

MODELO DE INTERVENCIÓN DIRIGIDO A PROVEEDORES DE SERVICIOS
DE SALUD, PARA LA PROMOCIÓN INTEGRAL DE LA NUTRICIÓN DEL
NIÑO MENOR DE 2 AÑOS, EN CONTEXTOS DE TRANSICIÓN
NUTRICIONAL

Anabelle Bonvecchio Arenas

Bonvecchio@insp.mx

0155-52910807

044-5554333769

Doctorado en Sistemas de Salud. Generación 2007

México, febrero 2011

Comité de tesis:

Directora:

Dra. Hortensia Reyes. CISS. INSP México

Asesores:

Dra. Lynnette Neufeld: Micronutrient Initiative / INSP México

Dra. Gretel Pelto: Cornell University

Dr. Juan Rivera: CINyS. INSP México

Resumen

La transición nutricional ha originado un cambio en la concepción tradicional que consideraba a la desnutrición y el sobrepeso como problemas de salud pública opuestos en sectores sociales distintos, e impone la necesidad de diseñar y aplicar programas de salud pública que aborden simultáneamente ambas condiciones, desde una perspectiva de curso de vida. Estos programas dirigidos a prevenir la doble carga de la mala nutrición demandan el desarrollo de nuevas competencias en los proveedores de servicios de salud dedicados a la promoción de la nutrición infantil. Esta tesis tiene como propósito el diseño de un modelo de intervención culturalmente apropiado, dirigido a proveedores de servicios de salud, para la promoción integral de la nutrición del niño menor de 2 años, entendida como el conjunto de acciones dirigidas a la vigilancia del crecimiento lineal, evitando la desnutrición y la ganancia acelerada de peso, mediante la promoción de prácticas adecuadas de alimentación infantil en contextos de transición nutricional, como México.

Se utilizará un enfoque de métodos mixtos con el objetivo de: a) Evaluar las prácticas actuales de los proveedores de servicios de salud en relación a la vigilancia del crecimiento lineal y a las recomendaciones sobre lactancia materna y alimentación complementaria. b) Identificar las barreras que enfrentan los proveedores de servicios de salud para la promoción integral de la nutrición de los niños menores de 2 años. c) Identificar los conocimientos, actitudes y prácticas actuales sobre lactancia materna y alimentación complementaria de las madres usuarias de los servicios de salud, así como las barreras para la adopción de prácticas adecuadas. Además, se propondrán las dimensiones fundamentales para la integración del modelo.

Palabras claves:

Programas, transición nutricional, desnutrición, obesidad, sistemas de salud, promoción, lactancia materna, alimentación complementaria.

Índice de contenido

1	Introducción:.....	4
2	Antecedentes	6
2.1	Desnutrición, riesgo de obesidad y enfermedades crónicas:	6
2.2	Panorama nutricional de los niños en México	7
2.3	Prácticas de alimentación infantil y su relación con problemas de nutrición:	9
2.3.1	Lactancia Materna:	9
2.3.2	Alimentación Complementaria:	11
2.4	Intervenciones para la promoción de la lactancia materna y la alimentación complementaria:	12
2.5	Intervenciones para la promoción de cambios de comportamientos:..	14
2.6	Importancia del abordaje a través de los sistemas de Salud:	16
3	Planteamiento del problema:.....	18
4	Marco conceptual:	21
4.1	Modelos y teorías de cambio de comportamientos.	21
4.1.1	Modelo Socio-ecológico o perspectiva socio-ecológica:.....	23
4.1.2	. Teoría de la conducta planeada (TCP) (Theory of Planned Behavior):.....	25
4.1.3	Modelo Comunicación Paciente-Proveedor:.....	27
5	Contexto de los servicios de salud pública en México	28
6	Objetivos	29
6.1	Objetivo General:	29
6.2	Objetivos específicos:	29
7	Metodología:	30
7.1	Diseño del estudio:.....	31
7.2	Procedimiento metodológico.	31
7.2.1	Métodos Cuantitativos:	32
7.2.2	Métodos Cualitativos:	35
7.2.3	Metodología para las dimensiones fundamentales del modelo: ...	42
8	Referencias	48

1 Introducción:

La mayoría de los países del mundo, especialmente los de ingresos medios y bajos, atraviesan por un proceso de transición nutricional con cambios en el perfil epidemiológico y nutricional de las poblaciones, directamente relacionados con modificaciones en los patrones de ingesta dietética y de actividad física. Dichos cambios son determinados por la interacción entre la modificación de las condiciones económicas, demográficas, ambientales y culturales que han ocurrido en las sociedades en las últimas décadas¹. México², como otros países de Latinoamérica^{3,4} no escapa a esta realidad.

Una de las características de la transición nutricional es el aumento de la coexistencia de desnutrición (principalmente retardo del crecimiento y anemia) y el sobrepeso y obesidad (SO), en los mismos grupos de población e incluso dentro de un mismo hogar^{5,6}. Esto ha originado un cambio en la concepción de que la desnutrición y el SO son problemas de salud pública opuestos y que se presentan en contextos sociales distintos, lo que impone la necesidad de programas para abordar simultáneamente ambas condiciones^{5,7}.

Actualmente existe un rezago en el diseño de programas con estas características, lo que es un reto importante para los sistemas de salud de México y otros países de la región con contextos similares de transición nutricional.

La mayoría de los países de la región cuentan con programas dirigidos a la prevención del retardo del crecimiento y la deficiencia de micronutrientes, pero no se han adaptado a las necesidades ante el panorama de transición nutricional y epidemiológico, y por lo tanto generalmente no contemplan componentes para la prevención del SO. Tampoco se ha incluido un abordaje con enfoque multisectorial, que incluya además del sector salud, otros igualmente relevantes tales como el sector agrícola, comercio, transporte, educación, economía entre otros, que es fundamental para el éxito de las políticas.

Se han documentado consecuencias adversas de la desnutrición y el SO durante edades tempranas en la salud y el desarrollo del individuo, lo que indica la necesidad de abordar ambos problemas comenzando desde el período pre y post natal temprano.

Esta nueva concepción de los programas demanda profesionales de servicios de salud (PSS) que cuenten con las competencias necesarias para la promoción de estilos de vida saludables con un enfoque de ciclo de vida, que les permita abordar ambas caras del problema y responder al ambiente cambiante de la prestación de servicios ante estas circunstancias, dentro del contexto cultural específico en el que estos servicios se otorgan. Estas nuevas competencias deben ser la base para el desarrollo de las capacitaciones y la planeación de la fuerza de trabajo⁸.

Esta tesis tiene como propósito el diseño de un modelo de intervención culturalmente apropiado dirigido a proveedores de servicios de salud, para la promoción integral de la nutrición del niño menor de 2 años, con el doble objetivo de prevenir la desnutrición y el SO. Para los efectos de esta tesis, la promoción integral contemplará la adecuada consejería para la promoción de la lactancia materna y alimentación complementaria y el seguimiento del crecimiento y la ganancia acelerada de peso, por considerarse los temas más prioritarios para el grupo de edad al que va dirigido.

Dado que las intervenciones de promoción de la salud son efectivas cuando son relevantes al contexto en donde serán aplicadas⁹, para el desarrollo del modelo de intervención se partirá de un análisis del contexto en el cual será implementado el modelo, ilustrado con información del programa Oportunidades de México y usando un enfoque de métodos mixtos. Así mismo, es relevante garantizar la calidad de la implementación y la adecuada cobertura.

Los métodos cuantitativos permitirán identificar las prácticas actuales de los PSS y las madres en relación a los temas que serán abordados en el modelo, es decir la promoción de crecimiento lineal, prevención de la desnutrición, de la ganancia acelerada de peso a través del fomento de prácticas adecuadas de lactancia materna y alimentación complementaria.

La información cualitativa, permitirá principalmente, identificar las barreras que enfrentan los proveedores de servicios de salud para la promoción integral de la nutrición de los niños menores de 2 años. También permitirá describir las prácticas y percepciones de las madres, así como las barreras que éstas enfrentan para llevar a cabo las recomendaciones de lactancia materna y alimentación complementaria. Es relevante considerar

dentro de las barreras que enfrentan las madres, si los mensajes que reciben de parte de los proveedores de servicios de salud son adecuados en cantidad y contenido, en la forma en que son comunicados, si son alcanzables y si se realizan preguntas para verificar que las madres entendieron el mensaje.

La meta es definir los aspectos esenciales que deben estar presentes en un modelo para la promoción integral del estado de nutrición del niño menor de 2 años por parte de los PSS, dirigidas a la prevención de la desnutrición y el SO. Será un modelo flexible que se podrá ajustar según los diferentes contextos y prioridades. La metodología podrá aplicarse en el desarrollo de nuevos componentes del modelo, como por ejemplo la promoción de la actividad física para niños en edades mayores (preescolares) cuando este tema se vuelve más relevante para evitar la formación de hábitos sedentarios.

La aplicación de intervenciones siguiendo este modelo contribuirá con el fortalecimiento de la atención primaria en salud (APS), mediante la promoción, prevención y mejora de la calidad de los servicios en nutrición. Asimismo, constituye una herramienta para dar respuesta a los desafíos de la transición nutricional que enfrentan los países y mejorar la equidad en salud.

2 Antecedentes

2.1 Desnutrición, riesgo de obesidad y enfermedades crónicas:

Un tercio de la mortalidad infantil y más del 10% de la carga global de la enfermedad se atribuyen a la desnutrición materno-infantil¹⁰. La nutrición inadecuada durante los dos primeros años de vida es, por lo tanto, uno de los factores de riesgo prevenibles más importantes de la mortalidad infantil. Las repercusiones negativas de la desnutrición para la salud, el bienestar y la productividad de los niños durante su infancia y hasta la vida adulta, han sido ampliamente documentadas^{10,11,12,13}.

Desde el nacimiento hasta los dos primeros años de vida se considera la “ventana crítica de oportunidad” es decir, el período clave para la promoción del crecimiento, salud y el desarrollo óptimo. Después de los 2 años, es difícil revertir los daños ocasionados por la desnutrición en el crecimiento y

desarrollo, e incluso los daños pueden llegar a ser irreversibles¹⁴, de allí la importancia de intervenir a edades tempranas.

Además, el periodo prenatal, la infancia y la niñez temprana han sido definidos como estados de particular vulnerabilidad biológica para el desarrollo del sobrepeso y la obesidad, ya que son periodos únicos de diferenciación celular y desarrollo. Por lo tanto, las acciones que se tomen durante este período pueden tener repercusiones importantes para el futuro¹⁵.

El retardo de crecimiento intrauterino y al retardo del crecimiento durante la infancia temprana, seguido por una ganancia acelerada de peso durante la niñez, ha sido relacionado con el desarrollo de obesidad subsecuente^{16,17,18,19,20,21}, así como con la aparición de enfermedades crónicas en el adulto^{22,23} tales como hipertensión²⁴ diabetes tipo 2^{25,13} y enfermedades cardiovasculares²⁶. Aunque un estudio de cohorte en 5 países incluyendo Brazil y Guatemala concluyó, que la ganancia acelerada de peso durante la infancia no tiene mayor riesgo para la hipertensión que el aumento de peso a otras edades²⁷, es decir, la relación entre ganancia de peso e hipertensión, existe a cualquier edad y no solo durante la infancia. Adicionalmente, los infantes con sobrepeso tienen más probabilidades de tener sobrepeso en la edad preescolar^{28,29} y los niños con sobrepeso en la edad pre-escolares tienen 5 veces más probabilidad de tener sobrepeso en la edad escolar³⁰ y el doble de probabilidades de tener sobrepeso de adultos³¹.

2.2 Panorama nutricional de los niños en México

En México, el retardo del crecimiento ha ido descendiendo aunque se mantienen prevalencias elevadas en ciertos grupos vulnerables de población. En niños menores de 5 años, la prevalencia de baja talla permanece en 15.5 % y alcanza cifras tan altas como el 34% en zonas indígenas, constituyendo el principal problema de desnutrición. Este problema empieza a edades tempranas, 14% de los niños menores de 5 meses ya presentan baja talla. Por el contrario, el sobrepeso ha aumentado progresivamente y se ubica en 7.6% (Puntaje Z del indicador Peso para la Talla mayor a 2 DE), siendo el doble del bajo peso 3.4%(Puntaje Z del indicador Peso para la Edad menor a 2 DE) y casi 4 veces la prevalencia de emaciación 2.0% (Puntaje Z del indicador Peso para la Talla menor a 2 DE)³².

Los problemas de desnutrición en México, ilustran las inequidades en salud que persisten en el país. Para todos los tipos de desnutrición (bajo peso, baja talla y emaciación) se observa un gradiente en aumento entre grupos socio económicos menos favorecidos: no indígena vs indígena, área de residencia urbana vs rural e índice de condiciones de vida alto, medio y bajo (tabla 1).

Por su parte, el SO infantil, afecta a los niños de todas las edades, estratos socioeconómicos y grupos de población indígena y no indígena del país³³. Las prevalencias de SO usando el sistema de referencia del International Obesity Task Force-IOTF, se acentúa conforme aumentan las edades: 16.7% en preescolares de 2 a 4 años, 26.2% en edad escolar y 30.9% en adolescentes ³³. Sin embargo, para esta condición en niños de 2 a 4 años, no se observa el gradiente en aumento presente para los diferentes tipos de desnutrición entre los grupos más vulnerables; por el contrario, los grupos no indígenas de zonas urbanas con el índice de condiciones de vida más elevado son los que presentan las mayores cifras de SO.

La prevalencia de SO de casi 17% en el grupo de preescolares de 2 a 4 años indígenas y no indígenas, indica que el problema se inicia incluso antes de los 2 años de vida y resalta la necesidad de intervenciones tempranas para este grupo de edad, antes de la aparición y consolidación de hábitos alimenticios poco saludables y estilos de vida sedentarios.

Asimismo, se ha identificado que la prevalencia de la coexistencia en el mismo niño de retardo del crecimiento y sobrepeso y obesidad, en niños de 2 a 5 años de población rural de bajos recursos económicos en México es de 5% en niños no indígenas y por encima del 10% en niños indígenas³⁴.

Tabla 1: Condición Nutricional de Niños Menores de 5 años

Condición nutricional en menores de 5 años	Total < 5 años	Grupo étnico		Área de residencia		Índice de Condiciones de Vida		
		No indígena	Indígena	Urbano	Rural	Alto	Medio	Bajo
Bajo Peso (peso para la	3.4	3.1	6.3	4.9	2.9	5.3	2.6	2.4

edad)								
Retardo del crecimiento (Talla para la edad)	15.5	13.2	34.1	12.5	24.1	8.2	12.5	25.7
Emaciación (Peso para la Talla)	2.0	1.9	3.3	2.0	2.0	2.0	1.8	2.3
Sobrepeso y obesidad (peso/talla puntaje Z por encima de 2DE)	7.6	7.8	5.5	7.9	6.7	8.6	8.0	6.2

Fuente: Gonzalez-de Cossio et al. Salud Pública de México. 2009; 51(4): S494-S506.

