Lerner (Comp.) *Para comprender la subjetividad. Investiqaación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad.* (pp. 137-172). México: El Colegio de México.
- Anker, R. Y Hein, C. (1986). *Sex inequalities in urban employment in the third world.* Macmillan Series of ILO Sudies, Tiptree, Essex; SUP Anchor Brendon Ltd.
- Asociación Mexicana de Pediatría (1996). Alimentación del preescolar, escolar y adolescente. *Nutrición.* México: Nueva Editorial Interamericana.
- Beal, V. (1994). *Nutrición en el ciclo de vida.* México: LIMUSA.
- Birch, L. L. (1987). The acquisition of food acceptance patterns in children. En R., Bookes, D., Popplewell, y M., Burton (Eds.). *Eating habits, food physiology and learned behavior.* (pp. 107-130). Chichester: John Wiley and Sons.
- Birch, L. L., Marlin, D. W., Rotter, J. (1984). Eating as the "means" activity in a contingency: effects on young children's food preference. *Child Development, 55,* 431-439.
- Birch, L. L. y Fisher, J. A. (1995). Appetite and eating behavior in children. En G. E., Gaull (eds.). *Pediatric Nutrition. The Pediatric Clinics of North America, 42* (4) , 931-954.
- Blumer, H. (1969). *Symbolic Interactionism. Perspective and method.* Englewood Cliffs, The Viking Press.
- Bourges, H. (1990). Costumbres, prácticas y hábitos alimentarios. *Cuadernos de nutrición, 13*(2), 19.
- Breilh, J. (1991). La salud y la enfermedad como hecho social. En O, Betancourt, J. Breilh, A., Campaña y E. Granada (Eds.). *Reproducción social y salud. La lucha por la vida y la salud en la era de las revoluciones conservadoras.* (pp. 56-72). Colección Fin de Milenio. Serie Medicina Social. México: Universidad de Guadalajara.
- Bronfrenbrenner, U. (1987). *La Ecología de Desarrollo Humano, Cognición y Desarrollo Humano.* España: Piados.

- Bruner, E. Y Turner, V. (1986). *The anthropology of experience*. Urbana, Chicago: University of Illinois Press.
- Bustos R., O. (1997). Género, socialización y familia. En *Memorias del V simposio mexicano de desarrollo humano "Género y pareja"*. México: Universidad Intercontinental.
- Camberos, M., Genesta, M. A. y Huesca, L. (1994). La pobreza en Sonora: los límites de la modernización. *Revisita de estudios sociales*, 5 (9), enero-junio.
- Cardaci, D. (1990). Propuestas en la salud innovadoras: "Women's Therapy Centre". *Fem*, 14 (92).
- Carnegie Task Force on Meeting the Needs of Young Children. (1994). *Starting points: Meeting the needs of our youngest children*. New York: Carnegie Corporation of New York.
- Casillas, L. E. y Vargas, L. A. (1980). Cuadros de peso y talla para adultos mexicanos. *Archivos de Investigación Médica*, 11 (57).
- Castellanos, P. L. (1991). Sistemas nacionales de vigilancia de la situación de salud según condiciones de vida y del impacto de las acciones de salud y bienestar. *Programa de análisis de la situación de salud y sus tendencias*. Organización Panamericana de la Salud. OPS/OMS, mayo.
- Cifuentes, E. y Mondragón, M. (1988). La dieta y la salud en comunidades étnicas de la sierra norte de Puebla. Memoria. *Segundo coloquio de Medicina Tradicional: "Un saber en recuperación"*. México: UNAM. pp. 81-85.
- Comisión Nacional de Lactancia Materna del Ministerio de Salud de Chile (1995). *Lactancia materna, material educativo*. Chile: Ministerio de Salud de Chile.
- Cruz, J. (1990). *Alimentación y cultura. Antropología de la cultura alimentaria*. Pamplona, España: Eunsa.
- Currier, R. L. (1966). The hot-cold syndrome and symbolic balance in Mexican and Spanish-American folk medicine. *Ethnology*, 5 (3), 256.
- Chauliac, M., Masse-Rimbault, A. M. Y D'Agostino, M. (1991). Nutrition education. Children in the tropics. *The international children's center*, 192, 24.
- Chávez, A. (1996). The food and nutrition situation in Mexico. A food consumption on nutritional status and applied programs. *Tendencias report from 1960 to 1990*. Mexico: Pax.
- Chávez, A. y Martínez, C. (1982). *Nutrición y Desarrollo Infantil. Un estudio eco-etológico sobre la problemática del niño campesino en una comunidad rural pobre*. México: Nueva Editorial Interamericana.
- De Tejeda, M., González de Tineo, A. y Porrás de Troncois, R. (1996). Aproximación conductual de madres con niños desnutridos graves. *Archivos venezolanos de puericultura y pediatría*, 59 (1), 44-47.

- Dettwyler. En M. T. J. Saucedo (1996). *Factores de crianza e interacción familiar. Predictores de trastornos alimentarios.* Tesis de Maestría: Facultad de Psicología, UNAM: México.
- Encuesta Nacional de Nutrición (1988). En Secretaría de Salud (1994). Nutrición y Salud. Un menú para la familia. Serie problemas pretransicionales. *Cuadernos de Salud, 5.* México.
- Encuesta Nacional de Salud Materna-Infantil (ENSAMI). En Secretaría de Salud (1994). Nutrición y Salud. Un menú para la familia. Serie problemas pretransicionales. (Eds.), *Cuadernos de Salud, 5.* (pp. 5-7) México.
- Erickson. E. (1953). *Childhood and society.* Estados Unidos de America: Norton Publishers.
- Esquivel. H. R. I., Martínez. C. S. y Martínez. C. J. L. (1998). *Nutrición y Salud.* México: El Manual Moderno. pp. 3-15, 53-61.
- Ferrández de Lee, M. (1998). *Lactancia materna.* México: Mc Graw Hill Interamericana.
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior.* Englewood Cliffs. Prentice Hall Inc.
- Fomon, S. (1976). *Nutrición Infantil.* México: Ed. Interamericana.
- Foncerrada, M. M. (1980). Desarrollo emocional del lactante. En G. R., Ramos (Ed.) *El crecer de nuestros hijos.* (pp.86.86). México: IMSS.
- Fox, R. y Solís C., P. (1997). Parenting of young children by fathers in México the United States. *The Journal of Social Psychology, 137, 4,* 489-495.
- Galler, J. R. (1984). The role of mother-infant interaction in nutritional disorders. *Nutrition and Behavior.* New York: Plenum Press, pp. 269-304.
- Gergen, K. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist, 40,* 266-275.
- Glaser, B. y Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory.* New York: Aldyne de Gruyter.
- Graves, P. L. (1976). Nutrition infant behavior and maternal characteristics: a pilot study in West Bengal, India. *American Journal of Clinical Nutrition, 29,* 305-319.
- Harris, G. (1993). Feeding problems and their treatment. En St. I., James-Roberts, G., Harris y D., Messer (Eds.) *Feeding and sleeping.* (pp. 118-132). Reino Unido: Harvester Wheatsheaf.
- Hernández Rodríguez, M. (1993). *Alimentación Infantil.* España: Díaz de Santos.
- Herrero, R., Rodríguez, I., Durand, J. A., Aguirre, E. y Lozoya, X. (1990). El contexto sociológico de la medicina tradicional en la coyuntura actual. Nematihuani. *Revista de psicología y ciencias sociales, 9.* ENEP Zaragoza. UNAM. pp. 52-59.
- Hoffmann, J. M. (1995). Making space. *Infant Mental Health Journal, 16(1),* 46-51.

- Hoffmann, J. M. y Maldonado-Durán, J. M. (1997). Más allá de la nutrición. En J. M., Saucedo-García y J. M., Maldonado-Durán (Eds.). Psiquiatría. Temas de Pediatría. (1998) [pp. 69-92]. México: Editorial Interamericana-Mc Graw Hill.
- IMSS-COPLAMAR (1988). En C. Zolla . pp. 12, 75. Medicina tradicional y enfermedad. México: Ed. C.I.E.S.S
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (1990). Hidalgo, Resultados definitivos. VII, VIII, IX, X y XI Censos Generales de Población y Vivienda. 1950, 1960, 1970, 1980 y 1990. México: INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (1990). Hidalgo, Resultados definitivos. IX, X y XI Censos Generales de Población y Vivienda. 1970, 1980 y 1990. México: INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (1990). Hidalgo, Resultados definitivos. X y XI Censos Generales de Población y Vivienda. 1980 y 1990. México: INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (1990). Hidalgo, Resultados definitivos. XI Censo General de Población y Vivienda. México: INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (1995). Estados Unidos Mexicanos. Resultados definitivos. Tabulados básicos. Censo de población y vivienda. Hidalgo, México: INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (1997). Cuaderno Estadístico Municipal. Zapotlán de Juárez. Estado de Hidalgo. México: Gobierno del Estado de Hidalgo.
- Instituto Nacional de Nutrición (1988). Segunda Encuesta Nacional de Alimentación. 1979. Publicación L-39. División de la Nutrición. México: INN.
- Instituto Nacional de Nutrición (1993). Elementos prácticos para el diagnóstico de la desnutrición. México: INN.
- Instituto Nacional de Nutrición, Hospital General y la Liga Mexicana de la Leche (1996). En Asociación Mexicana de Pediatría . Alimentación del preescolar, escolar y adolescente (Eds.). Nutrición. (pp. 98-103). México: Nueva Editorial Interamericana.
- Instituto Nacional de la Nutrición e Instituto Nacional de Cancerología (1996). Tablas de valor nutritivo de los alimentos de mayor consumo en Latinoamérica. México: PAX.
- Jelliffe, D. B. (1974). Nutrición infantil en países en desarrollo. México: LIMUSA, pp. 81-93.
- Kvale, S. (1996). Interviews. An introduction to qualitative research interviewing. Thousand Oaks, California: SAGE Publications.
- Lartigue, T., Maldonado, M. y Ávila, H. (1998). La alimentación en la primera infancia y sus efectos en el desarrollo. México: Plaza y Valdés editores.

- Lennon, V. (1980). El arte femenino de amamantar". En Liga Internacional de la Leche (Eds.), *The womanly art of breast-feeding* (p. 10). Texas, United States: Word Books Publisher.
- Le Vine, R. A. (1977). Child rearing as cultural adaptation. En H. P. Leiderman, S. R. Thilkin, y A. Rosenfield (Eds.), *Culture and Infancy: variations in the human experience*. (pp. 15-29). New York: Academic Press.
- Leslie, J., Lycette, M., y Buvinic, M. (1986). *Watering economics crises. The crucial role of women in health*. Washington, D. C.: The International Center for Research on Women.
- Liga Internacional de la Leche (1980) . *The womanly art of breast-feeding*. Texas, United States: Word Books Publisher.
- Lin, H. H. (1995). Absence of infection in breast-fed infants born to hepatitis C virus-infected mothers. *Journal of Pediatric*, **126** (4), 589-591.
- López, A. (1982). *Cuerpo humano e ideología*. Las concepciones de los antiguos nahuas. México: UNAM.
- López C., L. Fernández O., M., Costa D., R., Franco M., J. y Alejandro B., T. (1995). Creencias sobre el consumo de chile y la salud en la ciudad de México. *Salud Pública de México*, **37** (4), 339-343.
- Lowerberg, M. E. (1977). *The development of food patterns in young children*. U. S. A., St. Louis: Mosby.
- Mahan, L. K. y Escott-Stump, S. (1998). Evaluación inicial del estado nutricional. *Nutrición y dietoterapia de Krause*. p. 382.
- Marchand, I. y Morrow, M. H. (1994). Infant feeding practices: understanding the decision-making process. *Family Medicine* **26** (5), 319-324.
- Mc Millan, D. (1996). Sense of community. *Journal of Community Psychology*, **24** (4), pp. 311-442.
- Morales C., F. (1999). *Psicología de la Salud*. Conceptos básicos y proyecciones de trabajo. La Habana, Cuba: Editorial Científico Técnica.
- Myers, R. (1992). *The twelve who survive: strenathening programs of early childhood development in the third world*. New York: Routledge.
- Oakley, A. (1990). Housewife. En S. González Montes (Comp.), *Las mujeres y la salud* (p. 97). México: El Colegio de México.
- Oliveira, O. De (1999). Género, trabajo y exclusión social en México, *Estudios demográficos y urbanos*, **15** (1), 11-33.
- Organización Mundial de la Salud (1991). *Indicators for assessina breast-feeding practices*. Ginebra: WHO.