2.3 Prácticas de alimentación infantil y su relación con los problemas de nutrición:

Las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria son predictores importantes de la nutrición, la salud y la supervivencia del lactante y el niño.

Las prácticas inadecuadas de lactancia materna y alimentación complementaria son las causas principales de desnutrición (junto con las enfermedades infecciosas frecuentes y/o severas)³⁵ y han sido también relacionadas con el sobrepeso y la obesidad³⁶. Con el incremento acelerado de la transición nutricional, entender la influencia de estas prácticas en un contexto caracterizado por la coexistencia de sobrepeso y desnutrición, es de particular importancia.

2.3.1 Lactancia Materna:

Se ha estimado que la introducción de otros líquidos y alimentos diferentes a la leche materna en los primeros 6 meses de vida, representa el 10% de la carga de la enfermedad en niños menores de 5 años¹⁰. El riesgo relativo de morbilidad y mortalidad por diarrea y neumonía, en niños menores de 6 meses que son alimentados con lactancia materna predominante (sólo agua o te, además de leche materna), lactancia materna parcial (otros líquidos y sólidos

además de la leche materna) y sin lactancia materna, aumenta gradualmente cuando se compara con la lactancia materna exclusiva (sólo leche materna)¹⁰.

Por otra parte, en los últimos años, ha habido un interés creciente en estudiar la relación entre lactancia materna, SO y enfermedades crónicas no transmisibles. Aunque la evidencia aún no es concluyente, los resultados apuntan hacia un efecto protector de la lactancia materna en sobrepeso y obesidad infantil³⁷ y en la vida adulta³⁸. El efecto es dependiente del tipo de lactancia materna y la duración, siendo más grande con la lactancia materna exclusiva³⁹. También se ha documentado, que la lactancia materna podría estar asociada con niveles más bajos de colesterol sérico, presión alta⁴⁰, glucosa sanguínea e insulina⁴¹ en el adulto, así como con una mejora del desarrollo cognitivo en niños y rendimiento escolar en adolescentes y jóvenes adultos⁴².

Desafortunadamente, a pesar de los múltiples beneficios de la lactancia materna, esta no es una práctica universal y solo el 39% de los niños a nivel mundial reciben lactancia materna exclusiva (UNICEF/OPS). En México, las prácticas de lactancia materna distan de las recomendaciones. Según datos preliminares de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del 2006⁴³, el 92.3% de los recién nacidos son amamantados al nacer, sin embargo la prevalencia de lactancia materna exclusiva (LME) en niños menores de 6 meses es de 23% y la mediana de duración de cualquier tipo de lactancia es de 10 meses. En 1999, la prevalencia de LME era de 20% y la mediana de duración 9 meses⁴⁴. Las diferencias en las cifras de lactancia materna exclusiva son marcadas en los diferentes grupos de población. Las cifras son más elevadas en niños indígenas (39%) comparados con los no indígenas (21.3%) ($p < 0.05$), en niños rurales (37.6%) comparados con los urbanos (17.8%) ($p < 0.005$), de bajo nivel socioeconómico (30.7%) comparados con los de mediano (19.0) y los de alto nivel socioeconómico (15.1%) ($p < 0.05$). De las madres que reportaron haber trabajado la semana anterior, solo el 13.8% dio lactancia materna exclusiva versus el 24.8% de las que no trabajaron ($p < 0.05$)⁴³.

En México, aunque se ha observado una pequeña mejora entre las dos últimas encuestas nacionales de salud nutrición, las mejoras en la LME o cualquier tipo de lactancia han sido lentas en comparación con la mayoría de los países de la región, teniendo junto con Paraguay, las cifras más bajas y estancadas. Países de similar nivel de desarrollo económico y social como

Brasil y Colombia, han tenido importantes y sostenidos aumentos en la duración de la LM y de la proporción de niños menores de 6 meses amamantados exclusivamente⁴⁵.

2.3.2 Alimentación Complementaria:

La alimentación complementaria es el proceso que comienza cuando la lactancia materna exclusiva ya no es suficiente para cubrir las necesidades nutricionales de los lactantes y por lo tanto se requiere la introducción de otros alimentos y líquidos además de la leche materna. Usualmente es el período entre los 6 y 24 meses de edad³⁵.

Si los niños son adecuadamente alimentados al pecho hasta los primeros 6 meses de vida, pero no reciben una alimentación adecuada a partir de esta edad, tienen un alto riesgo de sufrir de desnutrición, debido a las altas demandas de nutrientes y las altas prevalencias de enfermedades infecciosas¹⁰.

Los hábitos de alimentación de los niños comienzan a establecerse desde edades tempranas y la infancia es un momento de especial sensibilidad para el desarrollo de preferencias de alimentos⁴⁶. Una parte importante del aprendizaje sobre los alimentos, ocurre durante la transición de dietas a base exclusivamente de leche a la alimentación complementaria, sin embargo, éste aprendizaje temprano se ve limitado por la predisposición genética de los niños, incluyendo la preferencia no aprendida por los sabores dulces y salados, y el rechazo de los sabores ácido y amargo⁴⁷.

Otro aspecto que influye en los hábitos de los niños, es la neofobia o el rechazo a los alimentos nuevos, que ocurre a edades tempranas. Los niños están predispuestos a rechazar y aprender asociaciones entre los sabores de los alimentos y las consecuencias después de comerlos, lo que influye en las prácticas de alimentación futura. La neofobia, por ejemplo, es un predictor importante del consumo de frutas y verduras en los niños. Sin embargo, se ha demostrado, que la exposición repetida a los alimentos es clave para el desarrollo preferencias y para superar la aversión a los mismos⁴⁶.

Las preferencias de consumo desarrolladas durante la infancia, se mantienen relativamente estables y repercuten en las decisiones de alimentos tomadas

posteriormente en la vida. También se ha visto que las preferencias de consumo de los niños están relacionadas con las preferencias de sus padres⁴⁷.

Por otra parte, las prácticas de alimentación “tradicional”ⁱ han evolucionado y podrían estar promoviendo el consumo excesivo de alimentos y por lo tanto el sobrepeso⁴⁸. Asimismo, otras creencias y percepciones de los padres pueden estar contribuyendo con el problema, como por ejemplo algunos padres de estratos socioeconómicos más pobres creen que los niños más pesados y que se ven más “gorditos”, son niños más sanos y mejor cuidados⁴⁹, así como que los niños percibidos como más pequeños, frecuentemente se les da alimentos inapropiados para su etapa de desarrollo y le introducción alimentos sólidos de forma temprana⁵⁰.

Cambiar las creencias, actitudes y percepciones de los padres en relación a las amenazas que impone el ambiente actual de alimentos a la salud de sus niños, así como las prácticas de alimentación tradicionales que contribuyen con el SO, es fundamental aunque no es un proceso fácil⁵¹.

La mayoría de los estudios presentados han sido llevados a cabo en países desarrollados. En países en vías de desarrollo, las investigaciones se enfocan principalmente a las influencias de las prácticas de alimentación infantil relacionadas con desnutrición y deficiencia de micronutrientes⁵². Un entendimiento de las prácticas de alimentación asociadas con el sobrepeso durante la infancia temprana, en países en contextos de transición nutricional, es particularmente relevante para el desarrollo de programas de intervención.

2.4 Intervenciones para la promoción de la lactancia materna y la alimentación complementaria:

Dado que las preferencias y prácticas de alimentación de los niños se inician en etapas tempranas de la vida, la consejería nutricional para las familias de los niños pequeños puede tener beneficios nutricionales inmediatos

ⁱ Las prácticas de alimentación tradicional son parte de las culturas y las tradiciones y varían entre los grupos, pero incluye dar alimentos frecuentemente, de buen sabor y los preferidos por los niños, obligar o forzar a los niños a comer, dar alimentos y bebidas dulces tales como refrescos, entre otros.

y reducir los riesgos de desnutrición, SO y enfermedades crónicas⁵³, a la vez que se aprenden hábitos saludables que se mantienen hasta la vida adulta⁵¹.

Además, ha sido demostrado, que es más fácil modificar las prácticas de alimentación de los niños a edades más tempranas, ya que las conductas están menos arraigadas⁵⁴.

Las intervenciones para promover la lactancia materna tienen el potencial de prevenir 13% de las muertes en menores de 5 años en países en desarrollo y han sido definidas como el enfoque preventivo más importante para disminuir la morbi-mortalidad infantil⁵⁵.

Revisiones sistemáticas revelan que cualquier forma de apoyo a la lactancia materna aumenta su duración, particularmente la lactancia materna exclusiva⁵⁶ así como que la educación y apoyo de pares son intervenciones eficaces para el aumento de la iniciación y duración de la lactancia materna, obteniéndose mejores resultados con sesiones informales repetitivas, en lugar de sesiones prenatales más formales y genéricas⁵⁷. Asimismo, es necesario que las madres cuenten con un ambiente conducente a la iniciación temprana de la lactancia materna, a libre demanda en las primeras horas y días después del parto⁵⁸.

Por su parte, existe sólida evidencia de que a través de las intervenciones para promover la alimentación complementaria óptima en contextos de desnutrición se pueden identificar formas aceptables y a bajo costo, para que las madres y/o cuidadores mejoren la alimentación infantil y tengan un impacto positivo en el estado nutricional de los niños^{59,60}.

Con el fin de promover la adecuada lactancia materna y alimentación complementaria, la Organización Mundial de la Salud (OMS), presentó en el 2004 la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño³⁶, documento elaborado mediante un proceso de consulta mundial, que contiene las recomendaciones de alimentación para niños nacidos a término, incluyendo niños de bajo peso nacidos después de las 37 semanas de gestación. Estas guías, también sirven de base para elaborar recomendaciones sobre la alimentación para grupos especiales como aquellos con desnutrición aguda y enfermedades severas. El documento señala que los niños deben ser amamantados exclusivamente hasta los 6 meses de vida, y complementada con otros alimentos hasta los 2 años o más si la madre y el niño así lo desean.

Estás guías serán la base técnica para las recomendaciones de alimentación infantil y serán usadas para guiar el proceso de investigación en campo y el diseño del modelo de intervención que se proponga en este estudio.

2.5 Intervenciones para la promoción de cambios de comportamientos:

Las prácticas de las madres sobre alimentación infantil están influenciadas por varios factores incluyendo creencias culturales, conocimientos, percepciones, nivel educativo, recursos socioeconómicos y el soporte social inmediato, entre ellos el apoyo de los PSS⁵⁵. Para que una intervención que requiere de cambios de comportamientos sea potencialmente exitosa, debe considerar en su diseño, el abordaje de los factores o barreras que impiden que las conductas recomendadas se lleven a cabo, reconociendo que algunas barreras son más fáciles de abordar que otras, particularmente a través de programas de intervención en el primer nivel de atención.

La lactancia materna es una norma cultural en América Latina, no así la lactancia materna exclusiva. Las barreras para la lactancia materna que han sido identificadas están relacionadas con: **Factores individuales:** a) percepciones y actitudes de la madres que afectan negativamente la lactancia materna exclusiva (el niño rechaza el pecho, está bajo de peso o más pequeño⁴², la madre no tiene suficiente leche, se le caen los pechos, el niño necesita otros líquidos y alimentos)^{61,62,63}, b) conocimientos de las madres (falta de conocimientos sobre beneficios de la LM para las madres, técnicas de amamantamiento, resolución de problemas)^{64,65}, c) problemas con los pezones, mastitis y otras infecciones⁶⁵, d) aspectos socioeconómicos (nivel educativo más alto⁴², trabajo fuera del hogar, madres jefas del hogar, madres primerizas, nuevo embarazo)^{66,67,68,69}. **Factores interpersonales** (falta de apoyo de la pareja y redes sociales; influencia de las abuelas y suegras con base a sus experiencias previas y su saber cultural)⁶⁸. **Factores institucionales o de los Sistemas de Salud** (políticas hospitalarias, atención del parto en hospitales que no siguen la política de hospital amigos de la madre y el niño, cesárea, falta de conocimiento de los PSS sobre los aspectos claves de la lactancia materna exclusiva y manejo de problemas relacionados,

preocupaciones erróneas de los médicos sobre alergias de los niños a ciertos alimentos como el huevo y a la introducción de alimentos como las carnes a partir de los 6 meses con las consecuentes recomendaciones inadecuadas, apatía y falta de apoyo a las madres por parte de los PSS)^{63, 679}.

Asimismo, las compañías que manufacturan alimentos para niños, particularmente las que promueven fórmulas lácteas y otros alimentos antes de los 6 meses de edad, que violando el código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna, representan también una barrera ya que influyen el punto de vista de los PSS y las madres, en muchas ocasiones argumentando que la leche materna no satisface a los niños.

Una etnografía realizada en la zona periurbana de la Ciudad de México⁶⁹, encontró que un factor relevante para la exclusividad y duración de la lactancia materna son las recomendaciones médicas, ya que los médicos tienen fuerte influencia sobre las madres. El 42% de las madres en este estudio, refirió haber abandonado la lactancia materna por recomendación médica. Por lo tanto, la inadecuada orientación y apoyo a las madres por parte de los PSS, es una barrera importante para seguir las recomendaciones sobre lactancia materna.

Algunas de las barreras para la alimentación complementaria, además de las barreras económicas o de acceso a los alimentos saludables, incluye la falta de tiempo para preparar alimentos con características adecuadas para los niños, falta de variabilidad en la dieta, el rechazo de los alimentos saludables por parte de los niños, la falta de conocimientos de las madres y de los PSS sobre cómo se forman las preferencias de alimentos a edades tempranas, así como el desconocimiento de las diversas etapas de desarrollo de los niños y la falta de consejería por parte de los PSS a las madres^{44, 60,70}.

En general, existe una falta de conocimientos técnicos y prácticos por parte de los PSS de la importancia y el rol específico de las intervenciones claves de nutrición en la salud y desarrollo de los niños, incluyendo el desconocimiento de la disponibilidad de intervenciones efectivas y la falta de habilidades de consejería, es decir qué tipo de recomendaciones dar y cómo darlas.