- Ortiz de Montellano, B. (1997). Medicina, salud y nutrición aztecas. México: Siglo XXI editores. pp. 122-148.
- Ortiz H., G. y Ruiz V., S. (1999). El concepto de maternidad y las expectativas de vida en dos grupos de mujeres. Revista SEFPSI 1 (2), 17-29.
- Osorio, R. S. y Sánchez, M. S. (1996). Estilos de crianza en México: Estudio epidemiológico. Tesis de licenciatura: Facultad de Psicología. UNAM. México. pp. 4-24.
- Pérez-Gil R., S. E., Rueda A., F. y Díez U. S. (1993). Lactancia y cuidado de los hijos: estudio de casos en dos zonas rurales de México. Salud Pública de México, **35** (6), 1-11.
- Pérez-Gil R., S., Díez U., S., Pérez, L., Valdés, S. y Gutiérrez, G. (1999). Embarazo y lactancia: experiencia de dos madres de zonas rurales. Nutrición Clínica, **2** (3), 116-126.
- Pérez Lovelle, R. (1987). La psiquis en la determinación de la salud. La Habana, Cuba: Editorial Científico Técnica.
- Pollit, E. (1991). Effects of diet deficient in iron on the growth and development of preschool and school age children. Food and Nutrition Bulletin, **13**, 110-118.
- Popkin, B. (1980). Time allocation of the mother and child and nutrition. Ecology of food and nutrition, **9**, 1-14.
- Pridham, K. F. (1990). Feeding behavior in 6 to 12 month-old infants: Assessment and sources of parental information. The Journal of Pediatrics, **117**(2), 174-180.
- Ramos de Elourduy, J. (1982). Los insectos como fuente de proteínas en el futuro. México: LIMUSA.
- Ramos G., R. (1985). Alimentación normal en niños y adolescentes. Teoría y Práctica. México: El Manual Moderno. pp. 2, 6, 10, 39, 640, 641.
- Ramos G., R. (1975). Somatometría pediátrica: estudio semilongitudinal en niños de la ciudad de México. Archivos de Investigación Médica del IMSS, **6** (1), p. 83.
- Rivera y cols. En Secretaría de Salud (1994). Nutrición y Salud (Eds.). Un menú para la familia. Serie problemas pretransicionales. (pp. 39-78). Cuadernos de Salud, **5**. México.
- Rodríguez, M. J. (1995). Promoción de la salud y prevención de la enfermedad: estilos de vida y salud. Psicología social de la salud. Madrid: Síntesis, pp. 33-51.
- Rosentock, I. M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. Health Education Monographs, **2**, 354-386.
- Rudolph, C. D. (1994). Feeding disorders in infants and children. The Journal of Pediatrics, **125**, 116-124.
- Salas, M. (1995). Lactancia materna y trabajo asalariado: ¿irreconciliables?. En S. González Montes (Comp.). Las mujeres y la salud (pp. 93-127). México: El Colegio de México.

- Saucedo, M. T. J. (1996). Factores de crianza e interacción familiar. Predictores de trastornos alimentarios. Tesis de Maestría: Facultad de Psicología, UNAM: México. pp. 29, 31-35.
- Secretaría de Salud (1994a). La mortalidad en México. Registro, Estructura y Tendencias. Serie: Información en Salud. Cuadernos de Salud, 1, México.
- Secretaría de Salud (1994b). Nutrición y Salud. Un menú para la familia. Serie problemas pretransicionales. Cuadernos de Salud, 5.
- Secretaría de Salud (2000). Consejo Estatal de Alimentación. Hidalgo: SSA.
- Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (1999). Encuesta Nacional de Nutrición, 1999. México.
- Secretaría de Salud y Organización Panamericana de la Salud (2000). Manual cómo mejorar en la escuela la alimentación de niños y niñas. México: SSA.
- Serra, M. L., Aranceta, B. J., y Mataix, V. J. (1995). Nutrición y Salud Pública. Métodos, bases científicas y aplicaciones. Barcelona, España: Ed. Masson S. A.
- Sistema Interagencial de las Naciones Unidas (1999). Perfil estadístico de la población mexicana: una aproximación a las inequidades socio-económicas, regionales y de género. México: INEGI.
- Skuse, D. (1993). Identification and management of problem eaters. Archives of disease in childhood, 69, 604-608.
- Solís C., P. y Fox, R. (1996). Parenting practices and expectations among mexican mothers with young children. The Journal of Genetic Psychology, 157 (4), 456-476.
- Super, C. y Harkness, S. (1987). The development niche: a conceptualization at the interface of child and culture. International Journal of Behavioral Development, 9, 1-25.
- Tovar V, L. F. (2000). La situación alimentaria como expresión sociocultural: el caso de las comunidades indígenas.
<http://www.ciencias.gov.co/seida/congreso/Ponen16/TOVAR.htm>
- UNICEF (1996). Towards a comprehensive strategy for the development of the young child: An inter-agency policy review. New York: UNICEF House.
- Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (2001). Millones de mexicanos atienden su salud con la medicina tradicional: Carlos Zolla.
<http://www.ujat.mx/noticias/690/catedra.shtml>
- Valenzuela, R. H., Luengas, J. y Marquets, L (1993). Manual de Pediatría. México: Interamericana.
- Vargas, L. A. y Casillas, L. E. (1992). Curso taller introductorio sobre Indicadores Antropométricos para evaluar el estado de nutrición de los adultos. Memorias VII Reunión Anual AMMFEN. México.

- Vega F., L. (1997). Alimentación y nutrición en la infancia. México: Méndez Editores. p. 29.
- Vera, N., J. A. (1996). Evaluación de un modelo descriptivo de Atención Primaria a la Salud y desarrollo infantil en zonas rurales. Tesis de doctorado: Facultad de Psicología, UNAM, México. pp. 10-23, 63, 69-76.
- Vera, N., J. A., Domínguez, I. S. E., y Esquivel, J. I. (1994). Diseño y evaluación de una estrategia educativa para formar promotoras en el cuidado de infecciones respiratorias agudas. Psicología y Salud, 4. Nueva Época. Julio- diciembre.
- Villagrán V., G. y Vera N., J. A. (1996). Life quality perception and its satisfaction in mother form three rural communities in México. En J. A., Vera Noriega. Evaluación de un modelo descriptivo de Atención Primaria a la Salud y desarrollo infantil en zonas rurales (Eds.), Facultad de Psicología, UNAM, Tesis de doctorado.
- Winikoff, B. Y Laukaran, V. H. (1989). Breast-feeding and bottle-feeding controversies in the developing world: Evidence from a study in four countries. En S., Pérez-Gil Romo, A. F., Rueda y U. C., Díez. Revista Salud Pública de México, 35 (6), 1-10.
- Yellis, M. B. (1995). Human breast milk and facilitation of gastrointestinal development and maturation. Gastroenterology Nursey, 18 (11), 11-15.
- Zeittin, M. y Mansour, M. (1985). Desviación positiva en nutrición. Revista de Nutrición y Desarrollo, 5, 23-29.
- Zolla, C. (1988). Medicina tradicional y enfermedad. México: Ed. C.I.E.S.S. pp. 12, 75.
- Zolla, C. y Mellado, V. (1995). La función de la medicina doméstica en el medio rural mexicano. En S. González Montes (comp.). Las mujeres y la salud. México: El Colegio de México. Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, pp. 71-92.

ANEXO '1'

**"DATOS RELEVANTES DEL MUNICIPIO DE
ZAPOTLÁN, EDO. DE HGO."**

En este Anexo se integran algunos datos relevantes que permiten ubicar al municipio de Zapotlán de Juárez, Hgo., en donde se ubica la localidad de Acayuca.

Cuadro 14. Agricultura y vegetación.

CONCEPTO	NOMBRE	UTILIDAD
Agricultura (65.55% de la superficie municipal)	maiz	comestible
	haba	comestible
	maguey pulquero	comestible
Pastizal (13.38% de la superficie municipal)	zacatón	forraje
	zacate tres barbas	forraje
Matorral (10.11% de la superficie municipal)	nopal	recolección de frutos
	palma	fibra
	garambullo	recolección de frutos
Otro (10.96% de la superficie municipal)		

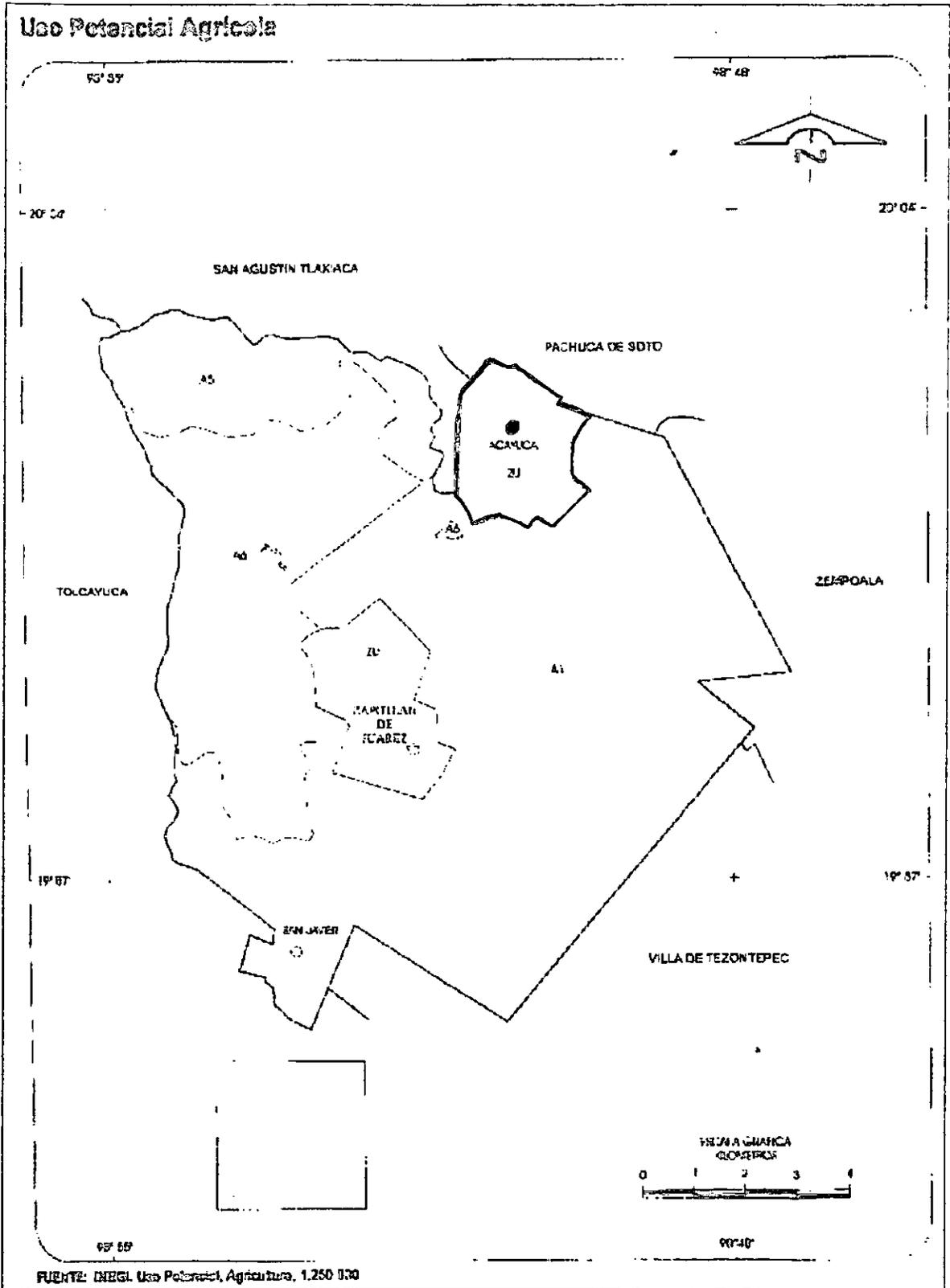
Fuente: INEGI: Carta de uso del suelo y vegetación. Cuaderno Estadístico Municipal. Zapotlán de Juárez, Hgo., 1997.

Cuadro 15. Uso potencial agrícola.

CONCEPTO	CLASE O SUBCLASE	% SUPERFICIE
USO AGRICOLA	Mecanizada continua	58.75
	Manual estacional	21.05
	No aptas para la agricultura	20.20
USO PECUARIO	Para el desarrollo de praderas cultivadas	58.75
	Para el aprovechamiento de la vegetación diferente al pastizal	21.05
	No aptas para uso pecuario	20.20

Fuente: INEGI: Uso potencial agricultura, ganadería. Cuaderno Estadístico Municipal. Zapotlán de Juárez, Hgo., 1997.

Mapa 1. Carta geográfica del Municipio de Zapotlán.



Respecto al **ESTADO DE LA POBLACIÓN de Zapotlán** es el siguiente:

Cuadro 16. Población Total por Sexo según las Principales Localidades (al 5 de noviembre de 1995, INEGI, 1995).

LOCALIDAD	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
ESTADO	2 112 473	1 042 566	1 069 907
MUNICIPIO	13 597	6 616	6 981
Zapotlán de Juárez	7 222	3 524	3 698
Acayuca	6 344	3 070	3 274
Resto de localidades	31	22	9

En **VIVIENDAS Y SERVICIOS BÁSICOS** esta población presenta los siguientes datos:

Cuadro 17. Viviendas habitadas, viviendas particulares, ocupantes y promedio de ocupantes según las principales localidades (al 5 de noviembre de 1995).

LOCALIDAD	VIVIENDAS HABITADAS	VIVIENDAS PARTICULARES HABITADAS	OCUPANTES EN VIVIENDAS PARTICULARES	PROMEDIO DE OCUPANTES POR VIVIENDA PARTICULAR
ESTADO	428 474/a	427 751/b	2 106 125 /b	4.9
MUNICIPIO	2 891	2 889	13 592	4.7
ZAPOTLAN	1 522	1 522	7 222	4.7
ACAYUCA	1 358	1 356	6 339	4.7
RESTO DE LOC.	11	11	31	2.9

a/ Estas cifras incluyen 346 viviendas sin información de ocupantes.

B/ Estas cifras no incluyen los refugios debido a que no se captaron características en esta clase de vivienda. Se excluyen además 346 viviendas sin información de ocupantes y 1038 personas que se estima residen en estas viviendas.

FUENTE: INEGI (1995). *Hidalgo, resultados definitivos, tabulados básicos. Censo de población y vivienda.*

Cuadro 18. Población derechohabiente de las instituciones de Seguridad social por tipo según institución 1990-1996

INSTITUCIÓN	TOTAL		ASEGURADOS O TRABAJADORES		FAMILIARES, PENSIONADOS Y DEPENDIENTES	
	ESTADO	MPIO.	ESTADO	MPIO.	ESTADO	MPIO.
1990						
TOTAL	ND	ND	ND	ND	ND	ND
IMSS b/	427 749	ND	118 618	ND	309 131	ND
ISSSTE c/	112 682	10	ND	4	ND	6
PEMEX	ND	-	ND	-	ND	-
1996						
TOTAL	631 270	1 863	ND	600	ND	1 263
IMSS b/	471 228	1 364	149 365	409	321 863	955
ISSSTE c/	145 597	499	59 220	191	86 377	308
PEMEX	14 445	-	ND	-	ND	-

a. Datos referidos al 31 de diciembre de cada año

b. Se refiere al municipio de residencia habitual del derechohabiente

c. Se refiere al municipio de adscripción del derechohabiente

Oficina de Estadística y Análisis de Información.

FUENTE: IMSS. Delegación del Estado. Jefatura de Servicios de Finanzas;

ISSSTE. Delegación en el Estado. Subdelegación Médica; Oficina de Bioestadística.

PEMEX. Hospital General Tula. Subdirección Médica (citado en INEGI, 1997)

En el rubro de **COMERCIO**, en el municipio de Zapotlán se cuenta con tres tiendas CONASUPO y dos tianguis (ver cuadro 19).

Cuadro 19. Unidades de comercio y abasto al 31 de diciembre de 1996

CONCEPTO	ESTADO	MUNICIPIO
TIENDAS CONASUPO a/	859	3
TIANGUIS	169	2
MERCADOS PUBLICOS	39	-
RASTROS b/	34	-
CENTRALES DE ABASTO	2	-

a/ Se refiere a tiendas rurales

b/ Comprende: municipales, privados y ejidales

FUENTE: SECOFI. Delegación Federal en el Estado. Centro de Información Estratégica.

Para finalizar este anexo, se presenta la frecuencia de población atendida por LICONSA (ver cuadro 20).

Cuadro 20. Lecherías de LICONSA, población atendida, dotación anual de leche reconstituida 1996

CONCEPTO	ESTADO	MUNICIPIO
LECHERIAS a/	231	2
POBLACIÓN ATENDIDA b/	206 370	1 378
DOTACIÓN ANUAL DE LECHE	38 171 561	296 975

Fuente: Cuaderno Estadístico Municipal. Zapotlán de Juárez, Hgo., 1997.

ANEXO "2"

**"Tablas de referencia para valorar peso/edad en niños
Y niñas menores de 5 años"**

**"Tablas de referencia para valorar talla/edad en niños
y niñas menores de 5 años"**

**"Valoración de la nutrición y el crecimiento del menor
de un año y de uno a cuatro años"**

**"Recomendaciones de energía (Kcal) y
Proteínas (g) por día"**

Tablas de referencia para valorar peso/edad en niños
Y niñas menores de 5 años

NIÑAS

EDAD MESES	-3 D.E.	-2 D.E.	-1 D.E.	MEDIANA	+1 D.E.	+2 D.E.	+3 D.E.
0	1.8	2.2	2.7	3.2	3.6	4.0	4.3
1	2.2	2.8	3.4	4.0	4.5	5.1	5.6
2	2.7	3.3	4.0	4.7	5.4	6.1	6.7
3	3.2	3.9	4.7	5.4	6.2	7.0	7.7
4	3.7	4.5	5.3	6.0	6.9	7.7	8.6
5	4.1	5.0	5.8	6.7	7.5	8.4	9.3
6	4.6	5.5	6.3	7.2	8.1	9.0	10.0
7	5.0	5.9	6.8	7.7	8.7	9.6	10.5
8	5.3	6.3	7.2	8.2	9.1	10.1	11.1
9	5.7	6.6	7.6	8.6	9.6	10.5	11.5
10	5.9	6.9	7.9	8.9	9.9	10.9	11.9
11	6.2	7.2	8.2	9.2	10.3	11.3	12.3
12	6.4	7.4	8.5	9.5	10.6	11.6	12.7
13	6.6	7.6	8.7	9.8	10.8	11.9	13.0
14	6.7	7.8	8.9	10.0	11.1	12.2	13.2
15	6.9	8.0	9.1	10.2	11.3	12.4	13.5
16	7.0	8.2	9.3	10.4	11.5	12.6	13.7
17	7.2	8.3	9.5	10.6	11.8	12.9	14.0
18	7.3	8.5	9.7	10.8	12.0	13.1	14.2
19	7.5	8.6	9.8	11.0	12.2	13.3	14.5
20	7.6	8.8	10.0	11.2	12.4	13.5	14.7
21	7.7	9.0	10.2	11.4	12.6	13.8	15.0
22	7.9	9.1	10.3	11.5	12.8	14.0	15.2
23	8.0	9.3	10.5	11.7	13.0	14.2	15.5
AÑOS MESES							
24	8.3	9.4	10.6	11.8	13.2	14.5	16.0
25	8.4	9.6	10.8	12.0	13.5	14.9	16.4
26	8.5	9.8	11.0	12.2	13.7	15.2	16.8
27	8.6	9.9	11.2	12.4	14.0	15.6	17.1
28	8.8	10.1	11.3	12.6	14.2	15.9	17.5
29	8.9	10.2	11.5	12.8	14.5	16.3	17.8
30	9.0	10.3	11.7	13.0	14.7	16.4	18.1
31	9.1	10.5	11.9	13.2	15.0	16.7	18.5
32	9.2	10.6	12.0	13.4	15.2	17.0	18.8
33	9.4	10.8	12.2	13.6	15.4	17.2	19.1
34	9.5	10.9	12.3	13.8	15.6	17.5	19.4
35	9.6	11.0	12.5	13.9	15.8	17.8	19.7
36	9.7	11.2	12.6	14.1	16.1	18.1	20.0
37	9.8	11.3	12.8	14.3	16.3	18.3	20.2
38	9.9	11.4	12.9	14.4	16.5	18.5	20.5
39	10.0	11.5	13.1	14.6	16.7	18.7	20.8
40	10.1	11.6	13.2	14.8	16.9	19.0	21.1
41	10.2	11.8	13.3	14.9	17.0	19.2	21.3
42	10.3	11.9	13.5	15.1	17.2	19.4	21.6
43	10.4	12.0	13.6	15.2	17.4	19.6	21.8
44	10.5	12.1	13.7	15.4	17.6	19.8	22.1
45	10.6	12.2	13.9	15.5	17.8	20.1	22.3
46	10.7	12.3	14.0	15.7	18.0	20.3	22.6
47	10.8	12.4	14.1	15.8	18.1	20.5	22.8
48	10.9	12.6	14.3	16.0	18.3	20.7	23.1
49	10.9	12.7	14.4	16.1	18.5	20.9	23.3
50	11.0	12.8	14.5	16.2	18.7	21.1	23.5
51	11.1	12.9	14.6	16.4	18.9	21.3	23.8
52	11.2	13.0	14.8	16.5	19.0	21.5	24.0
53	11.3	13.1	14.9	16.7	19.2	21.7	24.3
54	11.4	13.2	15.0	16.8	19.4	21.9	24.5
55	11.5	13.3	15.1	17.0	19.6	22.2	24.8
56	11.5	13.4	15.2	17.1	19.7	22.4	25.0
57	11.6	13.5	15.4	17.2	19.9	22.6	25.3
58	11.7	13.6	15.5	17.4	20.1	22.8	25.5
59	11.8	13.7	15.6	17.5	20.3	23.0	25.8

Fuente: Medición del Cambio del Estado Nutricional. OMS. Ginebra. 1983.
Tomadas de NCHS. Growth curves for Children. Birth-18 years. 1977.