De igual forma, algunos estudios en PSS en países en desarrollo, han identificado la falta de tiempo, la falta de compensación y la falta de capacitación^{71,72,73} como barreras para dar consejería sobre temas de nutrición

a través del primer nivel de atención. Estas mismas barreras han sido identificadas en evaluaciones de la calidad de la atención del programa Oportunidades⁷⁴.

Por el contrario, la motivación y supervisión de los PSS han sido reconocidas como factores relevantes para lograr impacto en cambio de comportamientos. Un estudio realizado en el Programa Expandido de Educación en Alimentación y Nutrición (EFNEP por sus siglas en inglés) en los Estados Unidos, demostró que el éxito de los programas para promover prácticas de alimentación en familias de escasos recursos con niños, depende considerablemente de las características, motivación y percepción del contexto laboral del educador⁷⁵. Este mismo estudio reportó que los cambios de comportamientos fueron mayores en los lugares donde los participantes recibieron instrucciones individuales en lugar de grupales.

2.6 Importancia del abordaje a través de los sistemas de Salud:

Estudios experimentales^{76,77} han demostrado que la educación nutricional comunitaria culturalmente apropiada, mejora las prácticas de alimentación infantil, la ingesta de alimentos y el crecimiento. Sin embargo, estas intervenciones que dependen fuertemente de estrategias comunitarias son limitadas en muchos países y no son sostenibles porque dependen de la voluntad política o de la presencia continua de Organizaciones No Gubernamentales (ONGs)⁷⁰. Además, existe el problema de la falta de institucionalización de estas intervenciones que frecuentemente no incluyen la comunicación y consejería efectiva y están desvinculadas de los servicios de salud, lo cual impide el reforzamiento de las acciones.

Los sistemas de salud, a través de los servicios de atención primaria en salud y de los programas nacionales, representan una oportunidad importante para tener acceso y proporcionar asesoría a las a las madres y/o cuidadores de los niños sobre alimentación infantil óptima. Algunos de estos puntos de contactos son la consulta prenatal, consulta del niño sano o enfermo, las sesiones y jornadas de vacunaciones, actividades de extensión, entre otros. Sin embargo, estas oportunidades no son utilizadas o son utilizadas de forma ineficiente, en la mayoría de los programas debido a la alta rotación del

personal médico, la dificultad y elevados costos de capacitar al personal de salud y la percepción de los PSS de falta de tiempo por múltiples ocupaciones. A pesar de ello, en países con alta cobertura y fácil acceso a los servicios de salud gubernamentales, estos servicios representan un canal lógico y más sostenible para intervenciones de educación ^{70,78}.

Los médicos de atención primaria en salud son una fuente importante de información y consejos sobre estilos de vida y prevención de enfermedades crónicas, como se ha documentado en países desarrollados⁷⁹. Asimismo, su función es fundamental para validar las recomendaciones proporcionadas por otros integrantes del equipo de salud, particularmente enfermeras y promotores, quienes también representan un canal de comunicación importante para acceder a las madres. Sin embargo esos consejos no son ofrecidos de forma sistemática y generalmente son proporcionados en respuesta a la solicitud individual por parte del paciente⁸⁰. Esta falta de abordaje sistemático ocurre en general para las intervenciones en nutrición a nivel de la atención primaria en salud.

Otro problema es la falta de acceso a proveedores de servicios de salud calificados que ha sido identificada como una de las raíces causales de las inequidades en salud en países en vías de desarrollo, principalmente en zonas rurales⁸¹.

Contar con trabajadores de salud en la cantidad necesaria, preparados y motivados, en áreas tanto urbanas como rurales, es crítico para la prestación de servicios de salud efectivos, por lo tanto otra justificación para invertir en la capacitación de los PSS y contribuir a disminuir las inequidades en salud.

La capacitación y motivación de los profesionales de salud es una prioridad para las actividades de prevención en el primer nivel de atención. La motivación de los PSS encargados de dar orientación, así como la capacitación para mejorar la comunicación con el paciente durante la consulta, ha demostrado tener efectos positivos en las conductas de salud ^{75,82}.

Los retos de salud actuales y futuros demandan el desarrollo de nuevas competencias que sirvan de base para la educación, el desarrollo de las capacitaciones y la planeación de la fuerza de trabajo de los profesionales de la salud. Se requiere considerar de forma crítica, las habilidades y competencias requeridas para una promoción de la salud que aborde de forma efectiva los

retos actuales, contemplando los determinantes sociales de la salud a través del modelo socio-ecológico, el compromiso con el combate a las inequidades en salud, el respeto y sensibilización por la diversidad y el enfoque participativo⁸³.

Para el diseño del modelo será necesario partir de un análisis situacional de los proveedores de servicios de salud disponibles, sus necesidades, percepción del contexto laboral y motivaciones. Ante la diversidad de contextos en los cuales los PSS trabajan en la región, se requiere que las capacitaciones sean adaptadas a las circunstancias particulares de cada país o región⁸¹¹.

3 Planteamiento del problema:

Las alteraciones nutricionales en la niñez tienen un impacto en la salud y bienestar para el resto de la vida de los individuos. En las sociedades en transición nutricional, la coexistencia de una “epidemia de obesidad” con cifras persistentes de desnutrición, ha generado para los sistemas de salud la responsabilidad de hacer frente a esta situación desde edades tempranas, a través de intervenciones innovadoras. Tales intervenciones son necesarias para contribuir a disminuir las inequidades en salud en los grupos vulnerables afectados por la desnutrición y al mismo tiempo, contribuir a prevenir el SO y sus consecuencias, principalmente las enfermedades crónicas no transmisibles, las cuales representan actualmente la carga económica más importante para los sistemas de salud y la sociedad en general.

En países en vías de desarrollo existen programas destinados a prevenir el retardo del crecimiento y la deficiencia de micronutrientes, mediante la reducción de barreras hacia una buena nutrición, incluyendo la distribución de alimentos o de suplementos nutricionales y transferencias monetarias, generalmente con un componente de educación en nutrición dirigido a las madres, sin ser consistentes en relación a las mejores prácticas de alimentación complementaria a promover y alimentos a distribuir. Por el contrario, se ha prestado poca atención a la prevención primaria de la obesidad durante la infancia y particularmente a través de los PSS del primer nivel de atención. Asimismo, hay poca evidencia sobre intervenciones efectivas para la

prevención del SO durante los primeros años de vida⁸⁴. A la fecha, las intervenciones que contemplan la prevención de la obesidad se orientan principalmente a la edad escolar⁸⁵ y en menor grado a la edad preescolar^{86,87}.

La consejería en lactancia materna (individual o en grupo) ha sido reconocida como el enfoque preventivo más efectivo para reducir la morbilidad y la mortalidad infantil¹⁰⁰. Asimismo, las intervenciones de educación nutricional para promover la alimentación complementaria óptima, han tenido un impacto positivo en mejorar las prácticas de alimentación infantil, el consumo de alimentos y el estado nutricional de los niños en contextos de desnutrición^{59,60}. La mayoría de estas intervenciones tienen un fuerte enfoque comunitario, cuyo éxito depende en gran medida de la presencia de ONGs⁵⁹ y organización comunitaria, por lo tanto no son sostenibles en algunos contextos.

Existe escasa evidencia orientada a la promoción de la lactancia materna exclusiva y la alimentación complementaria, a través de programas nacionales para abordar explícitamente el problema de obesidad, tanto a nivel internacional como en México, a excepción de la consejería en lactancia materna de los programas WIC (Woman, Infant and Children) y EFNEP, ambos en Estados Unidos.

En México, existen pocos programas en el primer nivel de atención, que contemplen un componente de promoción de la salud y los pocos disponibles no han sido diseñados con un enfoque para abordar temas relacionados con la prevención y control del SO y la modificación de comportamientos a favor de las prácticas adecuadas de lactancia materna y alimentación complementaria⁸⁸. Los programas federales tales como el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (PDHO), Programa de Apoyo Alimentario-Sedesol (PAL), Programa de Desarrollo Integral de la Familia (DIF), Programa de Abasto Social de Leche de Liconsa, entre otros programas, fueron diseñados para el combate a los problemas de desnutrición infantil, deficiencia de micronutrientes e inseguridad alimentaria. Hoy en día esos problemas se han reducido y aunque persisten cifras elevadas en algunos grupos vulnerables, el reto en salud más importante que enfrenta la población y que debe ser abordado por estos programas es el SO. Por lo tanto, los programas tienen la necesidad de adaptarse para incluir también el combate del SO dentro de sus objetivos.

A pesar de que el PDHO ha incrementado la utilización de los servicios y la asistencia a consultas preventivas, existen deficiencias en la calidad de los servicios prestados, las cuales pueden estar resultando en una promoción de las prácticas de alimentación infantil inadecuada y mejoras insuficientes en el estado de salud y nutrición de los niños. Por ejemplo, la mayoría del personal observado, pesa a los niños y los compara con una tabla o gráfica de referencia, sin embargo la evaluación integral del estado nutricional parece no ser una prioridad. Asimismo, menos del 6% del personal evaluó las prácticas de alimentación en estos niños durante la consulta⁸⁹.

En resumen, la promoción efectiva de la lactancia materna exclusiva y la alimentación complementaria a través del primer nivel de atención, acompañados de un adecuado seguimiento a los patrones de crecimiento lineal durante los dos primeros años de vida, representan una vía importante para el abordaje temprano de la desnutrición, la obesidad y las enfermedades crónicas; y debe ser prioridad para México y demás países en contextos de transición nutricional. Los sistemas de salud, a través de los servicios de atención primaria en salud, representan un canal lógico y más sostenible, para tener acceso y comunicarse con las madres y/o cuidadores de los niños.

Para lograr la efectividad de tales intervenciones, es necesario contar con personal de salud motivado y capacitado, que cuente con las competencias necesarias para ofrecer una adecuada promoción, a través de estrategias de comunicación apropiadas, con un enfoque culturalmente aceptable, que facilite la comprensión y aceptabilidad del mensaje por parte las madres.

Para ello se requiere del desarrollo de modelos innovadores de intervención para la generación de los conocimientos y habilidades en los proveedores de servicios de salud, que les permitan la promoción integral de la nutrición de los niños menores de 2 años. La relevancia de estos modelos es la perspectiva para su aplicación en contextos de transición nutricional y su flexibilidad para ser adaptados de acuerdo a las necesidades de la población a la que van dirigidos.

4 Marco conceptual:

4.1 Modelos y teorías de cambio de comportamientos.

La promoción de la salud, entendida como el proceso de permitir a las personas que aumenten el control sobre su salud y para que la mejoren⁹⁰, es una de las funciones esenciales de la Salud Pública⁹¹. La promoción de la salud se centra en lograr la equidad en salud, en reducir las diferencias en el estado actual de la salud y asegurar recursos y oportunidades iguales que capaciten a todo el mundo para alcanzar el máximo potencial de salud⁹¹. La prevención de daños a la salud y la promoción y fomento de conductas saludables son considerados como uno de los objetivos principales de la Salud Pública así como la información, educación y empoderamiento de las personas en temas de salud, es considerado como uno de los servicios esenciales de la salud pública⁹².

Dentro de las acciones de la promoción de la salud que se contemplan en la carta de Ottawaⁱⁱ se encuentran: a) la reorientación de los servicios sanitarios hacia la promoción de la salud, con un enfoque amplio, sensible a las necesidades culturales de la población, más allá de la prestación de servicios clínicos y curativos; b) El desarrollo de habilidades personales aportando información y educación para que la gente ejerza un mayor control sobre su salud y sobre el ambiente que los rodea.

La promoción de la salud se rige por una serie de valores y principios básicos, los cuales proporcionan la base común para su práctica. Estos valores o principios incluyen: a) el modelo socio-ecológico de la salud que contempla los determinantes sociales de la salud, b) el compromiso con la equidad, la sociedad civil, y la justicia social, c) el respeto a la diversidad y sensibilidad cultural; d) el desarrollo sostenible y e) enfoque participativo⁹².

Los programas de promoción de salud efectivos, se basan en el entendimiento del contexto al cual van dirigidos, están basados en un entendimiento claro de la conducta de salud y se dirigen a facilitar el cambio de

ⁱⁱ Documento elaborado por la OMS durante la Primera Conferencia Mundial de Promoción de la salud, en noviembre 1986

conducta, abordando las diferentes influencias de la conducta (determinantes sociales, entre otros), en lugar de solo diseminar información⁹³.

Los modelos conceptuales o teorías de la conducta de salud, explican las conductas, proporcionan la base para entenderlas y sugieren vías para alcanzar cambios de comportamientos⁹⁴. Las teorías son útiles durante la planeación, implementación y evaluación de las intervenciones. Guían la búsqueda del por qué las personas no siguen las recomendaciones de salud pública o no llevan estilos de vida saludables, permiten identificar qué se necesita saber antes de diseñar una intervención y proporciona ideas para dar forma a las estrategias, alcanzar a las personas y organizaciones y tener impacto en ellos. También permiten identificar que debe ser monitoreado y medido en una evaluación de impacto⁹⁵.

Además, las intervenciones basadas en estos modelos o teorías, tienen una mayor probabilidad de producir los resultados deseados, cuando se usan las teorías apropiadas y la evidencia disponible para guiar las actividades que se elijan⁹⁶. Las conductas de salud y sus determinantes son bastante complejas para ser explicadas por una sola teoría. Asimismo, la aplicación de las teorías para entender las conductas y diseñar intervenciones es un proceso también complejo, por lo tanto un enfoque con múltiples teorías es deseable para el abordaje de los problemas prácticos⁹⁷.

Sin embargo, a pesar de la utilidad reconocida del uso de las teorías en el diseño de las intervenciones, la mayoría de las teorías que se aplican a las intervenciones de conductas de alimentación, proporcionan información sobre lo que hay que cambiar para promover un comportamiento saludable, pero no proporcionan información sobre cómo lograr dicho cambio⁹⁸.

El modelo de intervención que se propone diseñar, consta de varios componentes los cuales se verán fortalecidos con el uso de diversas teorías y modelos para la modificación de comportamientos. Las teorías o modelos a ser contemplados en este estudio no pueden definirse a priori, sin tener el panorama completo de los determinantes que afectan las conductas de salud a promover, lo cual será examinado como parte de este estudio. Sin embargo, considerando la naturaleza del problema y la información disponible sobre algunos determinantes, la atención tanto a la conducta individual como a los factores ambientales son igual de importantes.

Para explicar e influenciar la conducta humana se debe entender al individuo, particularmente los profesionales de salud que enfocan la mayoría de sus esfuerzos en cambiar las conductas de salud de los pacientes.