NIÑOS	AÑOS MESES						
	0	1	2	3	4	5	6
EDAD	0	1	2	3	4	5	6
-3 D.E.	2.2	2.6	3.2	4.2	4.7	5.2	5.7
-2 D.E.	2.4	2.9	3.5	4.5	5.0	5.5	6.0
-1 D.E.	2.9	3.6	4.3	5.3	5.8	6.3	6.8
MEDIANA	3.3	4.1	5.0	6.0	6.7	7.5	8.3
+1 D.E.	3.8	4.7	5.6	6.6	7.3	8.1	8.9
+2 D.E.	4.3	5.3	6.2	7.2	7.9	8.7	9.5
+3 D.E.	4.8	5.9	6.8	7.8	8.5	9.3	10.1
0	2.4	2.9	3.5	4.5	5.0	5.5	6.0
1	2.2	2.6	3.2	4.2	4.7	5.2	5.7
2	2.4	2.9	3.5	4.5	5.0	5.5	6.0
3	2.7	3.2	3.8	4.8	5.3	5.8	6.3
4	2.9	3.4	4.0	5.0	5.5	6.0	6.5
5	3.1	3.6	4.2	5.2	5.7	6.2	6.7
6	3.4	3.9	4.5	5.5	6.0	6.5	7.0
7	3.7	4.2	4.8	5.8	6.3	6.8	7.3
8	4.0	4.5	5.1	6.1	6.6	7.1	7.6
9	4.2	4.7	5.3	6.3	6.8	7.3	7.8
10	4.4	4.9	5.5	6.5	7.0	7.5	8.0
11	4.6	5.1	5.7	6.7	7.2	7.7	8.2
12	4.8	5.3	5.9	6.9	7.4	7.9	8.4
13	5.0	5.5	6.1	7.1	7.6	8.1	8.6
14	5.2	5.7	6.3	7.3	7.8	8.3	8.8
15	5.4	5.9	6.5	7.5	8.0	8.5	9.0
16	5.6	6.1	6.7	7.7	8.2	8.7	9.2
17	5.8	6.3	6.9	7.9	8.4	8.9	9.4
18	6.0	6.5	7.1	8.1	8.6	9.1	9.6
19	6.2	6.7	7.3	8.3	8.8	9.3	9.8
20	6.4	6.9	7.5	8.5	9.0	9.5	10.0
21	6.6	7.1	7.7	8.7	9.2	9.7	10.2
22	6.8	7.3	7.9	8.9	9.4	9.9	10.4
23	7.0	7.5	8.1	9.1	9.6	10.1	10.6
24	7.2	7.7	8.3	9.3	9.8	10.3	10.8
25	7.4	7.9	8.5	9.5	10.0	10.5	11.0
26	7.6	8.1	8.7	9.7	10.2	10.7	11.2
27	7.8	8.3	8.9	9.9	10.4	10.9	11.4
28	8.0	8.5	9.1	10.1	10.6	11.1	11.6
29	8.2	8.7	9.3	10.3	10.8	11.3	11.8
30	8.4	8.9	9.5	10.5	11.0	11.5	12.0
31	8.6	9.1	9.7	10.7	11.2	11.7	12.2
32	8.8	9.3	9.9	10.9	11.4	11.9	12.4
33	9.0	9.5	10.1	11.1	11.6	12.1	12.6
34	9.2	9.7	10.3	11.3	11.8	12.3	12.8
35	9.4	9.9	10.5	11.5	12.0	12.5	13.0
36	9.6	10.1	10.7	11.7	12.2	12.7	13.2
37	9.8	10.3	10.9	11.9	12.4	12.9	13.4
38	10.0	10.5	11.1	12.1	12.6	13.1	13.6
39	10.2	10.7	11.3	12.3	12.8	13.3	13.8
40	10.4	10.9	11.5	12.5	13.0	13.5	14.0
41	10.6	11.1	11.7	12.7	13.2	13.7	14.2
42	10.8	11.3	11.9	12.9	13.4	13.9	14.4
43	11.0	11.5	12.1	13.1	13.6	14.1	14.6
44	11.2	11.7	12.3	13.3	13.8	14.3	14.8
45	11.4	11.9	12.5	13.5	14.0	14.5	15.0
46	11.6	12.1	12.7	13.7	14.2	14.7	15.2
47	11.8	12.3	12.9	13.9	14.4	14.9	15.4
48	12.0	12.5	13.1	14.1	14.6	15.1	15.6
49	12.2	12.7	13.3	14.3	14.8	15.3	15.8
50	12.4	12.9	13.5	14.5	15.0	15.5	16.0
51	12.6	13.1	13.7	14.7	15.2	15.7	16.2
52	12.8	13.3	13.9	14.9	15.4	15.9	16.4
53	13.0	13.5	14.1	15.1	15.6	16.1	16.6
54	13.2	13.7	14.3	15.3	15.8	16.3	16.8
55	13.4	13.9	14.5	15.5	16.0	16.5	17.0
56	13.6	14.1	14.7	15.7	16.2	16.7	17.2
57	13.8	14.3	14.9	15.9	16.4	16.9	17.4
58	14.0	14.5	15.1	16.1	16.6	17.1	17.6
59	14.2	14.7	15.3	16.3	16.8	17.3	17.8
60	14.4	14.9	15.5	16.5	17.0	17.5	18.0
61	14.6	15.1	15.7	16.7	17.2	17.7	18.2
62	14.8	15.3	15.9	16.9	17.4	17.9	18.4
63	15.0	15.5	16.1	17.1	17.6	18.1	18.6
64	15.2	15.7	16.3	17.3	17.8	18.3	18.8
65	15.4	15.9	16.5	17.5	18.0	18.5	19.0
66	15.6	16.1	16.7	17.7	18.2	18.7	19.2
67	15.8	16.3	16.9	17.9	18.4	18.9	19.4
68	16.0	16.5	17.1	18.1	18.6	19.1	19.6
69	16.2	16.7	17.3	18.3	18.8	19.3	19.8
70	16.4	16.9	17.5	18.5	19.0	19.5	20.0
71	16.6	17.1	17.7	18.7	19.2	19.7	20.2
72	16.8	17.3	17.9	18.9	19.4	19.9	20.4
73	17.0	17.5	18.1	19.1	19.6	20.1	20.6
74	17.2	17.7	18.3	19.3	19.8	20.3	20.8
75	17.4	17.9	18.5	19.5	20.0	20.5	21.0
76	17.6	18.1	18.7	19.7	20.2	20.7	21.2
77	17.8	18.3	18.9	19.9	20.4	20.9	21.4
78	18.0	18.5	19.1	20.1	20.6	21.1	21.6
79	18.2	18.7	19.3	20.3	20.8	21.3	21.8
80	18.4	18.9	19.5	20.5	21.0	21.5	22.0
81	18.6	19.1	19.7	20.7	21.2	21.7	22.2
82	18.8	19.3	19.9	20.9	21.4	21.9	22.4
83	19.0	19.5	20.1	21.1	21.6	22.1	22.6
84	19.2	19.7	20.3	21.3	21.8	22.3	22.8
85	19.4	19.9	20.5	21.5	22.0	22.5	23.0
86	19.6	20.1	20.7	21.7	22.2	22.7	23.2
87	19.8	20.3	20.9	21.9	22.4	22.9	23.4
88	20.0	20.5	21.1	22.1	22.6	23.1	23.6
89	20.2	20.7	21.3	22.3	22.8	23.3	23.8
90	20.4	20.9	21.5	22.5	23.0	23.5	24.0
91	20.6	21.1	21.7	22.7	23.2	23.7	24.2
92	20.8	21.3	21.9	22.9	23.4	23.9	24.4
93	21.0	21.5	22.1	23.1	23.6	24.1	24.6
94	21.2	21.7	22.3	23.3	23.8	24.3	24.8
95	21.4	21.9	22.5	23.5	24.0	24.5	25.0
96	21.6	22.1	22.7	23.7	24.2	24.7	25.2
97	21.8	22.3	22.9	23.9	24.4	24.9	25.4
98	22.0	22.5	23.1	24.1	24.6	25.1	25.6
99	22.2	22.7	23.3	24.3	24.8	25.3	25.8
100	22.4	22.9	23.5	24.5	25.0	25.5	26.0

Fuente: Medición del Cambio del Estado Nutricional, OMS, Ginebra, 1983.
Tomadas de NCHS, Growth curves for Children, Birth-18 years, 1977.

EDAD MESES	-3 D.E.	-2 D.E.	-1 D.E. MEDIANA	+1 D.E.	+2 D.E.	+3 D.E.
0	43.6	45.0	48.2	50.5	52.8	55.1
1	47.2	49.7	52.1	54.6	57.0	59.5
2	50.4	52.9	55.8	58.1	60.7	63.2
3	53.2	55.8	58.5	61.1	63.7	66.4
4	55.5	58.3	61.0	63.7	66.4	69.1
5	57.8	60.5	63.2	65.9	68.6	71.3
6	60.1	62.4	65.1	67.8	70.5	73.2
7	61.5	64.1	66.8	69.5	72.2	74.8
8	62.9	65.7	68.3	71.0	73.6	76.3
9	64.0	67.0	69.7	72.3	75.0	77.6
10	65.2	68.3	71.1	73.6	76.3	78.9
11	66.9	69.5	72.2	74.9	77.5	80.2
12	68.0	70.7	73.4	76.1	78.8	81.5
13	69.0	71.8	74.5	77.2	80.0	82.7
14	70.0	72.8	75.6	78.3	81.1	83.9
15	71.0	73.7	76.6	79.4	82.2	85.1
16	71.8	74.5	77.5	80.4	83.3	86.2
17	72.5	75.2	78.3	81.4	84.4	87.4
18	73.1	75.8	79.0	82.4	85.4	88.5
19	73.6	76.3	80.2	83.3	86.4	89.5
20	74.1	76.9	81.1	84.2	87.4	90.6
21	74.5	77.4	81.9	85.1	88.4	91.6
22	74.9	77.9	82.7	86.0	89.3	92.5
23	75.3	78.4	83.5	86.8	90.2	93.5
24	75.7	78.9	84.3	87.7	91.1	94.4
25	76.1	79.4	85.1	88.6	92.0	95.3
26	76.5	79.9	85.9	89.5	92.9	96.2
27	76.9	80.4	86.7	90.4	93.8	97.1
28	77.3	80.9	87.5	91.3	94.7	98.0
29	77.7	81.4	88.3	92.2	95.6	98.9
30	78.1	81.9	89.1	93.1	96.5	99.8
31	78.5	82.4	89.9	94.0	97.4	100.7
32	78.9	82.9	90.7	94.9	98.3	101.6
33	79.3	83.4	91.5	95.8	99.2	102.5
34	79.7	83.9	92.3	96.7	100.1	103.4
35	80.1	84.4	93.1	97.6	101.0	104.3
36	80.5	84.9	93.9	98.5	101.9	105.2
37	80.9	85.4	94.7	99.4	102.8	106.1
38	81.3	85.9	95.5	100.3	103.7	107.0
39	81.7	86.4	96.3	101.2	104.6	107.9
40	82.1	86.9	97.1	102.1	105.5	108.8
41	82.5	87.4	97.9	103.0	106.4	109.7
42	82.9	87.9	98.7	103.9	107.3	110.6
43	83.3	88.4	99.5	104.8	108.2	111.5
44	83.7	88.9	100.3	105.7	109.1	112.4
45	84.1	89.4	101.1	106.6	110.0	113.3
46	84.5	89.9	101.9	107.5	110.9	114.2
47	84.9	90.4	102.7	108.4	111.8	115.1
48	85.3	90.9	103.5	109.3	112.7	116.0
49	85.7	91.4	104.3	110.2	113.6	116.9
50	86.1	91.9	105.1	111.1	114.5	117.8
51	86.5	92.4	105.9	112.0	115.4	118.7
52	86.9	92.9	106.7	112.9	116.3	119.6
53	87.3	93.4	107.5	113.8	117.2	120.5
54	87.7	93.9	108.3	114.7	118.1	121.4
55	88.1	94.4	109.1	115.6	119.0	122.3
56	88.5	94.9	109.9	116.5	119.9	123.2
57	88.9	95.4	110.7	117.4	120.8	124.1
58	89.3	95.9	111.5	118.3	121.7	125.0
59	89.7	96.4	112.3	119.2	122.6	125.9
60	90.1	96.9	113.1	120.1	123.5	126.8
61	90.5	97.4	113.9	121.0	124.4	127.7
62	90.9	97.9	114.7	121.9	125.3	128.6
63	91.3	98.4	115.5	122.8	126.2	129.5
64	91.7	98.9	116.3	123.7	127.1	130.4
65	92.1	99.4	117.1	124.6	128.0	131.3
66	92.5	99.9	117.9	125.5	128.9	132.2
67	92.9	100.4	118.7	126.4	129.8	133.1
68	93.3	100.9	119.5	127.3	130.7	134.0
69	93.7	101.4	120.3	128.2	131.6	134.9
70	94.1	101.9	121.1	129.1	132.5	135.8
71	94.5	102.4	121.9	130.0	133.4	136.7
72	94.9	102.9	122.7	130.9	134.3	137.6
73	95.3	103.4	123.5	131.8	135.2	138.5
74	95.7	103.9	124.3	132.7	136.1	139.4
75	96.1	104.4	125.1	133.6	137.0	140.3
76	96.5	104.9	125.9	134.5	137.9	141.2
77	96.9	105.4	126.7	135.4	138.8	142.1
78	97.3	105.9	127.5	136.3	139.7	143.0
79	97.7	106.4	128.3	137.2	140.6	143.9
80	98.1	106.9	129.1	138.1	141.5	144.8
81	98.5	107.4	129.9	139.0	142.4	145.7
82	98.9	107.9	130.7	139.9	143.3	146.6
83	99.3	108.4	131.5	140.8	144.2	147.5
84	99.7	108.9	132.3	141.7	145.1	148.4
85	100.1	109.4	133.1	142.6	146.0	149.3
86	100.5	109.9	133.9	143.5	146.9	150.2
87	100.9	110.4	134.7	144.4	147.8	151.1
88	101.3	110.9	135.5	145.3	148.7	152.0
89	101.7	111.4	136.3	146.2	149.6	152.9
90	102.1	111.9	137.1	147.1	150.5	153.8
91	102.5	112.4	137.9	148.0	151.4	154.7
92	102.9	112.9	138.7	148.9	152.3	155.6
93	103.3	113.4	139.5	149.8	153.2	156.5
94	103.7	113.9	140.3	150.7	154.1	157.4
95	104.1	114.4	141.1	151.6	155.0	158.3
96	104.5	114.9	141.9	152.5	155.9	159.2
97	104.9	115.4	142.7	153.4	156.8	160.1
98	105.3	115.9	143.5	154.3	157.7	161.0
99	105.7	116.4	144.3	155.2	158.6	161.9
100	106.1	116.9	145.1	156.1	159.5	162.8

Fuente: Medición del Cambio del Estado Nutricional. OMS, Ginebra, 1983.
Tomadas de NCHS. Growth curves for Children. Birth-18 years, 1977.