Dado que el objetivo de esta investigación es el diseño de un modelo dirigido a proveedores de servicios de salud para la promoción del adecuado estado de nutrición del niño menor de dos años, se considera importante contar con teorías o modelos que expliquen: la interrelación entre el ambiente y los individuos, la interrelación entre el proveedor de servicio de salud y la madre durante sus diferentes encuentros, principalmente en la consulta, la interrelación del proveedor con las expectativas del sistema de salud y el control de calidad de los servicios prestados. Asimismo, a pesar que el modelo estará dirigido a los PSS, se considera importante contar con una teoría que explique la conducta de la madre en relación a las prácticas de alimentación infantil, de forma tal que sean contempladas en el modelo.

Por lo tanto se considerarán relevantes en esta fase del protocolo, el modelo ecológico o perspectiva socio-ecológica, la teoría de la conducta planeada y considerando que la mayor parte de la intervención se realizará a través de los servicios de salud y en la cual la consejería durante la consulta será prioritaria el modelo de comunicación paciente proveedor.

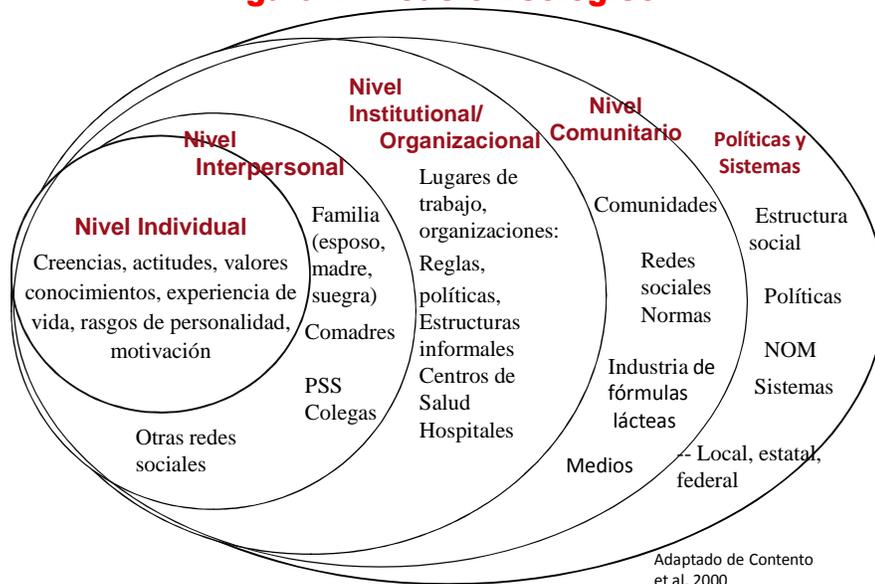
4.1.1 Modelo Socio-ecológico o perspectiva socio-ecológica⁹⁹:

El modelo ecológico reconoce la interrelación entre los individuos y su ambiente o contexto que los influencia. Plantea que la conducta es afectada y afecta múltiples niveles de influencia y que existe una causalidad recíproca entre los individuos y el ambiente, esto es que la conducta influencia y es influenciada por el ambiente social.

Según este modelo, las conductas individuales son determinadas en gran medida por el ambiente, con sus múltiples dimensiones físicas, sociales y culturales, que pueden influenciar el estado de salud. Cada vez es más claro que los factores ambientales influyen considerablemente las prácticas o conductas de alimentación. El modelo ecológico identifica 5 niveles de influencia para las conductas de salud: (1) factores *intra-personales* o *individuales*, (2) factores *interpersonales*, (3) factores institucionales u

organizacionales, (4) factores *comunitarios* y (5) factores de *política pública* (Figura 1).

Figura 1. Modelo Ecológico



Algunos de los aspectos a considerar en cada uno de los niveles, para los efectos de esta propuesta son los siguientes:

Intra-personal: Conocimientos, creencias, actitudes, experiencias previas y valores de los PSS en relación a actividades de promoción de la alimentación infantil y crecimiento saludable. Conocimientos, creencias, actitudes, experiencias previas y valores de las madres en relación a la lactancia materna y alimentación complementaria.

Interpersonal: actitudes y prácticas de los referentes o las personas influyentes para los PSS (jefes, otros médicos) y para las madres (esposos, suegras, abuelas, comadres, PSS) en torno a la alimentación infantil, la relación de las madres con los proveedores de servicios de salud.

Institucionales: infraestructura disponible en los centros de salud para la promoción del estado de nutrición del niño menor de 2 años.

Comunitarios: normas sociales en relación a las prácticas de alimentación infantil, servicios de salud locales y hospitales con políticas que promueven o interfieren con la lactancia materna, grupos de apoyo. Prácticas de mercadotecnia de la industria de fórmulas lácteas que influyen tanto a los PSS como a las madres y medios de comunicación social que influyen la norma social y las decisiones de las madres sobre alimentación infantil.

Políticas públicas: políticas y programas que fomenten el adecuado seguimiento del estado de nutrición de los niños menores de 2 años y de las prácticas de alimentación infantil, específicamente las políticas para la protección y promoción de la lactancia materna en los servicios de salud, legislación nacional en relación a la lactancia (Norma oficial mexicana).

El modelo ecológico proporcionará un esquema analítico para examinar las prácticas de los PSS y las madres y formular intervenciones coherentes, enfocadas y fundamentadas teóricamente⁹⁴ tanto a nivel individual, como en los niveles agregados que tienen influencia que sea posible.

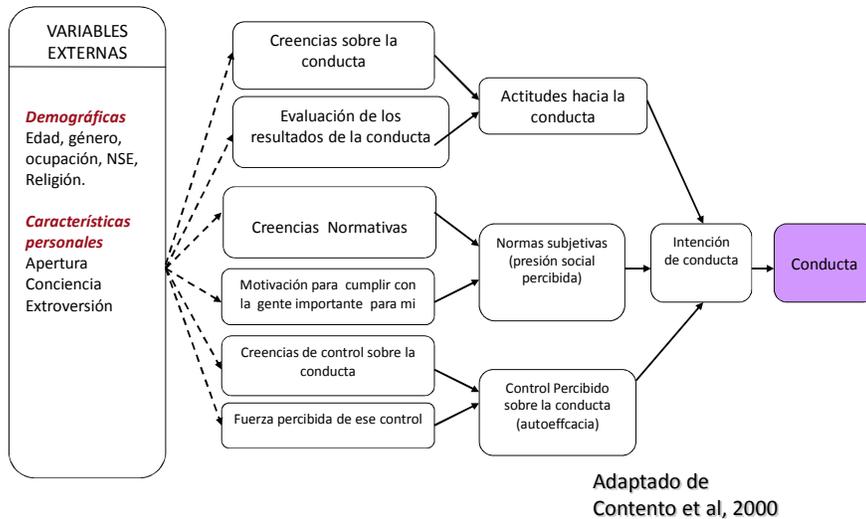
4.1.2 . Teoría de la conducta planeada (TCP) (Theory of Planned Behavior) ¹⁰⁰:

Se deriva de la teoría de acción razonada originalmente formulada para explicar la relación entre las actitudes y las conductas. Propone que las personas llevan a cabo las conductas, cuando tienen la intención de hacerlo, el nivel de intención es más alto en aquellos que tienen actitudes positivas y la norma subjetiva apoya la conducta. La actitud depende de que tan fuerte es la creencia sobre los resultados que se obtendrán al llevar a cabo la conducta, y que tan positivo o negativo son los valores que le da a esos resultados (similar a las expectativas de resultado de la teoría social cognitiva que se presenta más adelante). La norma subjetiva se refiere a las creencias sobre lo que piensan ciertas personas de que se lleve a cabo o no la conducta y el deseo del individuo de agrandar o no a esa persona. Las actitudes y normas subjetivas se combinan linealmente para causar la intención y esta a su vez, predispone al individuo a realizar el comportamiento¹⁰¹.

Sin embargo, dado que algunas conductas no están bajo el control de las personas (ej. disponibilidad de alimentos saludables), se añadió a la teoría

de acción razonada, el concepto del control percibido sobre la conducta, el cual influye sobre la intención de llevar a cabo el comportamiento y se llamó la Teoría de Conducta Planeada, la cual plantea que la intención se convertirá en conducta cuando el control percibido sea alto (Figura 2)¹⁰¹.

Figura 2. Teoría de la Conducta Planeada (Theory of Planned Behavior)



Esta teoría proporcionará un esquema para entender los factores que influyen la conducta de los PSS y de las madres en relación a la alimentación infantil. Permite visualizar el proceso por el cual el apoyo social puede afectar la lactancia materna y la alimentación complementaria. Por ejemplo, la decisión de dar pecho es guiada no solo por las actitudes, creencias y habilidades de las mujeres, sino también por las percepciones de lo que piensan las otras personas (norma social) cuya opinión es importante para ella (esposo, madres, suegras, entre otros).

Si bien los instrumentos que se usaron para el levantamiento de la información no fueron basados estrictamente en esta teoría, se cuenta con información sobre ciertos constructos. Esta teoría permitirá explicar las variables que determinan la conducta de los PSS y guiar las intervenciones dirigidas a modificar dichas variables.

Así mismo, permitirá explicar las prácticas de las madres en relación a la alimentación infantil, información que será utilizada para retroalimentar el diseño del modelo para los PSS, de forma tal que sea culturalmente relevante.

4.1.3 Modelo Comunicación Paciente-Proveedor¹⁰²:

Considerando que la consulta médica es un evento importante que representa una oportunidad única para la modificación de creencias y conductas de salud, Roter et al plantearon el modelo teórico: Comunicación Paciente-Proveedor que sugiere una perspectiva para observar la dinámica y las consecuencias de la interacción del paciente con el proveedor durante la visita médica. El modelo plantea que las conductas del proveedor de salud, se enfocan en dos dimensiones: a) El ámbito técnico: experiencia y habilidades técnicas en la resolución de problemas. B) El ámbito socioemocional: el carácter afectivo de la interacción que puede ser: Intrínseco (intercambio verbal con contenido socioemocional explícito); Transmitido (cualidades del tono de voz que llevan contenido emocional) o Interpretado (impresión total creada en el receptor de la comunicación).

Se considera importante contemplar este modelo ya que los proveedores de servicios son la principal audiencia objetivo del modelo de intervención que se diseñará. Además, existe evidencia de que la capacitación del médico en aspectos de comunicación, mejora la interacción medico paciente. Un meta análisis reciente¹⁰³ concluyó que la capacitación del médico en cómo comunicarse y por lo tanto la mejor comunicación entre el médico paciente, está altamente relacionada con una mejor adherencia al tratamiento. Existe un 19% más de riesgo de no adherencia entre los pacientes que los médicos se comunican pobremente, que entre pacientes cuyos médicos se comunican bien. La comunicación es entonces un factor importante sobre el cual el médico puede ejercer control para mejorar la adherencia al tratamiento.

Adicionalmente, para el desarrollo del modelo de intervención se contemplará el esquema del **mapeo de intervención (MI)**¹⁰⁴ usado para el desarrollo de intervenciones basadas en teorías de cambios de comportamiento y en la evidencia. El esquema consta de los siguientes pasos: 1) Evaluación de necesidades; 2) Creación de una matriz de los objetivos del

programa (Objetivo de aprendizaje y de conductas esperado); 3) Selección de las estrategias y métodos de intervención basados en las teorías de cambios de comportamientos y en la evidencia disponible sobre efectividad; 4) Diseño y organización de la intervención; 5) Recomendaciones para la planeación de la implementación; 6) Recomendaciones para la planeación de la evaluación.

El MI ofrece una guía para mejorar el desarrollo y aplicación de las teorías en las intervenciones para promover cambios de comportamiento en nutrición⁹⁸.

5 Contexto de los servicios de salud pública en México

La Secretaría de Salud y el Programa IMSS-Oportunidades, son las instituciones gubernamentales que proveen servicios de salud pública a la población que no cuenta con seguridad social.

En la actualidad, las entidades federativas operan sus propios Sistemas de Servicios Estatales de Salud (SESA) a través de unidades del primer nivel de atención, hospitales y clínicas públicas.

El primer nivel de atención realiza acciones de promoción de salud, prevención de enfermedades y atención ambulatoria a las morbilidades más frecuentes, a través de las unidades de atención primaria en salud o unidades de salud, urbanos y rurales. La mayoría de las unidades de atención del primer nivel, el 63% corresponden a los SESAs, casi el 19% a IMSS-Oport y el 8% al IMSS¹⁰⁵.

De las unidades primarias de atención de los SESAs, el 65% son unidades rurales, el 13% unidades urbanas y 13% unidades móviles. En estas unidades existen 0.46 médicos y enfermeras por 1,000 personas sin seguridad social, lo cual es insuficiente para la cantidad recomendada de por lo menos un médico por cada 1,000 personas¹⁰⁶.

A pesar que en la formulación de los programas nacionales de salud se da énfasis a la prevención y promoción de la salud, en la práctica hay una falta de integración entre los proveedores de servicios y los programas preventivos, por lo tanto, en la mayoría de las unidades o centros de salud, particularmente las operadas por la SSA, prevalece un enfoque principalmente curativo, con

poca prioridad a la promoción o prevención. Adicionalmente, los médicos en las unidades de salud rurales son del servicio social, los cuales tienen una alta rotación, carga de trabajo y no han sido específicamente capacitados para los programas de salud que tienen bajo su cargo.

El PDHO, es el programa con mayor cobertura a nivel nacional, su red de servicios alcanza una población de 5 millones de familias beneficiarias¹⁰⁷. El PDHO es operado por unidades de la Secretaría de Salud (SSA) y por unidades del Programa IMSS-oportunidades, siendo la SSA quien atiende el mayor número de unidades. El 93% de las unidades de salud en donde opera el programa, cuentan con médicos y enfermeras¹⁰⁸.

6 Objetivos

6.1 Objetivo General:

Diseñar un modelo de intervención culturalmente apropiado, dirigido a proveedores de servicios de salud, para la promoción integral de la nutrición de los niños menores de 2 años, en contextos de transición nutricional.

6.2 Objetivos específicos:

1. Evaluar las prácticas actuales de los proveedores de servicios de salud en relación al seguimiento del crecimiento físico del niño (peso y talla) y a las recomendaciones de lactancia materna y alimentación complementaria, así como las barreras que enfrentan para la promoción integral de la nutrición de los niños menores de 2 años.
2. Identificar los conocimientos, percepciones y prácticas actuales de LM y AC así como las barreras para la implementación de las prácticas recomendadas, de las madres usuarias de los servicios de salud.
3. Proponer las dimensiones fundamentales de un modelo para la promoción integral de la nutrición del niño menor de 2 años (seguimiento del crecimiento físico, recomendaciones de las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria), dirigido a proveedores de servicios de salud en contextos de transición nutricional.