**Valoración de la nutrición y el crecimiento del menor
de un año y de uno a cuatro años**

PESO POR EDAD

Desviaciones estándar en relación con la mediana	Indicador Peso/Edad
+ 2 a + 3	Obesidad
+ 1 a + 1.99	Sobrepeso
más-menos 1	Peso normal
- 1 a - 1.99	Desnutrición leve
- 2 a - 2.99	Desnutrición moderada
- 3 y menos	Desnutrición grave

TALLA EN RELACION CON LA EDAD

Desviaciones estándar en relación con la mediana	Indicador Talla/Edad
+ 2 a + 3	Alta
+ 1 a + 1.99	Ligeramente alta
más-menos 1	Estatura normal
- 1 a - 1.99	Ligeramente baja
- 2 y menos	Baja

PESO EN RELACION CON LA TALLA

Desviaciones estándar en relación con la mediana	Indicador Peso/Talla
+ 2 a + 3	Obesidad
+ 1 a + 1.99	Sobrepeso
más-menos 1	Peso normal
- 1 a - 1.99	Desnutrición leve
- 2 a - 2.99	Desnutrición moderada
- 3 y menos	Desnutrición grave

**Recomendaciones de energía (Kcal) y
Proteínas (g) por día**

Edad	Peso (Kg)	Sexo	Energía			Proteínas	
			Kcal			g/kg	Dieta mixta*
0-3 m	4.7	M-F	550				17
3-6 m	6.7	M-F	650			2.5	17
6-9 m	8.3	M-F	800			2.2	18
9-12 m	9.4	M-F	950			2.0	19
1-2 a	11.2	M-F	1100			1.6	18
2-3 a	13.4	M-F	1300			1.55	21
3-5 a	16.4	M-F	1500			1.5	25
5-7 a	20.7	M	1750			1.35	27
5-7 a	19.7	F	1600			1.35	27
7-10 a	26.7	M	2000			1.35	36
7-10 a	26.6	F	1700			1.35	36
Actividad Física							
Liviana Moderada Fuerte							
Hombres							
10-12	35	2050	2200	2400	1.35	47	
12-14	42	2150	2350	2650	1.35	57	
14-16	52	2350	2650	3050	1.3	68	
16-18	62	2650	3000	3400	1.2	74	
18-65	68	2650	3100	3600	1.0	68	
≥ 65	65	2050	2300	2600	1.0	68	
Mujeres							
10-12	36	1750	1900	2000	1.35	47	
12-14	43	1850	2000	2150	1.3	56	
14-16	48	1900	2100	2350	1.2	58	
16-18	50	1950	2150	2400	1.1	55	
18-65	53	1950	2100	2350	1.0	53	
≥ 65	55	1750	1850	2100	1.0	53	
Energía y proteína adicional:							
Embarazo	285						6
Lactancia	500				≤ 6 m		23
					≥ 6 m		16

Hidratos de carbono

60%-70% de la energía total

Fibra dietética

18-24 g

También puede usarse:
8-10 g por cada 1000 kcal
tanto en niños como en adultos

Lípidos

No más de 30% de la energía total
Un máximo de 25% es recomendado

Ácidos grasos saturados:

No más de 10% de la energía total

Ácidos grasos poliinsaturados:

No menos de 7%-10% de la energía total

Primeros 4-6 meses:

50%-55% de la energía total en forma
de grasa láctea (pecho materno)

2-5 años de edad:

30% de la energía y no más de
10% como ácidos grasos saturados

Ácidos grasos esenciales:

3%-5%

Colesterol:

≤ 300 mg

También puede usarse:
100 mg por cada 1000 kcal

Proteínas

10%-14%

Dr. Adolfo Chávez V.
Nut. J. Angel Ledesma

Fuentes: INN '70, RDA '89, INCAP '94, Bourques H. '94

* Proteínas de digestibilidad verdadera de 80-85% y calidad de aminoácidos de 90% en relación a la leche o huevo.

ANEXO "3"

**"GUÍA PARA EL RECONOCIMIENTO SOCIODEMOGRÁFICO
DE LAS MUJERES INFORMANTES Y SUS FAMILIAS"**

**"ENTREVISTA SOBRE PRÁCTICAS DE CRIANZA
Y ALIMENTACIÓN DE LOS HIJOS "**

GUIA DE ENTREVISTA SOBRE PRACTICAS DE CRIANZA Y ALIMENTACIÓN DE LOS HIJOS

1. Encuadre de la entrevista y presentación de la entrevistadora.

2. Conceptos y conocimientos relacionados con nutrición- desnutrición.

- 2.1 ¿Cómo es un niño "bien nutrido"?
- 2.2 ¿Cómo es un niño mal nutrido o desnutrido?
- 2.3 ¿Qué es para usted "comer bien"?
- 2.4 ¿Qué es "comer mal"?
- 2.5 ¿Cómo debe ser una dieta correcta?

3. Creencias, conceptos y costumbres relacionadas a la leche materna, al amamantamiento y al destete.

- 3.1 Creencias y costumbres relacionadas con la lactancia, cuándo dar pecho, cuándo no, cómo hacer para tener leche suficiente para amamantar al niño, qué pasa cuando no se tiene leche, a qué se debe, qué se debe hacer para solucionarlo, qué hace o hacía para tener una leche más "nutritiva", qué es mejor tener "leche gruesa" o "leche delgada", cómo se le hace para tener la leche gruesa.
- 3.2 ¿Sabe usted qué es el "calostro"?
- 3.3 ¿Se debe tener un horario para amamantar al bebé? ¿Cuál debe ser? ¿Cómo se le enseña al niño ese horario?
- 3.4 ¿Cuántas veces en el día se le debe dar de comer al bebé?
- 3.5 ¿Cuántas veces en la noche se le debe dar de comer al bebé?
- 3.6 ¿Cómo sabe o sabía usted que su bebé tiene o tenía hambre?
- 3.7 ¿Qué pasa si el bebé no "eructa o repite"?
- 3.8 ¿Qué ventajas se tienen cuando se amamanta al bebé?
- 3.9 ¿Qué desventajas se tienen cuando se amanta al bebé?
- 3.10 ¿Qué piensa usted con relación a que la leche de la mamá le da protección al niño contra las infecciones y enfermedades?
- 3.11 ¿Si usted cree que la leche materna protege a su bebé, qué infecciones o enfermedades se previenen amamantando al bebé?
- 3.12 ¿A usted le gustó, o le gusta, o le hubiera gustado (según el caso), amamantar a sus hijos? ¿Por qué?
- 3.13 ¿Qué sintió cuando por primera vez le dio pecho a su hijo(a)?
- 3.14 ¿Alguien le enseñó a usted a dar el pecho?
- 3.15 ¿Hasta cuándo hay que quitarle el pecho al niño? ¿Cómo supo usted que ya tenía que quitárselo?
- 3.16 ¿Cómo le hizo o le hará para quitarle el pecho al niño?
- 3.17 ¿Al darle pecho al niño, se deben evitar algunos alimentos, cuáles sí debe comer? ¿Por qué?
- 3.18 ¿Cree usted que cuando una le da pecho al niño, es difícil que se embarace? ¿A qué se debe esto?
- 3.19 ¿Cuándo hay que darles otro tipo de leche a los niños, de cuál, por qué?
- 3.20 ¿Cuándo debe de dárseles biberón a los niños?
- 3.21 ¿Cree usted que los pechos deben tener cuidados especiales antes, durante y después de amamantar a un bebé? ¿Cómo deben de cuidarse?

4. Conocimientos, creencias y costumbres relacionadas a la ablactación y alimentación de los niños "más grandes"?

- 4.1 ¿Cuáles son los primeros alimentos que hay que darles a los niños, a qué edad?
- 4.2 ¿Cuáles son los alimentos que hay que darles después a los niños, a qué edad?
- 4.3 Conforme los niños van creciendo ¿Qué es lo que más se les debe dar de comer?
- 4.4 ¿Cuándo les empiezan a salir los dientes a los niños, se les debe cambiar la alimentación? ¿Por qué?
- 4.5 ¿Hay alimentos que les ayudan a fortalecer los dientes a los niños? ¿Cuáles son éstos?
- 4.6 ¿Si usted les dio, o les da biberón a sus hijos, cuándo se los debe o va a quitar, cómo lo hará?
- 4.7 ¿Hasta cuándo deben de comer los niños solos, sin ayuda de un adulto?
- 4.8 ¿Hay alguna edad, o algún momento que defina que el niño ya puede comer todo lo que comen los demás miembros de la familia?
- 4.9 ¿Qué es lo que ya deben comer los niños mayores de un año?
- 4.10 ¿Usted prepara comidas especiales para sus hijos? ¿Cuáles son éstas?
- 4.11 ¿Qué es lo que más les gusta comer a sus hijos?
- 4.12 ¿Qué es lo que no les gusta comer a sus hijos?
- 4.13 ¿Quién "controla" a los niños cuando comen?
- 4.14 ¿Qué hace cuando los pequeños meten las manos en la comida, se llevan a la boca la comida con las manos, o la tiran?
- 4.15 ¿Tiene algún significado especial para usted la hora de la comida? ¿Le gusta?
- 4.16 ¿A usted le gusta cocinar?
- 4.17 ¿Es fácil darles de comer a sus hijos pequeños?
- 4.18 ¿Les dedica tiempos especiales a sus hijos pequeños para darles de comer?

5. Estimación de riesgos asociados a nutrición.

- 5.1 ¿Con qué frecuencia comen sus hijos sabritas, dulces, refrescos?
- 5.2 ¿Alguno de sus hijos come solo si le prometen darle algún de premio?
- 5.3 ¿Hay algunos alimentos como dulces, chicharrones, papitas, etc., que sus hijos se la pasan comiendo durante todo el día?
- 5.4 ¿Sus hijos comen entre horas golosinas, frituras, etc.?
- 5.5 ¿Les tiene que pegar a sus hijos para que coman?
- 5.6 ¿Es frecuente que alguno de sus hijos no quiera comer?
- 5.7 ¿Qué tan riesgoso es que sus hijos coman solo si les promete dulces, golosinas, frituras, etc.?
- 5.8 ¿Qué tan riesgoso es que sus hijos coman chicharrones, papitas, etc. durante todo el día?
- 5.9 ¿Qué tan riesgoso es que entre horas los niños coman golosinas, frituras, etc.?
- 5.10 ¿Qué tan riesgoso es que a un niño le peguen o regañen para que coma, aún cuando no tenga hambre?
- 5.11 ¿Cree usted que sus hijos corran algún riesgo de presentar un problema de alimentación?
- 5.12 ¿Qué tan grave se podría poner alguno de sus hijos si tuviera problemas de alimentación?
- 5.13 ¿Qué tanto depende de usted el que sus hijos presenten algún problema de alimentación, o de nutrición?

A continuación se describe de manera general el instrumento denominado **Guía para el reconocimiento sociodemográfico de las mujeres informantes y su familia**:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA ENTREVISTADA: Considera nombre, dirección, tiempo de residir en la comunidad, tiempo de habitar la vivienda, número de familias que la habitan; fechas de la entrevista, número de visitas realizadas por parte de la investigadora para recabar la información.

I. COMPOSICION Y ORGANIZACIÓN FAMILIAR.

1.1. a. Considera en primera instancia a los adultos (mayores de 18 años) que viven habitualmente en la casa (parientes o no parientes), preguntando los siguientes datos: nombre, edad (en años cumplidos), sexo, lugar de nacimiento, nivel máximo de estudios, ocupación lugar de trabajo. Se inicia con los datos del jefe de la familia.

1.1.b. En un segundo apartado se registra a los niños y adolescentes (menores de 18 años), contemplando los datos de nombre, edad, sexo, fecha y lugar de nacimiento, escolaridad, así como observaciones específicas por parte de la entrevistadora, acerca de algún comentario en especial que haga la madre.

1.1.c. Edad de la madre cuando tuvo a cada uno de sus hijos: Aquí se trata de que la mujer refiera qué edad tenía cuando nacieron cada uno de sus hijos.

2. **DERECHOHABIENCIA:** De manera general se le pregunta a la informante, si cuenta con servicio médico de alguna institución, especificando en el formato, cuál es ésta.

3. **VIVIENDA:** Mediante preguntas directas y también por observación se registran los siguientes indicadores:

3.1 Servicios: considerando baño, agua, electricidad y drenaje.

3.2 Espacios: número de cuartos usados como recámaras, sala, cocina, otros espacios

3.3 Material de construcción de la vivienda: Se observan techos, paredes y pisos.

3.4 Bienes: Se registra acerca de la existencia en la vivienda o fuera de ella de radio, televisión, video casetera, refrigerador, estufa, lavadora, motocicleta y automóvil.

3.4.1 Propiedad del terreno y casa que habita, considerando si es propia, rentada, prestada u otra forma.

3.5 y 3.5.1 Presencia de animales: En este espacio se registra la presencia de animales (perros, pájaros, gatos, conejos, gallinas, chivos, burros, borregos, caballos, vacas, otros) dentro y fuera de la habitación.

3.5.2 Se pregunta acerca de si la familia se alimenta con productos de sus animales, señalando en su caso, cuáles son éstos.

4. TRABAJO.

4.1 La primera pregunta de este rubro se refiere a las personas que trabajan para mantener a la familia, hay opciones señalando a cada posible miembro trabajador (a).

4.2 Es importante saber si todos los miembros de la familia comparten un mismo gasto para la comida.

4.3 Se indaga sobre el horario de trabajo de cada uno de los miembros que trabajan, de alguna forma este dato permite tener una visión general de los horarios que comparten como familia.

4.4 y 4.5 Se le pide a la entrevistada que trate de dar un promedio aproximado de sueldo mensual familiar; además de la distribución del dinero, en los gastos relativos a alimentación, vivienda, vestido, escuela, pasajes, gastos médicos, diversiones, entre otros.

Se le pregunta a la mujer acerca de la seguridad que siente respecto a su nivel de vida, con relación a: ingresos, vivienda y trabajo; así mismo, el cómo mejorar sus condiciones (se pregunta también acerca de sus expectativas, se checa qué tan acordes están con su realidad), por último, se indaga sobre sus ganancias económicas y la suficiencia de éstas para vivir, por último, 4.9 se registra la posibilidad de ahorrar.

5. VESTIDO.

5.1 En este punto se describe la vestimenta de la entrevistada, además de la gente que se encuentra en la vivienda, incluyendo a los hijos, se consideran dos elementos: a) qué aspecto tiene con relación a limpieza y aseo personal; b) qué diferencias se observan que puedan denotar idea de grupo de ocupación (p.e. obreros, campesinos, empleados, etc.).

II. ACTIVIDADES FAMILIARES.

1. PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES FAMILIARES.

1.1 y 1.2 Realización de actividades en familia, en donde participan todos o la mayoría de los miembros de la misma, señalando en qué consisten éstas.

2. QUEHACER DE LA CASA:

2.1 Se señala qué miembros de la familia participan haciendo el "quehacer de la casa" (barrer, trapear, tender camas, etc.).

3. RUTINA FAMILIAR.

3.1 Se registran las horas en las que se realizan actividades de rutina; tales como: trabajo, alimento y descanso, de los miembros de la familia, haciendo la diferenciación entre papá, mamá, hijos e hijas.

III. HABITOS Y COSTUMBRES DE HIGIENE.

Se definen a partir de indicadores de limpieza, tales como bañarse, lavarse los dientes y las manos, cambiarse y lavar la ropa, lavar los trastes, cuidar y limpiar los alimentos y recolectar la basura.

1. BAÑO. Con relación al baño se le pregunta directamente a la mujer cada cuándo se baña. 1.1 cada cuándo se bañan los niños, 1.2 especificando el caso de los menores de 4 años, 1.3, 1.4, 1.5, 1.5.1, lugares en donde se bañan, uso de sustancias y/o hierbas durante el baño.

2., LAVADO DE DIENTES Y MANOS: Este rubro se divide en: 2.1 dientes: haciendo referencia a la frecuencia de lavado de los dientes tanto la madre, como de los hijos; además del uso de sustancias y/o hierbas para lavarlos. 2.2 manos: se

considera la frecuencia con la que se lavan las manos tanto la madre, como sus hijos.

3. CAMBIO Y LAVADO DE ROPA: Considera la frecuencia con la que se cambia la ropa interior y exterior, tanto la mujer, como los hijos. Dentro de este aspecto se pregunta acerca del uso de pañales, tipo, materiales con los que se limpia al pequeño cuando "hace del baño", además del uso de materiales que le pone cuando se roza.

4. LIMPIEZA DE TRASTES PARA LA COMIDA, Y ESPECÍFICAMENTE DE LOS UTENSILIOS PARA EL O LOS HIJOS. Este indicador se define a partir de preguntas relacionadas a quién lava los trastes, indaga sobre si los niños pequeños cuentan con trastes específicos para alimentarse, además del uso del biberón o mamila.

5. CUIDADOS Y LIMPIEZA DE LOS ALIMENTOS. Aquí se pregunta acerca de la obtención del agua que usan para beber, el tratamiento que le dan, quién prepara la comida; además se realizan observaciones sobre la higiene con la que se preparan los alimentos, de manera indirecta visitando la cocina, o el lugar que usan para elaborar los alimentos.

6. RECOLECCIÓN DE BASURA: Este rubro indaga acerca del manejo de la basura tanto adentro, como afuera de la vivienda.

IV. HABITOS Y COSTUMBRES RELACIONADOS CON LA SALUD.

1. VACUNACIÓN: Se hace un análisis de las cartillas de vacunación de los niños menores de 6 años, considerando registrar si el niño(a) tiene el esquema de vacunación completo (en caso de que falte alguna vacuna, se registra el motivo que señala la madre, por el cual no se le han aplicado dichas vacunas), así como, la institución o lugar en donde lo vacunan.

2. PROCESO SALUD-ENFERMEDAD: Este rubro es de suma importancia ya que además de dar información con relación al acceso que tiene la familia a los servicios de salud, también permite establecer las costumbres y creencias de la entrevistada con relación a la cura de enfermedades de sus hijos, y específicamente las relacionadas con la alimentación. Permite identificar diferencias entre medicina institucional o formal (la que brinda alguna institución de salud, asistencia médica privada), medicina tradicional (acudir con hierberos, curanderos, hueseros, sobadores, etc.) y la medicina doméstica (la señora lleva a cabo, de acuerdo a sus propias costumbres, conocimientos, creencias, en su propia casa).

V. EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL

Este apartado permite evaluar el estado nutricional de la familia en general, con datos específicos de la madre y de sus hijos menores de 4 años; vale la pena resaltar que para el establecimiento de un diagnóstico con relación al nivel nutricional de los encuestados, se contó con el apoyo de un nutriólogo que estableció el estado nutricional tanto de la mujer como de sus hijos.

1. DATOS ANTROPOMÉTRICOS. 1.1 Se le pidió a la mujer su apreciación cualitativa con relación al tamaño que tenían sus niños cuando nacieron (muy grandes, de tamaño normal, más pequeños de lo normal y muy pequeños). 1.2 También de forma cuantitativa se le solicitó que señalara cuánto pesaron y midieron sus hijos al nacer.

1.3 y 1.4 Peso actual, talla de los niños; los pesos y tallas serán comparados con las Tablas de referencia para valorar peso y talla para la edad en niños y niñas mexicanos menores de 5 años (publicadas el lunes 28 de noviembre de 1994, en el DIARIO OFICIAL (ver anexo 3)).

EVALUACIÓN DEL CONSUMO DE ALIMENTOS: este indicador inicialmente se abordó preguntando acerca de si el dinero que gastan en alimentos les alcanza para comer bien, o escasamente; También se indaga sobre la existencia de periodos críticos de escasez y abundancia de alimentos, y que se hace si esto se presenta.

Por otro lado, se pregunta si la familia o alguno de sus miembros recibe apoyo o ayuda con o para alimentos, así como la institución o programa que lo brinda. También se indaga acerca de la posibilidad de que la informante esté recibiendo capacitación relativa al tema de alimentación.

A partir del punto 3 se realizó la evaluación del consumo de alimentos, que consistió en dos momentos, en el primero se utilizó un "Cuestionario de Frecuencia Alimentaria" (Serra, Aranceta y Mataix, 1995), que es una lista cerrada de alimentos divididos por categorías (productos lácteos, frutas, verduras, huevos y carnes, leguminosas, cereales, grasas y refrescos); sobre la que se le solicitó a la mujer que señalara la frecuencia a la semana y al día, que come toda la familia, ciertos alimentos. La unidad de análisis en este caso es la familia, aunque es la madre a la que se le solicitó la información. Como un segundo apartado, se utilizaron una serie de preguntas tipo "Recordatorio de 24 horas", en el cual se le pidió a la entrevistada que recordara todos los alimentos y bebidas ingeridos el día anterior a la entrevista (durante el desayuno, comida y cena).

En el apartado 4, se continúa con la evaluación nutricional, estableciendo la historia de consumo de alimentos de los niños menores de 4 años; éste se divide por categorías de alimentos (considera a los líquidos, cereales y leguminosas, frutas y verduras, carnes y lácteos). Se hicieron preguntas acerca del orden en el que se fueron ingiriendo los alimentos por parte del niño (a), la edad a la que comenzó a tomarlo regularmente, y por último, mediante un recordatorio de 24 horas se le pidió a la madre que señalara si el niño tomó alguno de los alimentos enlistados el día anterior a la entrevista o durante la noche.

Como un último apartado, se especificaron preguntas relacionadas a las prácticas de lactancia y alimentación complementaria, por parte de la madre; se indagó sobre si le dio o no pecho a sus hijos (considerando a todos, inclusive los mayores de 4 años), la edad a la que se los quitó, en caso de que actualmente estuviera amamantando a alguno, se le preguntó acerca del tiempo que tiene y cuándo piensa quitarles el pecho. Respecto a los hijos que ya no amamanta se cuestionó acerca del tiempo que los amamantó, y la edad a la que se los retiró. Finalmente, se le preguntó si habían tenido problemas o molestias, los niños o ella, al darles pecho a los niños.

Finalmente, se tiene un apartado de observaciones por parte de la entrevistadora, durante la entrevista.

**GUIA PARA EL RECONOCIMIENTO SOCIO-ECONOMICO Y
EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LA FAMILIA**

NOMBRE DE LA ENTREVISTADA: _____
 DIRECCION: _____
 TIEMPO DE RESIDIR EN LA COMUNIDAD: _____ TIEMPO DE HABITAR EN ESTA CASA: _____ NO. DE FAMILIAS EN LA CASA: _____ EDO CIVIL _____
 FECHA: _____ NO. DE VISITAS REALIZADAS: _____

I. COMPOSICION Y ORGANIZACIÓN FAMILIAR.

1.1 Nombre de cada una de las personas que componen a la familia, empezando por los padres y considerando a todos los niños.

a) A D U L T O S

NO.	NOMBRE	SEXO	EDAD	LUGAR DE NACIMIENTO	NIVEL MAXIMO DE ESTUDIOS	OCUPACION	LUGAR DE TRABAJO	OBSERVACIONES
01								
02								
03								
04								

b) N I Ñ O S Y A D O L E S C E N T E S

NO.	NOMBRE	SEXO	EDAD	FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	ESCOLARIDAD	OBSERVACIONES
05						
06						
07						
08						
09						
10						
11						
12						

1.1.1 Edad de la madre cuando tuvo a cada uno de sus hijos (de acuerdo al número):

NO.	EDAD DE LA MADRE

2. DERECHOHABIENCIA:

2.1 Tienen derecho a servicio médico? A) SI b)No c) No sabe d) Institución: _____

3. VIVIENDA:

3.1 Servicios:

3.1.1 baño a)letrina b)fosa c)tasa de baño d)no tiene e)otro _____
 3.1.2 agua a)potable b)no potable c)otro _____
 3.1.3 electricidad a)si b)no c)otro _____
 3.1.4 drenaje a)si b)no c)otro _____

3.2 Espacios:

3.2.1 recámaras a)si b)no no. : _____
 3.2.2 sala a)si b)no
 3.2.3 cocina a)si b)no
 3.2.4 otros espacios (especificar: corrales, gallineros, etc.): _____

3.3 Matenal de construcción de la vivienda:

3.3.1 Techos: a) cemento b) madera c) lámina d)otro _____
 3.3.2 Paredes: a) adobe b)cartón c)ladrillo o tabicón d)madera e)otro _____
 3.3.3 Pisos: a)cemento b)tierra c)otro _____