7 Metodología:

El estudio propuesto consiste en un análisis secundario de una base de datos del proyecto de “Estrategia Integral de Atención a la Nutrición-EsIAN”.

La EsIAN es una estrategia piloto del programa Oportunidades, para abordar el problema de la nutrición de forma integral y con enfoque del ciclo de vida. Surge de una consulta multisectorial organizada por la SSA para dar respuesta a las recomendaciones de los evaluadores del Programa Oportunidades, de modificar y fortalecer el componente de nutrición.

La EsIAN busca promover la alimentación saludable a lo largo de la vida, dando énfasis en una primera fase a la alimentación de las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia y de los niños menores de 5 años de edad. Asimismo, considera un nuevo esquema de suplementación basado en las preferencias de la población, identificadas con la evaluación del programa Oportunidades. La EsIAN incluye acciones para promover la ganancia de peso apropiada durante el embarazo, la lactancia materna y alimentación complementaria adecuada y acciones para fortalecer el monitoreo de crecimiento.

Con el estudio propuesto, se analizará la información recolectada como parte de la investigación formativa que se realizó para el diseño de la estrategia de comunicación de la EsIAN así como la información que se obtuvo para la línea de base para medir la factibilidad operativa de dicha estrategia, en comunidades de zonas rurales y urbanas de México. De la información disponible, se analizará la información relevante para la promoción integral del estado de nutrición del niño menor de 2 años.

Dado que el PDHO es el que tiene un componente de salud y nutrición más completo, el que ha sido más ampliamente evaluado y el que tiene mayor cobertura, será utilizado como estudio de caso para el desarrollo del modelo de intervención. Asimismo, la información disponible sobre indicadores de la calidad técnica de las consultas de los niños, relacionadas con el tema de estudio, proviene de las evaluaciones de este programa¹⁰⁹, por eso la información proviene de las unidades de salud donde opera el PDHO.

7.1 Diseño del estudio:

Para dar respuesta a los tres primeros objetivos se utilizará un diseño de métodos mixtos, en el cual se recolectan, analizan e integran datos cuantitativos y cualitativos, con el propósito de:

1) Complementar la información disponible en relación a las prácticas de los proveedores de servicios de salud y las madres, particularmente la identificación de las barreras para la adopción de las prácticas recomendadas y sus preferencias para la comunicación (estrategias, canales, materiales, entre otros) entre ambos (proveedores-madres).

2) Confirmar los resultados de los métodos cuantitativos con los cualitativos y fortalecer la validez de los resultados de la investigación sobre las prácticas los proveedores de los servicios de salud en relación a la promoción de la nutrición infantil y las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria de las madres.

El uso del enfoque de métodos mixtos fortalece el diseño y evaluación de intervenciones, potenciando los beneficios de las metodologías cuantitativa (medición de magnitud, descripción del problema o situación, inferencias y evaluación del impacto) y cualitativa (descripción más profunda del fenómeno, sus determinantes, generación de teorías provenientes de los datos y formulación de explicaciones a resultados en los casos de evaluaciones).

Según la conceptualización de la investigación de métodos mixtos, para que un estudio sea considerado como tal, debe haber integración de los métodos a través de las distintas etapas del estudio^{110,111}, por lo tanto para esta propuesta, se contempla el uso de la combinación de métodos desde el diseño del estudio, la recolección de la información fuente del presente estudio, el análisis de los datos y la presentación de los resultados y conclusiones.

7.2 Procedimiento metodológico.

Unidades de análisis:

Proveedores de servicios de salud: médicos, enfermeras, promotores y auxiliares de salud que laboran en centros de salud con alta proporción de familias beneficiarias del programa Oportunidades y que atienden a niños

menores de 2 años. También incluye a vocales (voluntarias) del programa Oportunidades

Madres: madres o cuidadoras de niños menores de 2 años, beneficiarias del programa Oportunidades, que asisten a los centros de salud para consulta del niño sano o niño enfermo.

7.2.1 Métodos Cuantitativos:

La muestra de la cual se deriva este estudio fue seleccionada de los Estados de Guerrero y Puebla (con moderada y alta prevalencia de desnutrición crónica según ENSANUT 2006) y los Estados México y Michoacán (con baja prevalencia de desnutrición crónica según ENSANUT 2006).

La información cuantitativa fue recolectada en diciembre de 2008, en una muestra de localidades con alta densidad de población beneficiaria del programa *Oportunidades* en zonas rurales (incluyendo localidades predominantemente indígenasⁱⁱⁱ) y urbanas. Se incluyeron 109 localidades/unidades de salud (35 rurales y 74 urbanas) seleccionadas al azar. La información se levantó en centros de salud operados tanto por la SSA como por IMSS-Op. Fueron consideradas como localidades rurales aquellas con menos de mil habitantes y como urbanas las localidades con más de 15 mil habitantes.

Los instrumentos para el levantamiento de la información, estuvieron basados en los usados en la Encuesta de Evaluación en Zonas Rurales (ENCEL) 2007, con modificaciones según las necesidades adicionales, incluyendo nuevos instrumentos tales como observación de unidades de salud, encuestas a proveedores de servicios de salud (médicos, enfermeras, auxiliares de salud, promotores y vocales de nutrición de *Oportunidades*) y encuestas de salida a las usuarias de los servicios.

Para el objetivo 1, la información cuantitativa se obtendrá de los formatos: 1) Cuestionario médico y enfermeras; 2) Cuestionario vocal oportunidades/promotor de salud, 3) Encuesta de salida para usuarios de servicios de salud (madres) y 4) Formato de “observación estructurada” en consulta /consejería (consulta del niño de 0 a 2 años). De forma similar, para el

ⁱⁱⁱ 40% o más de los hogares son clasificados como hogares indígenas. Según el CONAPO 2000, se considera como un hogar indígena aquel que alguno de sus miembros habla lengua indígena o se adscribe como perteneciente a una etnia, con excepción del servicio doméstico.

objetivo 2 se usará la información obtenida a través de 1) Encuesta de salida para usuarios de servicios de salud (madres) y 2) Cuestionario socioeconómico y de salud del hogar. Para el objetivo 3 se usará 1) Cuestionario médico y enfermeras; 2) Cuestionario vocal oportunidades/promotor de salud y 3) Cuestionario socioeconómico y de salud del hogar. El tamaño de muestra por instrumento y unidad de análisis se presenta en la tabla 2.

7.2.1.1 Estimación del tamaño de muestra:

Se utilizará la fórmula para determinación de proporciones en una población¹¹²: $n = Z^2 \cdot P(1-P)/d^2$.

La estimación del tamaño requerido según los supuestos planteados son:

Para el análisis de los **proveedores de servicios de salud (médicos y enfermeras)** la muestra requerida es de 138¹¹⁷, partiendo del supuesto que el 10% de los PSS, posee buenas prácticas de consejería (buenas prácticas definidas según el índice construido para este estudio), con un error de precisión de 5% y un nivel de confianza del 95% (encuesta del médico y la enfermera, observación de la consulta y encuesta de salida a los usuarios).

Para el análisis de las **madres** la muestra requerida es de 683¹¹⁷, partiendo del supuesto que la proporción estimada de buenas prácticas en la población, según la definición dada para este estudio, es de un 20%, con un nivel de confianza del 95% y un error de precisión de 3%.

No se estimó el poder estadístico para los análisis de los promotores y auxiliares ya que la información será considerada como exploratoria.

A continuación se presenta el número de observaciones disponibles para el análisis de esta tesis, por unidad de análisis (madres o PSS).

Tabla 2 Tamaño de muestra disponible por instrumento y unidad de análisis.

Instrumento/ Unidad de análisis	N
---------------------------------	---

Encuesta a Proveedores de Servicios de salud: médicos, enfermeras	156
Encuesta a Proveedores de Servicios de salud: Promotores, auxiliares y vocales	89
Encuesta a Madres de niños menores de 2 años (Hogares)	734
Sub-muestra de madres de niños menores de 2 años. Encuesta de Salida para Usuarios de Servicios de Salud	326
Sub-muestra de madres de niños menores de 2 años. Formato de observación de la consulta	118

La sub-muestra de madres de niños menores de 2 años, de la encuesta de salida para usuarios de servicios de salud y del formato de observación de la consulta se usará para evaluar las prácticas actuales de los proveedores de servicios de salud en relación al seguimiento del crecimiento físico (peso y talla) y a las recomendaciones de lactancia materna y alimentación complementaria.

Variables: (Anexo I. Variables, operacionalización y escalas de medición).

Para las **prácticas de los PSS** las principales variables a contemplar, son: evaluación nutricional, consejería en peso y talla, consejería en lactancia materna/alimentación complementaria, habilidad interpersonal observada y percepción del trato por parte de la madre.

Para las **prácticas de las madres**, las principales variables a analizar, son: Lactancia materna (LM) apropiada según la edad, iniciación temprana de la LM, tipo de LM: LM exclusiva (LME), LM predominante, LM parcial), LM a libre demanda, frecuencia de alimentación al pecho, edad de introducción de alimentos complementarios, consistencia de los alimentos, frecuencia y variedad, entre otras.

La definición de estas y otras variables se presentan en el anexo 1.

7.2.1.2 Plan de análisis estadístico:

Caracterización de la muestra: Se realizará un análisis descriptivo mediante la determinación de frecuencias absolutas y relativas para caracterizar la muestra de los PSS y las madres (Anexo 1). Para los PSS se incluirán variables tales como: edad, formación, años de antigüedad, cursos de capacitación, percepción del clima laboral en cuanto a infraestructura, insumos, personal, servicios, entre otros. Para las madres se incluirán variables tales como: edad, nivel educativo, estado civil, número de hijos, entre otros.

Análisis de las variables de interés: Las variables de: a) evaluación nutricional, b) consejería en peso y talla, c) consejería en lactancia materna/alimentación complementaria, d) habilidad interpersonal observada y e) percepción del trato, serán clasificadas como buenas, regulares o malas según la tabla de variables anexa (Anexo 1).

Para las variables categóricas, se calcularán frecuencias absolutas y relativas. Para las variables numéricas continuas, se calculará la media como medida de tendencia central y la desviación estándar como medida de dispersión. Para las variables numéricas discretas y las variables continuas cuya distribución no sea normal se calcularán las medianas y los intervalos.

Se construirá un índice global simple y no ponderado, para calificar las prácticas integrales de los PSS. El índice se calculará asignando un valor de 2 puntos a las variables calificadas como “buenas”, 1 punto a las calificadas “regulares” y 0 puntos a las calificadas como “malas”. La sumatoria del puntaje de las variables se usará para clasificar las prácticas de los PSS como buena (8 a 10 puntos), regular (4 a 7 puntos) o mala (0 a 3 puntos). Para mayores detalles sobre la construcción del índice referirse al anexo 1.

Para el análisis de la información se usará el paquete estadístico Stata y los resultados serán presentados en 2 tablas, una para los PSS y otra para las madres.

7.2.2 Métodos Cualitativos:

El componente cualitativo está basado en la Teoría Fundamentada¹¹³ y la Fenomenología¹¹⁴.

La teoría Fundamentada es un método de investigación para derivar teorías de forma sistemática, sobre el comportamiento humano y el mundo

social¹¹⁵, teoría definida como una exposición científica pero tentativa de las relaciones entre diversos fenómenos¹¹⁶.

Corbin y Strauss¹¹⁷ la refieren como una teoría derivada de los datos, recopiladas de una manera sistemática y analizados^{iv} por medio de un proceso de investigación. Estos autores plantean que es un método no solo para generar teorías sino también para: a) hacer descripciones u ordenamientos conceptuales útiles para el análisis e interpretación de los datos y b) establecer comparaciones entre los datos para identificar, construir y relacionar conceptos¹¹⁷.

Por su parte, el enfoque central de la Fenomenología es describir y analizar la experiencia vivida, por ser lo que el individuo considera como verdadero o real en su propia vida. La experiencia vivida es lo que le da significado a la percepción de cada individuo sobre ciertos fenómenos y a su vez las percepciones son las bases para las prácticas o acciones de los individuos¹¹⁸.

La Fenomenología plantea la realidad como una construcción social, elaborada a partir de la comunicación social y de la interacción entre los individuos en la cotidianidad. Se adopta la idea según la cual, el ser humano orienta sus actos en gran parte, en función de lo que significa para ellos. Dichos significados se construyen socialmente mediante la interacción entre la interpretación individual previa de los significantes, y el “sentido común” (nivel colectivo) que se construye a partir de nuestras experiencias, información, conocimientos y modelos de pensamiento recibidos y transmitidos a través de la tradición, la educación y la comunicación social.

La fenomenología será el marco conceptual que permitirá examinar a profundidad, las actitudes, creencias, prácticas y conductas de las madres y de los PSS.

7.2.2.1 Levantamiento de información:

El levantamiento de la información cualitativa se realizó durante los meses de marzo y abril de 2009. Se seleccionó uno de los dos estados con

^{iv} Entendiendo por análisis cualitativo al proceso no matemático de interpretación realizado con el propósito de descubrir conceptos y relaciones en los datos brutos y luego organizarlos en un esquema explicativo teórico (Strauss & Corbin, 2002).

mayor prevalencia de talla baja que había sido incluido en la línea de base de la ESIAN , el estado de Puebla.

Se decidió seleccionar el estado de Puebla, tomando los criterios del protocolo de investigación del “Estudio Etnográfico Focalizado”, para infecciones respiratorias¹¹⁹ el cual sugiere para la selección del área de estudio los siguientes criterios: a) La población debe ser lingüística y étnicamente representativa de un grupo más grande de población; b) El área de estudio debe ser atendida por clínicas donde se esté implementando el programa, en este caso centros de salud que atienden a la población de Oportunidades; C) Debe ser un área con altas tasas de morbilidad y mortalidad por el problema de estudio, en este caso altas cifras de desnutrición; d) Debe permitir que el estudio se lleve a cabo sin serios problemas logísticos de transporte, comunicación, seguridad entre otros; y e) Cuento con personal de salud que sean cooperativos. Por lo expresado anteriormente, dado que el estado de Puebla tiene características similares a otros estados del país, se considera que los datos pueden ser pertinentes y transferibles a contextos de otros estados, previa adaptación local de ser necesaria.

7.2.2.2 Selección de localidades e informantes:

Las localidades fueron seleccionadas de las que formaron parte de la línea de base de la ESIAN y que contaran con las siguientes características: altas prevalencias de desnutrición crónica (talla baja) en niños menores de 5 años, unidad de salud con la presencia por lo menos un médico, una enfermera, una promotora o auxiliar y una vocal. Las localidades seleccionadas para este componente se presentan en la tabla 3.