3.4 Bienes:

3.4.1 radio	a) sí	b) no	3.4.6 lavadora	a) sí	b) no
3.4.2 t.v.	a) sí	b) no	3.4.7 estufa	a) sí	b) no
3.4.3 videocasetera	a) sí	b) no	3.4.8 bicicleta	a) sí	b) no
3.4.4 teléfono	a) sí	b) no	3.4.9 automóvil	a) sí	b) no
3.4.5 refrigerador	a) sí	b) no			

3.4.10 La vivienda que habitan es: a) propia b) rentada c) prestada d) otra _____

3.5 Presencia de animales:

3.5.1 Del listado, señale cuáles y cuántos animales tiene la familia, además el lugar en donde se encuentran:

3.5.1.1 perros	¿cuántos? _____	a) dentro de la vivienda	b) fuera de la vivienda
3.5.1.2 gatos	¿cuántos? _____	a) dentro de la vivienda	b) fuera de la vivienda
3.5.1.3 pájaros	¿cuántos? _____	a) dentro de la vivienda	b) fuera de la vivienda
3.5.1.4 conejos	¿cuántos? _____	a) dentro de la vivienda	b) fuera de la vivienda
3.5.1.5 gallinas	¿cuántos? _____	a) dentro de la vivienda	b) fuera de la vivienda
3.5.1.6 chivos	¿cuántos? _____	a) dentro de la vivienda	b) fuera de la vivienda
3.5.1.7 burros	¿cuántos? _____	a) dentro de la vivienda	b) fuera de la vivienda
3.5.1.8 caballos	¿cuántos? _____	a) dentro de la vivienda	b) fuera de la vivienda
3.5.1.9 borregos	¿cuántos? _____	a) dentro de la vivienda	b) fuera de la vivienda
3.5.1.10 vacas	¿cuántos? _____	a) dentro de la vivienda	b) fuera de la vivienda
3.5.1.11 otros:	_____		

3.5.2 ¿Se alimenta con los productos de sus animales? a) Sí b) No ¿Qué producen? _____

4. TRABAJO.

4.1 ¿Quiénes trabajan para mantener a la familia?

a) papá b) mamá c) hijos d) hijas e) otro(s): _____

4.2 Las personas que viven en la casa ¿Comparten un mismo gasto para la comida? A) Sí b) No ¿Por qué? _____

4.3 Horario de trabajo:

	Nombre de las personas	Horario	Observaciones
01			
02			
03			
04			
05			

4.4 Sueldo mensual familiar: \$ _____

4.5 Distribución del sueldo mensual familiar:

4.5.1 alimentación: _____

4.5.2 vivienda: _____

4.5.3 vestido: _____

4.5.4 escuela: _____

4.5.5 pasajes _____

4.5.6 gastos médicos: _____

4.5.7 diversiones: _____

4.5.8 otro(s): _____

4.6 Sensación de seguridad respecto al actual nivel de vida (ingresos, trabajo, vivienda): _____

4.7 ¿Cómo podrían mejorar sus condiciones de vida: _____

4.7.1 ¿Qué está haciendo para mejorar sus condiciones de vida? _____

4.8 ¿Lo que ganan es suficiente para vivir? _____

4.9 ¿Pueden ahorrar? _____

4.10 ¿Les alcanza el dinero para cubrir sus necesidades? _____

5. VESTIDO:

5.1 Descripción de la vestimenta de las personas de la familia y especialmente de la señora: _____

II. ACTIVIDADES FAMILIARES.

1. PARTICIPACIÓN FAMILIAR

1. 1 ¿Realizan actividades en familia? a) Sí b) No
 1. 2 ¿Cuáles? _____

2. QUEHACER DE LA CASA:

2.1 ¿Quiénes participan en el quehacer de la casa? a) Papá b) Mamá c) Hijo(s) d) Hija(s) e) Otro(s) _____

3. RUTINA FAMILIAR:

3.1 RUTINA DIARIA	PAPA	MAMA	HIJOS	HIJAS
A) HORA DE TRABAJO				
B) HORA DE ALIMENTO				
C) HORA DE DESCANSO				

III. HABITOS Y COSTUMBRES DE HIGIENE.

1. Baño.

1.1 ¿Cada cuándo se baña usted? _____
 1.2 ¿Cada cuándo se bañan los niños? _____

- 1.3 ¿En dónde se baña usted? _____
- 1.4 ¿En dónde se bañan los niños? _____
- 1.5 ¿Al agua con la que baña a los niños le pone alguna hierba, o sustancia? a) Si b) No
- 1.5.1 Si le pone algo, ¿Para qué y por qué se la pone? ¿Qué es lo que le pone? _____
- _____
- _____

2. LAVADO DE DIENTES Y MANOS.

2.1 Dientes

- 2.1.1 ¿Cada cuando se lava usted los dientes? _____
- 2.1.2 ¿Con qué se lava usted los dientes? _____
- 2.1.3 ¿Cada cuando se lavan sus niños los dientes? _____
- 2.1.4 ¿Usa alguna hierba o sustancia para lavar los dientes de usted y de sus hijos? a) Si b) No
- 2.1.4.1 ¿Para qué y por qué la usa? ¿Qué es lo que usa? _____
- _____
- _____

2.2 Manos.

- 2.1 ¿Cada cuándo se lava usted las manos? _____
- 2.2 ¿Con qué se lava las manos? _____
- 2.3 ¿Sus hijos se lavan las manos seguido, usted se las lava? _____
- _____

3. CAMBIO Y LAVADO DE ROPA.

- 3.1 ¿Cada cuándo se cambia usted la ropa interior? _____
- 3.2 ¿Cada cuándo se cambia la ropa de "encima"? _____
- 3.3 ¿Cada cuándo se cambian la ropa interior sus hijos? _____
- 3.4 ¿Cada cuándo se cambian la ropa de "encima" sus hijos? _____
- 3.5 ¿De qué tipo de pañales usa(n) su(s) niño(s)? a) De tela b) desechables c) No usan pañales d) Otros _____
- 3.6 ¿Con qué limpia a los pequeños cuando se hacen del baño? _____
- _____

3.7 ¿Cuándo se rozan sus niños, qué les pone?

3.8 ¿Quién, cada cuándo y en dónde lavan la ropa?

3.9 ¿A la ropa de los pequeños les da algún tratamiento especial?

3.10 Observaciones sobre la limpieza de la señora y de sus hijos:

4. LIMPIEZA DE TRASTES PARA LA COMIDA Y ESPECÍFICAMENTE DE LOS UTENSILIOS PARA EL O LOS PEQUEÑOS.

4.1 ¿Quién lava los trastes? a) Mamá b) Papá c) Hijos d) Hijas e) Otra

4.2 ¿Los niños pequeños tienen cuchara, plato, vaso, especialmente para ellos?

A) Sí

b) No

4.3 ¿Si su(s) niño(s) toman mamila, cómo la limpia, la hierve?

5. CUIDADOS Y LIMPIEZA DE LOS ALIMENTOS.

5.1 ¿De dónde obtienen el agua que usan para beber?

a) De la llave

b) De garrafón

c) De la pipa

d) Otro:

5.2 ¿Dan algún tratamiento especial al agua que beben?

a) La hierven

b) la cloran

c) No le dan tratamiento

d) Otro:

5.3 ¿Quién hace la comida?

a) Mamá

b) Papá

c) Hijos

d) Hijas

e) Otra:

5.4 Observaciones sobre la higiene con la que se elaboran los alimentos:

6. RECOLECCIÓN DE BASURA.

6.1 Manejo de basura:

a) A cielo abierto

b) Se quema

c) Se entierra

d) Se tira en el camión

e) Otro:

6.2 Dentro de la vivienda:

6.2.1 Hay botes para la basura

a) Con tapa

b) Sin tapa

c) No hay botes

6.2.2 Fuera de la vivienda, hay botes para la basura:

a) Con tapa

b) Sin tapa

c) No hay botes

IV. HABITOS Y COSTUMBRES RELACIONADOS CON LA SALUD.

1. VACUNACIÓN.

1.1 Solicitar las cartillas de vacunación de los niños menores de 6 años y registrar:

Nombre del niño(a)	¿Está el cuadro acorde a la edad?		¿Cuáles vacunas faltan?
	a) Si	b) No	
01			
02			
03			
04			

1.2 ¿En caso de que les falten vacunas, a qué se debe esto?

1.3 ¿En dónde vacunan a los niños? _____

2. PROCESO SALUD-ENFERMEDAD.

2.1 ¿Quién la cura a usted cuando se enferma? a) doctor b) enfermera c) curandera d) hierbera e) huesero f) sobador g) otro(s) _____

2.2 ¿Cuándo se enferman los niños, usted los cura? a) Si b) No ¿Cómo los cura usted? _____

2.3 Si no los cura usted ¿Quién los receta? a) doctor b) enfermera c) curandera d) hierbera e) huesero f) sobador g) otro(s) _____

2.4 Asiste al Centro de Salud o a la Clínica cuando alguno de sus familiares o usted se enferma? a) Si b) No

2.4.1 ¿Por qué? _____

2.5 ¿Lleva a sus niños al Centro de Salud o a la Clínica, aunque no estén enfermos, por ejemplo para que chequen su desarrollo?

a) Si b) No

2.5.1 ¿Por qué? _____

2.6 ¿Cada cuándo se enferman sus niños? _____

2.7 ¿De qué se enferman o se han enfermado sus hijos?:

ENFERMEDAD	a)SI	b)NO	¿Quién los cura?
a)diarrea			
b)anginas			
c)mal de ojo			
d)aire			
e)espanto			
f)lombrices o parásitos			
g)disenteria			
h)calentura			
i)caída de la mollera			
j)cólicos			
k)susto			
l)tos			
m)vomito			
n)empacho			
ñ)granos			
o)ataques			
p)varicela			
q) viruela			
r)sarampión			
t)rubeola			
g)otra(s)			

2.8 ¿Sus niños han estado internados alguna vez? a) Si b)no

2.8.1 ¿Por qué, en dónde?

2.9 DESPARASITACION.

2.9.1 ¿Usted se ha desparasitado? a) Sí b) No ¿Con qué? (Medicamento, tés, hierbas, etc., especificar): _____

2.9.2 ¿Ha desparasitado a sus hijos? a) Sí b) No ¿Con qué? (Medicamento, tés, hierbas, etc., especificar): _____

2.8.4 ¿Quién le ha dado o recetado el tratamiento? _____

2.8.5 En las últimas dos semanas han tenido diarrea sus hijos o alguien de su familia incluyéndose usted? a) Sí b) No

2.8.6 ¿Quién(es)? _____

2.8.7 Actualmente toma usted algún medicamento (vitaminas, hierro, etc.) a) Sí b) No

2.8.7.1 ¿Por qué, cuál? _____

2.8.8 Actualmente les da a sus niños algún medicamento, vitaminas, hierro, etc.? a) Sí b) No

2.8.9 ¿Por qué y para qué? _____

3. EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL.

1. Datos antropométricos.

1.1 ¿Cuando nacieron sus hijos, qué tamaño tenían?

a) Eran muy grandes b) De tamaño normal c) Más pequeños de lo normal d) Muy pequeños

1.2 ¿Cuánto pesaron y midieron sus niños al nacer?

NOMBRE	PESO	TALLA
01		
02		
03		
04		

1.3 Peso actual y longitud/talla de los niños menores de 4 años

NOMBRE	PESO	TALLA	EVALUACIÓN NUTRICIONAL
01			
02			
03			
04			

1.3 Peso y talla de la señora: a) Peso: _____ b) Talla: _____ c) Evaluación Nutricional _____

2. EVALUACIÓN DEL CONSUMO DE ALIMENTOS

2.1 ¿El dinero que invierten en la comida les alcanza para comer bien, o escasamente? _____

2.2 ¿Existen periodos cíclicos de escasez y abundancia en el consumo de alimentos? a) Sí b) No _____

2.2.1 ¿Por qué? _____

2.3 ¿En caso de que haya escasez de alimentos, qué hacen (se come sólo una o dos veces al día, se pide fiado, comen menos [los adultos, los niños, la señora, etc.]) _____

2.4 Actualmente alguna persona de su familia o toda la familia recibe ayuda o apoyo con alimentos? a) Sí b) No _____

2.4.1 Si recibe ayuda señalar que le dan:

ALIMENTOS

a) leche	i) azúcar
b) tortillas	j) sal
c) harina	k) desayuno escolar
d) arroz	l) papillas
e) frijol	m) bebidas
h) sopa de pasta	n) sardinas

HUEVOS, CARNES			
a) huevo			
b)carne de pollo			
c)carne de cerdo			
d)carne de res			
e)salchicha o jamón			
f)pescado			
LEGUMINOSAS			
a) frijoles			
CEREALES			
a) tortillas			
b)pan			
c)cereal (granola, corn flakes, etc.)			
GRASAS			
a)Manteca de cerdo			
b)Mantequilla			
c)margarina			
d)crema			
REFRESCOS			
OTROS:			

3.2 RECORDATORIO DE 24 HORAS.

3.2.1 ¿Qué desayunó usted ayer? _____

3.2.2 ¿Qué comió ayer? _____

3.2.3 ¿Qué cenó

ayer? _____

4. PRÁCTICAS DE LACTANCIA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

4.1 ¿A cuáles de sus hijos les dio pecho, a qué edad se los quitó?