Tabla 3. Localidades del componente Cualitativo

Tipo de Area	Unidad de Salud	Localidad	Municipio	Institución operative
Indígena	Pepexta	Tzojiaco	Cuetzalan del Progreso	IMSS
Rural	Xochitepec	Cohuatzalpan	Zacapoaxtla de las	SSA

			manzanas	
Urbana	Zacatlán	Zacatlán	Zacatlán	SSA
Urbana	Chignahuapan	Ciudad de Chignahuapan	Chignahuapan	IMSS

Cabe destacar que por razones logísticas, en Chignahuapan solo se levantaron las entrevistas con los PSS.

Se realizó triangulación de informantes: los diversos proveedores de servicios, madres y mujeres líderes de la comunidad

El muestreo fue teórico^v, los informantes se seleccionaron sobre la base y el propósito de profundizar en las prácticas en torno a la alimentación infantil. La selección fue a priori, es decir antes de la recolección de los datos se definieron las características de los participantes que pudieran proporcionar información más relevante y diversa sobre el tema (máxima variación). En este sentido, se seleccionaron para participar en el estudio a madres de niños menores de 2 años, PSS con diversos perfiles (médicos, enfermeras, promotores y auxiliares) y otros individuos cuyas opiniones o experiencia afectan las prácticas de las madres tales como las abuelas, suegras y mujeres líderes de la comunidad. En el caso de las madres, se consideraron los siguientes criterios para la selección de la muestra: 1) Madres cuyos niños fueran menores de 6 meses y madres de niños de 6 a 24 meses y 2) madre primeriza o madre no primeriza. El primer criterio se incluyó para obtener diversidad de información en torno a percepciones y prácticas de LME y AC y el segundo considerando que las percepciones de las madres y por lo tanto su discurso puede variar según si es primeriza o no.

^v El muestreo teórico es la recolección de datos guiada por los conceptos derivados de la teoría que se está construyendo y basada en el concepto de hacer comparaciones, cuyo propósito es acudir a lugares, personas o acontecimientos que maximicen las oportunidades de descubrir variaciones entre los conceptos y que hagan más densas las categorías en términos de sus propiedades y dimensiones (Strauss & Corvin, 2002).

7.2.2.3 Instrumentos para recolección de la información y tamaño de muestra:

También se realizó triangulación de técnicas con la aplicación de diferentes instrumentos cualitativos: entrevistas a profundidad, grupos focales, observación no participativa y grupos de discusión.

Los instrumentos cualitativos utilizados y el número de instrumentos por unidad de análisis, se presentan en la tabla 4.

Tabla 4: Información disponible de métodos cualitativos (observaciones, entrevistas, grupos focales y grupos de discusión) por unidad de análisis, según localidad urbana y rural

Método Cualitativo	Total	Rural	Urbano
Entrevistas a madres de niños de 0-24 meses	14	8 (5 indígenas)	6
Grupos focales con mujeres líderes de la comunidad (*)	3	2 (1 indígena)	1
Entrevista con proveedores de servicios de salud: médicos y enfermeras	8	3 (2 indígenas)	5
Entrevista con proveedores de servicios de salud: promotores/ auxiliares y vocales.	5	1	4
Observaciones con proveedores de servicios de salud (CUALITATIVA)	6	4 (2 indígenas)	2
Grupos de discusión con médicos y enfermeras	2	Personal urbano y rural juntos	
Grupos de discusión con promotores y auxiliares	2	Personal urbano y rural juntos	

Se definió un tamaño de muestra a priori, que permitiera recolectar información de la gama de experiencias, perspectivas y comportamientos en relación a las prácticas de alimentación infantil, considerando a su vez la disponibilidad de tiempo y recursos del proyecto. La muestra quedó estructurada de la siguiente forma: 1) entrevistas a las madres: 3 madres de niños menores de 6 meses y 3 de niños mayores de 6 meses, por tipo de localidad (rural, rural indígena y urbana) 2) Grupos focales: uno por tipo de localidad 3) Entrevistas con PSS: todos los que estuvieran disponibles en el centro de salud el día de la visita. 4) Observaciones de las consultas, dos por

cada tipo de localidad. 5) grupos de discusión con PSS rurales y urbanos: 2 para médicos y enfermeras y 2 para promotores y auxiliares.

Para el objetivo 1, 2 y 3 la información cualitativa se obtuvo a través de entrevistas a profundidad a PSS, “observaciones estructuradas no participativas” de las consultas y entrevistas a profundidad con las madres.

Para la identificación de barreras que enfrentan los PSS, como parte del objetivo 3, se usará información disponible de las entrevistas con los PSS, las observaciones estructuradas no participativas y los grupos de discusión con PSS. De igual forma, las barreras que enfrentan las madres para seguir las recomendaciones estándares de LME y AC, incluyendo el tipo de información que reciben y que tan frecuente, serán identificadas a través de la información de las entrevistas a profundidad con las madres y los grupos focales con la mujeres influyentes de la comunidad (de 7 a 10 mujeres incluyendo abuelas maternas, suegras, madres beneficiarias, parteras y líderes de la localidad).

A continuación se presenta la información que se usará de cada instrumento cualitativo para los efectos de este estudio:

Entrevistas con madres:

- a) Conocimientos, percepciones, actitudes, norma subjetiva y experiencias relacionadas con la LM y AC.
- b) Barreras y oportunidades para el seguimiento de las recomendaciones de LM y AC.
- c) Consejería recibida y su opinión sobre la misma en relación a las prácticas de alimentación infantil en la unidad de salud.

Grupos focales con mujeres de la comunidad:

- a) Prácticas de alimentación de los niños menores de 2 años aceptadas dentro de la comunidad, norma social, factores culturales.
- b) Barreras y oportunidades para la adopción de las recomendaciones de lactancia materna y alimentación complementaria, considerando los diferentes niveles del modelo socio-ecológico.
- c) Personas que influyen en las prácticas de alimentación infantil dentro de la localidad, norma subjetiva.

Entrevistas con PSS:

- a) Conocimientos, actitudes y prácticas de los PSS en relación a la promoción de la nutrición infantil.
- b) Funciones y actividades que llevan a cabo los PSS con las madres durante la consulta, principalmente aquellas relacionadas con la promoción de la nutrición infantil.
- c) Ambiente laboral y habilidades de comunicación de los PSS.
- d) Recomendaciones proporcionadas a las madres de niños menores de 2 años, evaluación de lo apropiado de las recomendaciones y verificación de la comprensión.
- e) Interacción con las madres durante la consulta.

Grupos de discusión con los diferentes PSS:

- a) Actividades y puntos de encuentros de los PSS con las madres embarazadas y las madres de niños menores de 2 años, los cuales podrían utilizarse para la promoción del estado integral de la nutrición.
- b) Barreras y oportunidades que presentan los PSS para dicha promoción, en contextos de localidades urbano, rural e indígena, considerando los diferentes niveles del modelo socio-ecológico.
- c) Canales y materiales de comunicación sugeridos así como información sobre el desarrollo de habilidades de comunicación.

Observaciones durante la consulta:

- a) Consejería brindada por parte del médico y/o la enfermera en relación a la alimentación del niño menor de 2 años
- b) Cantidad de información proporcionada y verificación del entendimiento de la misma por parte de la madre
- c) Interacción de los PSS con las madres de niños menores de 2 años durante la consulta, información que es difícil recolectar en el marco de una entrevista.

7.2.2.4 Análisis Cualitativo:

Las entrevistas, grupos focales y grupos de discusión fueron audio-grabados, la información será vaciada en matrices por categorías temáticas relevantes para el análisis, identificadas a priori y por categorías emergentes.

Para el procesamiento, categorización, codificación y comparación de los datos se usará la teoría fundamentada y como marco teórico para la interpretación de los datos se usará la Fenomenología.

Dado que la metodología cualitativa se utilizará para triangular y complementar la información cuantitativa y entender más a profundidad los problemas que serán estudiados, una vez realizados ambos análisis se presentaran los resultados de forma integrada.

Estos resultados en conjunto con la información del marco teórico, se usaran para desarrollar un modelo, tomando como estudio de caso el programa Oportunidades, el cual podrá ser adaptado para otros contextos en situación de transición nutricional.

7.2.3 Metodología para las dimensiones fundamentales del modelo:

El principal propósito de desarrollar un modelo de intervención dirigido a PSS en contextos de transición nutricional, es proporcionar las herramientas a los servicios de salud locales, para la implementación, monitoreo y evaluación de una intervención para la promoción integral de la nutrición del niño menor de 2 años, que sea potencialmente efectiva en prevenir de forma simultánea, los problemas de desnutrición y SO.

Como se ha mencionado previamente, el modelo no pretende plantear un enfoque único para los diferentes contextos, por el contrario el objetivo es desarrollar un modelo que pueda ser flexible y sensible a las diferencias culturales y sociales existentes. Por lo tanto contemplará una serie de componentes que podrán ser usados total o parcialmente dependiendo de las necesidades de cada contexto.

Se usará como guía el esquema del mapeo de intervenciones (MI)¹⁰⁴:

1) Evaluación de necesidades: se contemplarán recomendaciones para llevar a cabo una investigación formativa que permita la recolección mínima pero suficiente de información relacionada con:

- Prácticas claves de los PSS en relación a la promoción del buen estado nutrición de niños menores de 2 años (diagnóstico nutricional y consejería

sobre LM y AC, aspectos de comunicación) y los determinantes (en especial las barreras) de dichas prácticas.

- Prácticas de alimentación infantil más relevantes y los determinantes (en especial barreras) de dichas prácticas.
- Identificación de características culturales relevantes a ser contempladas en la intervención y preferencias de canales de comunicación.

2) Creación de una matriz de los objetivos del programa (Objetivo de aprendizaje y de conductas esperado): se incluirá una lista exhaustiva de los objetivos claves de aprendizaje y de conducta de la intervención, los cuales deberán ser adaptados y priorizados según la necesidad de cada contexto.

3) Selección de las estrategias y métodos de intervención basados en las teorías de cambios de comportamientos y en la evidencia disponible sobre su efectividad: se tomarán en consideración las estrategias disponibles en la literatura que han demostrado ser eficaces en la promoción de prácticas de alimentación infantil (intervenciones basadas en la evidencia), así como los escenarios de prestación de servicios más comunes, incluyendo los recursos (tipo de proveedor, infraestructura de los servicios) y necesidades de capacitación de PSS. Dado que muchos factores influyen las conductas de salud, se emplearán diferentes estrategias, dirigidas a los diferentes niveles de influencia y a los determinantes de las conductas a promover.

Para los pasos 1, 2 y 3 se integrarán componentes relacionados con la interrelación entre el ambiente y los individuos, la conducta de la madre y la interrelación entre el proveedor de servicio de salud y la madre durante sus diferentes encuentros, principalmente en la consulta (Tabla 5).

4) Diseño y organización de la intervención: se prevé que el modelo contemple¹²⁰ los aspectos básicos para a) El diseño de la intervención, incluyendo las conductas y mensajes claves a promover en los PSS, así como las conductas más relevantes que estos promoverán en las madres (contemplando aspectos de desarrollo psicosocial del niño) y las

recomendaciones para adaptación local. Cabe destacar que el componente técnico del modelo estará basado en los “Principios de Orientación para la Alimentación Complementaria del Niño Amamantado”, como se mencionó previamente.

B) La entrega de la intervención (recursos humanos, infraestructura, materiales, actividades durante la interacción de los PSS con los usuarios) c) Uso del modelo de intervención (necesidades de información y capacitación de los PSS y de los usuarios).

5) Planeación de la implementación, destacando la importancia de la supervisión y 6) Planeación de la evaluación se proporcionarán recomendaciones para estos dos pasos que podrán ser adaptadas según los distintos contextos.

Además, se contemplarán como garantía de factibilidad recomendaciones para la integración del modelo al Sistema de Salud y en específico a los servicios de salud, incluyendo recomendaciones para el apoyo por parte de los diferentes niveles en la toma de decisiones.

Tabla 5. Consideraciones para el desarrollo del modelo según las diversas

teorías y/o modelos para cambio de comportamientos (*).

Modelo Socio Ecológico:		
Concepto/constructos	Definición	Aplicación para el modelo
Múltiples dimensiones de influencias sobre la conducta.	Factores intra-personales y el ambiente social, cultural y físico pueden influenciar las conductas de salud.	Sugiere los planos de investigación para el estudio que serán contemplados posteriormente en el diseño del modelo.
Múltiples niveles de influencia.	<p>Cinco niveles influyen las conductas:</p> <p>Intrapersonal: características individuales que influyen en la conducta: conocimientos, actitudes, emociones, experiencias y rasgos de personalidad.</p> <p>Interpersonal: procesos interpersonales y grupos primarios que proporcionan identidad social, apoyo y definición de roles. Interacciones entre PSS y pacientes o entre miembros de parejas, familias, pares.</p> <p>Institucionales: agrupaciones formales e informales del individuo alrededor de intereses particulares. Normas, reglamentos, políticas de las estructuras formales que pueden limitar o fomentar los comportamientos.</p> <p>Comunitarios: redes y normas sociales formales o informales entre individuos, grupos y organizaciones.</p> <p>Políticas públicas: políticas locales, estatales y federales y leyes que reglamentan o respaldan las acciones saludables.</p>	<p>Permitirá:</p> <p>Examinar la relación entre las diferentes dimensiones y niveles de influencia y las prácticas de los PSS relacionadas con la promoción integral de la nutrición y las prácticas de alimentación infantil de las madres.</p> <p>Entender la relación entre el ambiente (físico, social y cultural) y dichas prácticas.</p> <p>Contemplar para la intervención, el desarrollo de estrategias para intervenir en el mayor número de niveles analíticos que sean posibles.</p>
Causalidad recíproca con el ambiente	La conducta influencia y es influenciada por el ambiente social	

Tabla 5 (Cont.) Consideraciones para el desarrollo del modelo según las diversas teorías y/o modelos para cambio de comportamientos (*).

Teoría de conducta planeada		
Concepto/constructos	Definición	Aplicación para el modelo
Intención de comportamiento	Probabilidad percibida de llevar a cabo la conducta	Permitirá evaluar los constructos o conceptos que sean posibles con la información disponible de los PSS: creencias, valoración de resultados, control percibido y norma subjetiva hacia las conductas para la promoción integral de la nutrición del niño (seguimiento del crecimiento lineal, consejería, etc).
Actitud hacia el comportamiento: Creencias sobre la conducta Evaluación	Creencia de que poner en práctica la conducta está asociado con ciertos atributos o resultados. Valor que se le da al atributo o resultado de la conducta	
Norma subjetiva: Creencias normativas Motivación para cumplir	Creencia acerca de si los referentes (personas importantes) aprueban o desaprueban la conducta. Motivación del individuo para hacer lo que los referentes piensan o quieren	Entender los comportamientos de los PSS y de las madres y formular explicaciones para dichos comportamientos. Identificar los constructos más relevantes y los cambios que serán necesarios en dichos constructos, los cuales serán posteriormente considerados en el diseño del modelo.
Control percibido sobre la conducta: Creencias de control. Poder percibido	Grado en que una persona se siente capaz de adoptar la conducta. Qué tanto control tiene la persona sobre la conducta	Diseñar el modelo de acuerdo a los principios y conceptos de esta teoría: proponer estrategias o acciones para mejorar cada uno de estos conceptos. Ejemplo: Actitud positiva: Lograr que los médicos consideren que la LME es importante para la prevención del retardo del crecimiento y para la protección contra enfermedades crónicas. Norma subjetiva: promocionar que los referentes apoyan la promoción de la LME. Control percibido: proporcionar las herramientas para que el PSS pueda dar una adecuada consejería a las madres.

Tabla 5 (Cont). Consideraciones para el desarrollo del modelo según las diversas teorías y/o modelos para cambio de comportamientos (*).

Modelo de comunicación paciente proveedor		
Concepto/constructos	Definición	Aplicación para el modelo
Plantea que la conducta de los PSS se enfocan en dos dimensiones el ámbito técnico y el ámbito socioemocional.	<p>a) Ambito técnico: formación, experiencia y habilidades técnicas.</p> <p>b) Ambito socioemocional: carácter afectivo de la interacción (intrínseco, transmitido e interpretado).</p>	Considerar en el desarrollo del modelo no solo las herramientas técnicas (información actualizada) necesarias para llevar a cabo las conductas sino también habilidades socioemocionales durante la interacción con el paciente para que logren establecer una adecuada comunicación con las madres.

(*) En esta fase del protocolo está lista no pretende ser definitiva

8 Referencias

- ¹ **Popkin BM.** Nutritional patterns and transitions. *Popul Dev Rev* 1993;19:138–157.
- ² **Barquera S, Hotz C, Rivera J, Tolentino L, Espinoza J, Campos I et al.** Food consumption, food expenditure, anthropometric status and nutrition related diseases in Mexico. *Double Burden of Malnutrition in Developing Countries*. 2006. FAO: Rome. pp 161–203.
- ³ **Popkin, BM.** The nutrition transition and its health implications in lower-income countries. *Public Health Nutr* 1998; 1: 5–21.
- ⁴ **Monteiro CA, Mondini L, de Souza AL, Popkin BM.** The nutrition transition in Brazil. *European Journal of Clinical Nutrition* 2005; 49(2):105–113.
- ⁵ **Popkin BM.** The nutrition transition and obesity in the developing world. *J. Nutr* 2001; 131: 871S–873S.
- ⁶ **Monteiro CA, Conde WL, Popkin BM.** The burden of disease from undernutrition and overnutrition in countries undergoing rapid nutrition transition: a view from Brazil. *Am J Public Health* 2004; 94(3): 433–434.
- ⁷ **Popkin BM.** The shift in stages of the nutrition transition in the developing world differs from past experiences. *Public Health Nutr* 2002; 5(1A): 205–214.
- ⁸ **Ellen N, McKee M.** Editores. *Caring for people with chronic conditions: A health system perspective*. World Health Organization. The European Observatory on Health Systems and Policies. Open University Press. 2008.
- ⁹ **Jackson SF, Perkins F, Khandor E, Cordwell L, Hamann S, Buasai S.** Integrated health promotion strategies: a contribution to tackling current and future health challenges. *Health Promot Int* 2006, 21: 75-83.
- ¹⁰ **Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, Caulfield LE, De Onis M, Ezzati M, Mathers C, Rivera JA.** Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *Lancet Series* 2008. Published online January 17.
- ¹¹ **Martorell R, Horta BL, Adair LS, Stein AD, Ritcher L , Fall CH et al.** Weight Gain in the First Two Years of Life Is an Important Predictor of

Schooling Outcomes in Pooled Analyses from Five Birth Cohorts from Low- and Middle-Income Countries. *J. Nutr* 2010; 140: 348–354.

¹² **Martorell R, Melgar P, Maluccio J, Stein AD, Rivera JA.** The Nutrition Intervention Improved Adult Human Capital and Economic Productivity. *J. Nutr* 2010;140: 411–414.

¹³ **Dietz WH.** Childhood weight affects adult morbidity and mortality. *J Nutr* 1998;128: 411S–414S.

¹⁴ **Martorell R, Khan LK, Schroeder DG.** Reversibility of stunting: epidemiological findings in children from developing countries. *Eur J Clin Nutr* 1994; 48 (1): S45-S57.

¹⁵ **Lederman SA, Akabas SR , Moore BJ.** Editors' overview of the conference on preventing childhood obesity. *Pediatrics* 2004; 114: 1139–1145.

¹⁶ **Reilly JJ, Armstrong J, Dorosty AR, Emmett PM, Ness A, Rogers I et al.** Early life risk factors for obesity in childhood: cohort study. *BMJ* 2005; 330:1358–1360.

¹⁷ **Stettler N, Zemel BS, Kumanyika S , Stallings VA.** Infant weight gain and childhood overweight status in a multicenter, cohort study. *Pediatrics* 2002; 109:194–199.

¹⁸ **Stettler N, Kumanyika SK, Katz SH, Zemel BS , Stallings VA.** Rapid weight gain during infancy and obesity in young adulthood in a cohort of African Americans. *Am. J. Clinical Nutrition* 2003: 1374–1378.

¹⁹ **Monteiro PO, Victora CG, Barros FC , Monteiro LM .** Birth size, early childhood growth, and adolescent obesity in a Brazilian birth cohort. *Int J Obes* 2003; 27:1274–1282.

²⁰ **Monteiro PO , Victora CG.** Rapid growth in infancy and childhood and obesity in later life – a systematic review. *Obes rev* 2005; 6 (2): 143–154.

²¹ **Eriksson JG, Forsen T, Tuomilehto J, Osmond C , Barker D.** Size at birth, childhood growth and obesity in adult life. *Int J Obes* 2001; 25: 735-740.

²² **Barker DJP, Eriksson JG, Forsén T, , Osmond C.** Fetal origins of adult disease: strength of effects and biological basis. *Int. J. Epidemiol* 2002; 31: 1235-1239

²³ **Eriksson JG.** Early growth and adult health outcomes – lessons learned from the Helsinki Birth Cohort Study. *Maternal and Child Nutrition* 2005; 1: 149–154.

-
- ²⁴ **Huxley RR, Shiell AW , Law CM.** The role of size at birth and postnatal catch-up growth in determining systolic blood pressure: a systematic review of the literature. *J Hypertens* 2000; 18 (7):815-831.
- ²⁵ **Forsen T, Eriksson J, Tuomilehto J, Reunanen A, Osmond C, Barker D.** The fetal and childhood growth of persons who develop type 2 diabetes. *Ann Intern Med* 2000; 133: 176–182.
- ²⁶ **Eriksson JG, Forsen T, Tuomilehto J, Winter PD, Osmond C, Barker DJ.** Catch-up growth in childhood and death from coronary heart disease: longitudinal study. *BMJ* 1999; 318: 427–431.
- ²⁷ **Adair LS, Martorell R, Stein AD, Hallal PC, Harshpal SS, Prabhakaran D et al.** Size at birth, weight gain in infancy and childhood, and adult blood pressure in 5 low- and middle-income-country cohorts: when does weight gain matter? *Am. J. Clinical Nutrition*, May 2009; 89: 1383 - 1392.
- ²⁸ **Scaglioni S, Agostoni C, De Notaris R, Radaelli G, Radice N, Valenti M, et al.** Early macronutrient intake and overweight at five years of age. *Int J Obes.* 2000; 24: 777-781.
- ²⁹ **Mei Z, Grummer-Strawn LM , Scanlon KS.** Does overweight in infancy persist through the preschool years? An analysis of CDC Pediatric Nutrition Surveillance System data. *Soz Praventiv med.* 2003; 48:161–167.
- ³⁰ **Nader PR, O'Brien M, Houts R, Bradley R, Belsky J, Crosnoe R, et al.** Identifying risk for obesity in early childhood. *Pediatrics* 2006; 118:594-601.
- ³¹ **Garn SM , LaVelle M .** Two-decade follow-up of fatness in early childhood. *Am J Dis Child* 1985; 139:181–185
- ³² **Gonzalez-de Cossio T, Rivera JA, González-Castell D, Unar-Munjía M , Monterrubio E.** Child malnutrition in Mexico in the last two decades: prevalence using the new WHO 2006 growth standards. *Salud Pública de Mex* 2009; 51(4): S494-S506.

-
- ³³ **Bonvecchio A, Safdie M, Monterrubio EA, Gust T, Villalpando S , Rivera JA.** Tendencias de sobrepeso y obesidad en niños mexicanos de 2 a 18 años de edad: 1988 a 2006. *Salud Pública Mex* 2009; 51(4):S586-S594.
- ³⁴ **Fernald LC , Neufeld LM.** Overweight with concurrent stunting in very young children from rural Mexico: prevalence and associated factors. *Eur J Clin Nutr* 2006: 1–10.
- ³⁵ **Pan American Health Organization/World Health Organization.** Guiding principles for complementary feeding on the breastfed child. Washington DC: PAHO/WHO, Division of Health Promotion and Protection Food and Nutrition Program; 2003.
- ³⁶ **Schack-Nielsen L , Michaelsen KF.** Advances in Our Understanding of the Biology of Human Milk and Its Effects on the Offspring. *J. Nutr* 2007; 137: 503S–510S.
- ³⁷ **Arenz S, Ruckerl R, Koletzko, Von Kries R.** Breastfeeding and childhood obesity – a systematic review. *Int J Obes* 2004; 28 (10):1247-1256
- ³⁸ **Owen CG, Martin RM, Whincup PH, Smith GD , Cook DG.** Effect of infant feeding on the risk of obesity across the life course: a quantitative review of published evidence. *Pediatrics* 2005;115:1367– 1377.
- ³⁹ **Harder T, Bergmann R, Kallischnigg G , Plagemann A.** Duration of breastfeeding and risk of overweight: a meta-analysis. *Am J Epidemiol* 2005; 162: 397–403.
- ⁴⁰ **Owen CG, Whincup PH, Kaye SJ, Martin RM, Smith GD, Cook DG et al.** Does initial breastfeeding lead to lower blood cholesterol in adult life? A quantitative review of the evidence. *Am J Clin Nutr* 2008; 88 (2):305–314.
- ⁴¹ **Owen CG, Martin RM, Whincup PH, Smith GD , Cook DG.** Does breastfeeding influence risk of type 2 diabetes in later life? A quantitative analysis of published evidence *Am J Clin Nutr* 2006; 84 (5):1043–54.
- ⁴² **Horta BL, Bahl R, Martines JC, Victora CG.** Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analysis. Geneva: World Health Organization; 2007.
- ⁴³ **González de Cossío T, González Castell LD y Unar Munguía M.** Prevalencias de lactancia materna en México 1999-2006. Manuscrito en preparación.

-
- ⁴⁴ **González-Cossío T, Moreno-Macías H, Rivera-Dommarco JA, Villalpando S, Shamah-Levy T, Monterrubio E et al.** Breastfeeding practices in Mexico: Results from the Second National Nutrition Survey 1999. *Salud Publica Mex.* 2003; 45(4):S477-S489.
- ⁴⁵ **World Health Organization.** Global Data Bank on Infant and Young Child Feeding (IYCF). Last updated: Junio 2009. Disponible en <http://www.who.int/nutrition/databases/infantfeeding/countries/en/index.html>. Consultado el 20 de enero de 2011.
- ⁴⁶ **Birch LL, Fisher JO.** Development of Eating Behaviors among Children and Adolescents. *Pediatrics* 1998; 101: 539-549.
- ⁴⁷ **Skinner JD, Carruth BR, Wendy B, Ziegler PJ.** Children's food preferences: A longitudinal analysis. *J Am Diet Assoc* 2002; 102:1638– 1647.
- ⁴⁸ **Birch LL, Fisher JO, Davison KK.** Learning to overeat: maternal use of restrictive practices promotes girls' eating in the absence of hunger. *Am J Clin Nutr* 2003; 78(2) :215–220.
- ⁴⁹ **Sherry B, McDivitt J, Birch LL, Cook FH, Sanders S, Prish JL et al.** Attitudes, practices, and concerns about child feeding and child weight status among socioeconomically diverse white, Hispanic, and African-American mothers. *J Am Diet Assoc* 2004; 104 (2):215–21.
- ⁵⁰ **Contento IR, Basch C, Zybert P.** Body image, weight, and food choices of Latina women and their young children. *J Nutr Educ Behav* 2003;35 (5):236– 248.
- ⁵¹ **Birch LL .** Child Feeding Practices and the Etiology of Obesity. *Obesity.* 2006; 14 (3): 343-344.
- ⁵² **Lindsay AC, Tavares-Machado M, Sussner KM, Hardwick C, Peterson K.** Brazilian mothers' beliefs, attitudes and practices related to child weight status and early feeding within the context of nutrition transition. *J Biosoc Sci.* 2009; 41 (1): 21-37.
- ⁵³ **Lindsay AC, Tavares-Machado M, Sussner KM, Hardwick C, Peterson KE.** Infant feeding practices and beliefs about weaning among low-income Brazilian mothers: a qualitative study. *Food Nutr Bull* 2008; 29(1): 15-24.
- ⁵⁴ **Patrick H, Nicklas TA.** A review of family and social determinants of children's eating patterns and diet quality. *J Am Coll Nutr* 2005; 24 (2):83–92.