NO.	NOMBRE DEL NIÑO	EDAD

4.2 ¿Le da pecho actualmente a alguno de sus hijos? a) Sí b) No

4.3 ¿A quién(es) les da pecho? ¿Cuánto tiempo tiene dándoles?(Nombres).

NO.	NOMBRE	TIEMPO

4.4 ¿Cuándo le(s) piensa quitar el pecho?: _____

4.5 ¿Han tenido o tuvieron problemas o molestias sus hijos, o usted al darles pecho, por ejemplo cólicos?

5. ALIMENTOS DE LOS NIÑOS.

5.1 ¿A qué edad comenzó a tomarlo regularmente? 5.2 ¿Tomó ayer alguno de los alimentos y cuántas veces?

	NIÑO	NINA	NIÑO	NINA	observaciones
a) Otra leche distinta al pecho(fórmula infantil, leche de vaca, etc.)?					
LIQUIDOS					
a) Agua simple					
b) Agua endulzada					
c) Té simple o endulzado					
d) Café simple o endulzado					
e) Refresco					
f) Caldo de frijol					
g) Caldo de pollo o de res					
h) Agua miel o pulque					
i) atole con agua o con leche					
j) Cereal con agua o con leche					
k) Café con leche					
l) Chocolate con leche					
m) Jugo de frutas					

CEREALES Y LEGUMINOSAS (Enteros o en puré)

n) Sopa de pasta					
ñ) Tortilla					
o) Pan					
q) Avena					
r) Frijoles					
s) Lentejas					
t) Habas					

FRUTAS Y VERDURAS

u) Frutas					
v) Verduras					

CARNES Y LACTEOS

w) Carne de pollo, de res o de cerdo (Incluyendo jamón o salchicha)					
x) pescado					
y) huevo					

5.3 Describa qué desayunaron, comieron y cenaron ayer sus hijos menores: _____

OBSERVACIONES: _____

ANEXO "4"

**"ENFERMEDADES DE FILIACIÓN TRADICIONAL
QUE AFECTAN EL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO"**

ENFERMEDADES DE FILIACIÓN TRADICIONAL, RELACIONADAS CON LA ALIMENTACIÓN DE LOS HIJOS

Cabe especificar que por enfermedades de filiación tradicional se entiende a un conjunto de síntomas, no siempre definidos por las entrevistadas de manera uniforme, que obedecen a diferentes etiologías, en las que existen elementos de causalidad natural y/o "mágicas" del entorno, cosas o personas; en donde también se establecen tratamientos o terapéuticos, que tienen que ver con la llamada medicina tradicional y medicina doméstica, en donde se ponen en juego las propiedades terapéuticas de las plantas, "sobadas", "baños", etc.; que las informantes refieren, ya sea como usuarias, como terapéutas, o simplemente como madres que atienden y curan las enfermedades de sus hijos. Por esto, a continuación se describen las enfermedades nombradas por las mujeres organizando la información por enfermedad, definida por un nombre específico, y en indicadores tales como: etiología o causas, síntomas, y tratamiento (es importante destacar que en este rubro las respuestas se dividen de acuerdo a quien da el tratamiento, señalando a las madres cuando ellas mismas realizan la curación, y a la suegra y/o la señora que *cura*; en muy pocos de los casos se nombró a la abuela materna).

1. EMPACHO

El empacho es una enfermedad propia del aparato digestivo, que consiste en que se le pega algo en el estómago o pancita al niño. Cabe destacar que esta enfermedad fue nombrada en algún momento de la entrevista por las diez mujeres.

1.1 Causas:

- Todas las informantes refirieron que se les pega algo en el estómago a los niños, principalmente las cascaritas de frijol, también pueden ser las de uva y de manzana. Inclusive señalaron hay un tipo de empacho de frijol o de uvas,
- En segundo lugar, por frecuencia, las señoras refirieron que cuando los niños comen mucho se empachan.
- También como causa del empacho se refirió el comer dulces con el papel, el comer tierra, y la leche del DIF, que a algunos niños no les cae por lo corriente que es.

1.2 Síntomas:

- Todas las informantes señalaron que de no curarse el empacho los niños revientan, debido a que se les infla la pancita como sapos.
- La popa del bebé huele muy feo.
- Náuseas,
- Falta de apetito,
- Insomnio,
- Dolor de Cabeza,
- Diarrea.

1.3 Tratamiento:

- Darle un poco de sal de uvas,
- Purgarlos, dándoles a tomar aceite de recino y de oliva,
- Sobar y jalar la piel del espinacito hasta que truene, también la pancita se soba,
- Dar tesitos para calmar la diarrea; una de las mujeres refirió los ingredientes del té: manzanilla, un poco de aceite de cocina quemado, carbonato, flor de cempoaxóchitl o raíz, guayaba, raíz de cebolla, pelo de coco; este "té" se da a beber al niño las veces que sea necesario.

Ahora bien, al hablar del empacho se distinguió una entidad a la cual se le denomina "empacho de la lactancia o relacionada con el amamantamiento", y a continuación se describe:

2. EMPACHO DE LA LACTANCIA O DEL AMAMANTAMIENTO

Esta enfermedad fue descrita por las informantes, quienes señalaron al empacho que genera la madre en el infante, transmitido por la leche materna.

2.1 Causas:

- Que la mujer lactando coma: chile, nopales, frijoles, papa o calabaza (éstas dos últimas son irritantes del estómago), y le dé al bebé leche.

2.2 Síntomas:

- Se describen todos los que se señalaron anteriormente con el empacho, aunque ésta enfermedad se presenta tanto en la madre, como en el niño; además de:
 - Cólicos,
 - Inflamación.

2.3 Tratamiento:

- La madre debe ir comiendo poco a poco los alimentos antes señalados, para que se vayan aceptando tanto por su estómago, como por el del bebé.
- O definitivamente no comer esos alimentos, y volver a hacerlo hasta que deje de amamantar.
- También se refiere que en la cura -igual que el empacho antes descrito- tanto la madre, como el bebé deben seguir el tratamiento.

3. CAIDA DE MOLLERA

La enfermedad denominada "caída de mollera", (la mollera [fontanela] está ubicada en la parte superior de la cabeza) y fue nombrada por las mujeres informantes.

3.1 Causas:

La mayoría de las mujeres señalaron que esta enfermedad es causada por:

- Caídas, sacudidas y brincos fuertes,
- También las entrevistadas señalaron que los bebés nacen con el cuerpecito abierto... por lo que hay que curarlos de la mollera.
- Puede ser que se saque de manera brusca el pecho de la boca del bebé, por lo que el aire jala la mollera

3.2 Síntomas:

Se refieren los siguientes síntomas:

- Se le baja algo en la garganta al niño, también ese "algo" fue llamado *granito o bolita, que no le deja pasar la comida.*
- Se le sumen los ojitos, inclusive se observa un ojo más pequeño que el otro,
- Se le sume la mollera.
- Cuando maman el pecho truenan la boquita.
- El niño no puede pasar la leche o la comida y se atraganta
- Puede presentar *diarrea agria* (no se pudo saber en qué consiste ésta).
- El niño no puede comer e inclusive *puede morir.*

3.3 Tratamiento:

De manera general se describen las siguientes acciones:

- Se pone aceite de cocina en el dedo gordo, o también una cáscara de tomate, se empuja el paladar con mucha fuerza (esto es llamado *paladear*).
- Se soba la cabeza del niño, sobre todo en la mollera; lo mismo se hace con las *quijaditas*,
- Se le jala la mollera con la boca, en una especie de succión, es importante tener agua en la boca,
- Se le pone azúcar en la mollera y se le pega un pedazo de papel,
- Se le da té de manzanilla o hierbas diversas, pero no se le debe dar agua hasta el día siguiente.
- Se debe sacar el pezón de la boca del bebé muy despacio.

4 LOMBRICES, PARÁSITOS O BICHOS DEL ESTÓMAGO

Esta enfermedad como se indica en el nombre, consiste en tener en la panza parásitos, lombrices o bichos.

4.1 Causas:

- Todas las informantes señalaron como causa principal el que los niños coman muchos dulces o golosinas.
- Una mujer señaló como causa el que coman cosas en la calle.

4.2 Síntomas:

- Falta de apetito,
- Baja de peso,
- Dolor de estómago,
- Diarrea.

4.3 Tratamiento:

- El indicado por el médico del Centro de Salud, o el que *dan las enfermeras cuando vacunan a los niños* (también le llamaron purga).
- Los niños deben aprender a comer chile desde pequeños, ya que *a las lombrices no les gusta el chile, por lo que se mueren con éste.*
- Dar té de hierbabuena con leche.
- Dar a comer *guaches* (ejotes largos) comidos crudos.

5 MAL DE OJO

La presencia de la llamada enfermedad del mal de ojo, se observó en el discurso de las informantes, en donde de manera general se señaló que éste *se debe a que una persona puede causar daño al mirar a los niños.*

5.1 Causas.

Como única causa se señala:

- Que una persona de *vista fuerte* observe al bebé, sin tocarlo.

5.2 Síntomas:

- Llanto incontrolable,
- Falta de apetito,
- Se infla la panza y el niño puede reventar* (este mismo síntoma se refirió en el empacho).

5.3 Tratamiento:

En este aspecto cada mujer definió un tratamiento diferente, éstos a continuación se describen:

- Limpiar al niño con un zapato de la mamá; es decir, pasar el zapato por todo el cuerpo, y ponerle un ojo de venado.*
- Limpiar al niño con ramas de ruda y de árbol de flores rojas.*
- Untar en el estómago del bebé manteca y el tizne del comal en donde se hacen las torillas.*
- Una de las mujeres aconseja que *no se le vista al niño con ropa vistosa, que llame la atención, para que no lo volteen a ver.*

6. CHIPILÉS

Esta enfermedad les da a los niños muy pequeños cuando la mamá se embaraza de nuevo.

6.1 Causas:

- La única causa que se manifestó fue el embarazo de las madres.

6.2 Síntomas:

- Falta de apetito,
- Adelgazamiento,
- El niño quiere estar todo el tiempo con la mamá y que lo cargue.
- El niño se desnutre, porque enfoca.

6.2 Tratamiento:

- La mamá debe entenderlo y apapacharlo,
- Con el agua con la que se baña al recién nacido, agua con pura mugre, se debe de bañar al niño chípil, realizando esto las veces que sea necesario.

7. ENCORDADO

Esta enfermedad consiste en que hay cuerditas del cuerpo del bebé que están mal guardadas.

7.1 Causas:

- Los niños nacen con esta enfermedad.

7.2 Síntomas:

- Pechito saltado,
- Columna desviada,
- Dolor de espalda,
- Falta de apetito,
- Popo verde,
- Una piernita más corta que la otra.

7.3 Tratamiento:

- Sobar todo el cuerpo del bebé con aceite de cocina, especialmente la columna vertebral.
- Reposar un día, sin moverse,
- El día de la sobada no se le debe bañar.

8. CAER DE PESO (ALIMENTO INGERIDO).

Esta enfermedad se refiere a obligar al niño a comer cualquier alimento que no desea, no le gusta, o cuando no tiene hambre.

8.1 Causas:

- Se le obliga a comer al niño, sobre todo cuando no tiene hambre.

8.2 Síntomas:

- Se asedan,
- Diarrea,
- Vómito,
- Dolor de panza.

8.3 Tratamiento:

- Tomar un té,
- Sobre todo no forzar a los niños a comer.