-
- ⁵⁵ **Bhutta ZA, Ahmed T, Black RE, Cousens S, Dewey K, Giugliani E et al .** Maternal and Child Undernutrition 3. What Works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival. *Lancet Series* 2008. Published online January 17: 41-64.
- ⁵⁶ **Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ, Wade A, King SE.** Support for breastfeeding mothers. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; 1: CD001141. DOI: 10.1002/14651858.CD001141.pub3.
- ⁵⁷ **Dyson L, McCormick FM, Renfrew MJ.** Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2. Art. No.: CD001688. DOI: 10.1002/14651858.CD001688.pub2.
- ⁵⁸ **World Health Organization.** Global strategy for infant and young child feeding. Geneva, Switzerland 2003. ISBN 92 4 156221 8
- ⁵⁹ **Dewey KG, Adu-Afarwuah S.** Systematic review of the efficacy and effectiveness of complementary feeding interventions in developing countries. *Matern Child Nutr* 2008; 4 (1): 24–85.
- ⁶⁰ **Caulfield LE, Huffman SL, Piwoz EG .** Interventions to improve intake of complementary foods by infants 6 to 12 months of age in developing countries: Impact on growth and on the prevalence of malnutrition and potential contribution to child survival. *Food and Nutr Bull* 1999; 20 (2): 183-200
- ⁶¹ **Mc Lennan JD.** Early termination of breast-feeding in periurban Santo Domingo, Dominican Republic: mothers' community perceptions and personal practices. *Rev Panam Salud Publica* 2001; 9 (6): 362-367.
- ⁶² **Livingstone VH.** The Family Physician's Role in Preventing Early Termination of Breastfeeding. *Can Fam Physician* 1986; 32: 2162–2169.
- ⁶³ **Ahluwalia IB, Morrow B, Hsia J.** Why Do Women Stop Breastfeeding? Findings from the Pregnancy Risk Assessment and Monitoring System. *Pediatrics* 2005; 116 (6): 1408 -1412.
- ⁶⁴ **Rodríguez-García J, Acosta-Ramírez N.** Factores Asociados a la Lactancia Materna Exclusiva en Población Pobre de Áreas Urbanas de Colombia. *Rev. Salud Pública* 2008 ; 10(1): 71-84.
- ⁶⁵ **Navarro-Estrella M, Duque-López MX, Trejo y Pérez JA.** Factores que influyen en el abandono temprano de la lactancia por mujeres trabajadoras. *Salud Publica Mex* 2003;45: 276-284.

-
- ⁶⁶ **Espinoza H.** La relación existente entre las prácticas de lactancia materna exclusiva y la estructura de la familia nicaragüense. *Salud Publica Mex* 2002;44:499-507.
- ⁶⁷ **Dearden K, Altaye M, Maza I, De Oliva M, Stone-Jimenez M, Morrow A et al.** Determinants of optimal breast-feeding in peri-urban Guatemala City, Guatemala. *Rev Panam Salud Publica*, 2002; 12(3):185-192
- ⁶⁸ **Flores ME, Rivera M, Maulén I, Rivera JA.** Exclusive breastfeeding in three rural localities in Mexico. *J Hum Lact.* 2005; 21 (3): 276-283
- ⁶⁹ **Flores-Díaz AL, Bustos-Valdez MV, González-Solís R, Mendoza-Sanchez HF.** Factores relacionados con la duración de la lactancia materna en un grupo de niños mexicanos. *Archivos en Medicina Familiar.* 2006; 8(1):33-39
- ⁷⁰ **Penny ME, Creed-Kanashiro H, Robert RC, Rocio Narro R, Caulfield LE, Black RE.** Effectiveness of an educational intervention delivered through the health services to improve nutrition in young children: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 2005; 365: 1863–72
- ⁷¹ **Truswel AS, Hiddink GJ, Blom J.** Nutrition guidance by family doctors in a changing world: problems, opportunities and future possibilities. *Am J Clin Nutr* 2003;77(4):1089S–1092S
- ⁷² **Wynn K, Trudeau JD, Taunton K, Gowans M.** Nutrition in primary care Current practices, attitudes, and barriers. *Can Fam Physician.* 2010;56:109-16
- ⁷³ **Nicholas LG, Dimity Pond C, Roberts D.** Dietitian–general practitioner interface: a pilot study on what influences the provision of effective nutrition management. *Am J Clin Nutr* 2003;77(4):1039S–1042S.
- ⁷⁴ **Gutierrez JP, Bautista S, Gertler P, Hernandez-Avila M, Bertozzi SM.** Impacto de Oportunidades en la morbilidad y el estado de salud de la población beneficiaria y en la utilización de los servicios de salud. Resultados de corto plazo en zonas urbanas y de mediano plazo en zonas rurales. En: Hernandez-Prado B, Hernandez-Avila M, Editores. *Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades 2004.* Cuernavaca; 2005. p. 330.
- ⁷⁵ **Dickin KL, Dollahite JS, Habicht JP.** Nutrition Behavior Change among EFNEP Participants Is Higher at Sites That Are Well Managed and Whose Front-Line Nutrition Educators Value the Program. *J. Nutr.* 2005, 135 (9): 2199–2205.

-
- ⁷⁶ **Guldan GS, Fan HC, Ma X, Ni ZZ, Xiang X, Tang MZ.** Culturally appropriate nutrition education improves infant feeding and growth in rural Sichuan, China. *J Nutr* 2000; 130 (5): 1204–11.
- ⁷⁷ **Bhandari N, Bahl R, Mazumdar S, Martines J, Black RE, Bhan MK.** Infant feeding study group. Effect of community-based promotion of exclusive breastfeeding on diarrhoeal illness and growth: a cluster randomized controlled trial. *Lancet* 2003; 361: 1418–23.
- ⁷⁸ **Bhandary N, Sarmila M, Rajiv B, Martines J, Black RE[†], Bhan MK et al.** Use of multiple opportunities for improving feeding practices in under-twos within child health programs. *J. Nutr.*2004; 134: 2342–2348.
- ⁷⁹ **Eaton CB, McBride PE, Gans KA, Underbakke GL.** Teaching Nutrition Skills to Primary Care Practitioners. *J. Nutr.* 2003; 133 (2): 563S–566S.
- ⁸⁰ **Sassi F, Cecchini M, Lauer J, Chisholm D. Editors.** Improving Lifestyles, Tackling Obesity: The Health and Economic Impact of Prevention Strategies. *OECD 2009. Health Working Papers*, No. 48, OECD Publishing.doi: 10.1787/220087432153
- ⁸¹ **World Health Organization.** Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention. Global policy recommendations. Geneva: WHO; 2010. ISBN 978 92 4 156401 4
- ⁸² **Zolnierok KB, Dimatteo MR.** Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Med Care.* 2009;47(8):826-34
- ⁸³ **Barry M, Allegrante JP, Lamarre MC, Auld ME, Taub A.** The Galway Consensus Conference: international collaboration on the development of core competencies for health promotion and health education. *Global Health Promotion* 2009, 16(2): 05–11.
- ⁸⁴ **Summerbell CD, Waters E, Edmunds LD, Kelly S, Brown T, Campbell KJ:** Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2005:CD001871
- ⁸⁵ **Story M, Kaphingst K, French S.** The role of child care settings in obesity prevention. *Future Child* 2006;16:143-78.
- ⁸⁶ **Ritchie L, Ivey S, Masch M, Woodward-Lopez G, Ikeda J, Crawford P.** Pediatric overweight: a review of the literature. Center for Weight and Health,

University of California, Berkeley. 2001:1-127. Disponible en: http://cnr.berkeley.edu/cwh/PDFs/Full_COPI_secure.pdf (Consultada en julio 2010).

⁸⁷ **Lorrene R, Jessica H, Candice.** Intervening in Early Childhood to Prevent Obesity: Best Practices for Home and Child Care Settings. Center for Weight and Health, University of California, Berkeley. 2009: Disponible en: http://cwh.berkeley.edu/sites/default/files/primary_pdfs/Early_Childhood_Intervention_Review_12.09_0.pdf (Consultada en julio 2010).

⁸⁸ **Neufeld LM, Pelletier J, Domínguez R, Mejía F.** Informe técnico : Estudio de determinantes de sobrepeso y obesidad en mujeres y niños de zonas urbanas de México. Cuernavaca : INSP- Programa Oportunidades; 2006.

⁸⁹ **Gutierrez JP, Bautista S, Gertler P, Hernandez-Avila M, Bertozzi SM.** Impacto de Oportunidades en la morbilidad, estado de salud y utilización de los servicios de salud de la población beneficiaria en zonas urbanas. En: Hernandez-Avila M, Hernandez-Prado B, Urquieta-Salomón JE. Editores. Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades 2006. Cuernavaca: INSP-Oportunidades; 2006. p. 150.

⁹⁰ **Organización Mundial de la Salud.** Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Primera Conferencia Mundial de Promoción de la salud. Ottawa: OMS; 1986.

⁹¹ **Muñoz F, Lòpez-Acuña D, Halverson P, Guerra de Macedo C, Hanna W, Larrieu M.** Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector salud. Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health 2000 8 (1/2):128-134

⁹² **Allegrante JP, Barry MM, Airhihenbuwa, CO, Auld ME, Collins JL, Lamarre MC.** Domains of Core Competency, Standards, and Quality Assurance for Building Global Capacity in Health Promotion: The Galway Consensus Conference Statement. Health Educ Beh 2009; 36(3): 476-482

⁹³ **Stokols D.** Translating social ecological theory into guidelines for community health promotion. Am J Health Promot. 1996; 10(4):282-98.

⁹⁴ **U.S. Department of Health and Human Services.** National Institutes of Health. Theory at a Glance: A Guide For Health Promotion Practice. 2nd edition. NIH Publication No. 05-3896; 2005.

-
- ⁹⁵ Glanz K, Lewis FM, Rimer BK: Linking Theory, research and practice. In: Glanz K, Lewis FM, Rimer BK, eds. Health Behavior and Health Education, Theory, Research and Practice. San Francisco, CA: Jossey Bass; 2002, pp: 19-33
- ⁹⁶ **Contento IR, Balch GI, Bronner YL, Lytle LA, Maloney SK, Olson CM et al.** The effectiveness of nutrition education and implication for nutritional educational policy, programs and research: a review of research. Journal of Nutrition education. 1995, 27 (6) : 277-422.
- ⁹⁷ **Kok G, Schaalma H, Ruiter R, Van P.** Intervention Mapping: Protocol for Applying Health Psychology Theory to Prevention Programmes. J Health Psychology. 2004; 9 (1):85-98.
- ⁹⁸ **Brug J, Oenema A, Ferreira I.** Theory, evidence and Intervention Mapping to improve behavior nutrition and physical activity interventions. Int J Behav Nutr and Phys Act. 2005, 2:2 doi:10.1186/1479-5868-2-2. Disponible en: <http://www.ijbnpa.org/content/2/1/2>
- ⁹⁹ **McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A, Glanz K.** An ecological perspective on health promotion programs. Health Educ Behav 1988; 15(4): 351-377
- ¹⁰⁰ **Ajzen I, Fishbein M.** Understanding attitudes and predicting social behavior. New Jersey: Prentice-Hall; 1980.
- ¹⁰¹ **Montaño DE, Kasprzyk D.** The theory of reasoned action and the theory of planned behavior. In: Glanz K, Lewis FM, Rimer BK, eds. Health Behavior and Health Education, Theory, Research and Practice. San Francisco, CA: Jossey Bass; 2002, pp. 85–112.
- ¹⁰² **Roter DL, Hall JA .** Health education theory: an application to the process of patient - provider communication. Health Education Research. 1991; 6 (2): 185-193.
- ¹⁰³ **Zolnierok KB, Dimatteo MR.** Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. Med Care. 2009; 47(8):826-34.
- ¹⁰⁴ **Bartholomew LK, Parcel GS, Kok G.** Intervention Mapping: A Process for Developing Theory and Evidence-Based Health Education Programs. Health Educ Behav. 1998; 25: 545 - 563.

-
- ¹⁰⁵ **Secretaría de Salud de México.** Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. Primera edición. México: Secretaría de Salud de México; 2007. p.p: 54
- ¹⁰⁶ **Secretaría de Salud de México.** Unidades de primer nivel de atención en los Servicios Estatales de Salud. Evaluación 2008. Primera edición. México DF:SSA; 2009.
- ¹⁰⁷ **Programa de Desarrollo Humano Oportunidades.** Reporte de Corresponsabilidad del bimestre septiembre-octubre 2007. México DF: Programa Oportunidades; 2007.
- ¹⁰⁸ **Instituto Nacional de Salud Pública.** Evaluación de Calidad de los Servicios de Atención a la Salud Asignados a la Población Beneficiaria del Programa Oportunidades. Cuernavaca: INSP-Programa Oportunidades; 2008.
- ¹⁰⁹ **Gutierrez JP, Bautista S, Gertler P, Hernandez-Avila M, Bertozzi SM.** Impacto de Oportunidades en la morbilidad y el estado de salud de la población beneficiaria y en la utilización de los servicios de salud. Resultados de corto plazo en zonas urbanas y de mediano plazo en zonas rurales. En: Hernandez-Prado B, Hernandez-Avila M. Editores. Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades 2004. Cuernavaca: INSP-Oportunidades; 2005. p. 330.
- ¹¹⁰ **Creswell JW, Plano Clark VL, Guttman M, Hanson W.** Advanced mixed methods research designs. In: Tashakkori A, Teddlie C, eds. *Handbook on Mixed Methods in the Behavioral and Social Sciences*. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications; 2003:209-240.
- ¹¹¹ **Johnson RB, Onwuegbuzie AJ.** Mixed methods research: A research paradigm whose time has come. *Educational Researcher*, 2004; 33(7): 14–26
- ¹¹² **Lwanga SK, Lemeshow S.** Sample size determination in health studies. World Health Organization. Geneva 1991:25.
- ¹¹³ **Glaser B, Strauss A.** The Discovery of Grounded Theory: Aldine Transaction, 1967.
- ¹¹⁴ **Berger P, Luckmann T.** Construcción social de la realidad. Buenos Aires: Amorrortu; 1968.

-
- ¹¹⁵ **Kedall, J.** Axial coding and the grounded theory controversy. *Western Journal of Nursing Research*, 1999; 21 (6): 743- 757.
- ¹¹⁶ **Ulin P, Robinson E, Tolley E.** El lenguaje y la lógica de la investigación cualitativa, capítulo 2. En *Investigación aplicada en Salud Pública: Método Cualitativos*. Washington DC: Publicación científica y técnica N°614 de la OPS. 2006: 11-26.
- ¹¹⁷ **Strauss A y Corbin J.** Bases de la Investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. 1era edición en español. Medellín: Universidad de Antioquia; 2002.
- ¹¹⁸ **Streubert HJ and Carpenter DR.** Phenomenological research approach in *Qualitative Research in nursing. Advancing the Humanistic Imperative*.1995
- ¹¹⁹ **Glove S, Pelto G.** Focus Ethnographic Studies in the WHO Programme for the Control of Acute Respiratory Infection. *Medical Antropology*. 1994; 15: 409-424.
- ¹²⁰ **Gericke CA, Kurowski C, Ranson MK, Mills A.** Intervention complexity:a conceptual framework to inform priority-setting in health. *Bull World Health Organ*, 2005; 83(4): 285-93.