

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CREENCIAS, ACTITUDES Y PRACTICAS EN LA INTRODUCCION DE ALIMENTOS COMPLEMENTARIOS Y ALTERNATIVOS EN LACTANTES ALIMENTADOS CON LECHE MATERNA

Estudio realizado en 25 madres de la aldea
San Antonio Nejapa-Acatenango, Chimaltenango,
Mayo-Junio 1, 1993, Guatemala.



Presentada a la Honorable Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala.

BETH EUGENIA GURRUCHICHE SALAZAR

En el acto de su investidura de:

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Julio de 1, 1993.



DL
05
T(6642)

FORMA C

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 12 de julio
DIF-185-93

de 1993

Director Unidad de Tesis
Centro de Investigaciones de las Ciencias
de la Salud - Unidad de Tesis

Se informa que el: PERITO CONTADOR BETH EUGENIA CURRUCHICHÉ
Título o diploma de diversificado, Nombres y apellidos
SALAZAR Carnet No. 85-12403.
completos

Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:

"CREENCIAS, ACTITUDES Y PRACTICAS EN LA INTRODUCCION DE ALIMENTOS

COMPLEMENTARIOS Y ALTERNATIVOS EN LACTANTES ALIMENTADOS CON LECHE

MATERNA"

y cuyo autor, asesor(es) y revisor nos responsabilizamos de los conceptos metodología, confiabilidad y validez de los resultados, pertinencia de las conclusiones y recomendaciones, así como la calidad técnica y científica del mismo, por lo que firmamos conformes:

Beth Eugenia
Firma del estudiante

[Signature]
Asesor
Firma y sello personal

J. Stenuff Oliva Leub
MEDICO Y CIRUJANO
Colegiado No. 4514

Perito Contador
Revisor
Firma y sello
Registro Personal 12189

ERWIN RAUL CASTAÑEDA PINEDA
Médico y Cirujano
Colegiado No. 3397

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FORMA D

H A C E C O N S T A R Q U E :

El Bachiller: BETH EUGENIA CURRUCHICHE SALAZAR
Carnet Universitario No. 85-12403

Previo a optar al Título de Médico y Cirujano, en su Examen General Público ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:
"CREENCIAS, ACTITUDES Y PRACTICAS EN LA INTRODUCCION DE ALIMENTOS
COMPLEMENTARIOS Y ALTERNATIVOS EN LACTANTES ALIMENTADOS CON LECHE
MATERNA"

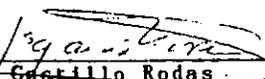
Avalado por asesor(es) y revisor, por lo que se emite la presente
ORDEN DE IMPRESION :

Guatemala, 12 de julio de 1993



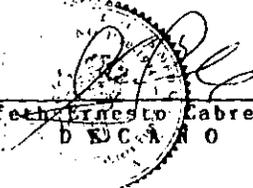
Dr. Edgar R. De León Barillas
Por Unidad de Tesis





Dr. Raúl A. Cerrillo Rodas
Director del Centro de Investigaciones
de las Ciencias de la Salud

I M P R I M A S E :



Dr. Jafeth Ernesto Cabrera Franco
D E C A N O

INDICE

	PAGINA
I. Introducción	1
II. Definición del Problema	3
III. Justificación	4
IV. Objetivos	7
V. Revisión Bibliográfica	8
VI. Metodología	31
VII. Ejecución de la Investigación	38
VIII. Presentación de Resultados	43
IX. Análisis y Discusión de los Resultados ...	57
X. Conclusiones	62
XI. Recomendaciones	64
XII. Resumen	65
XIII. Referencias Bibliográficas	66
XIV. Anexos	72

I. INTRODUCCION

En las comunidades indígenas del área rural persisten creencias y prácticas relacionadas con hábitos dietéticos que deben ser consideradas en sus aspectos económicos y culturales. (19)

Uno de los cambios más importantes ocurridos en las prácticas dietéticas, es la introducción de alimentos de bajo valor nutritivo, que tienen un efecto desastroso en la desnutrición infantil, especialmente en el período posterior al destete. Este fenómeno descansa sobre bases económicas y culturales. (13, 19)

El estudio se llevó a cabo con madres que acudían al Puesto de Salud de la Aldea San Antonio Nejapa, Acatenango, Chimaltenango, durante los meses de Mayo y Junio de 1993. El propósito del mismo fue identificar las creencias en relación a la introducción de alimentos complementarios y alternativos en lactantes alimentados con leche materna.

Por las características del estudio que son eminentemente cualitativas y por llevarse a cabo en un grupo social, se hizo uso del método etnográfico, para ello se elaboró una Guía de Entrevista, que fue respondida por 25 madres en sesiones de grupos focales; obteniendo los resultados siguientes: El 60% de las madres inician la introducción de

alimentos complementarios entre las edades de un año y medio y dos, proporcionando con más frecuencia, al iniciarla, francés o tortilla remojada con caldo de frijol o agua de hierbas. El 80% prolonga la lactancia materna hasta las edades de un año y medio y dos, suspendiéndola sólo cuando cursan con un nuevo embarazo, razón por la que alternativamente brindan a sus niños atoles como Polenta, Trigo o Inca parina. Cuando el niño presenta algún indicio de enfermedad como fiebre o diarrea, el 72% de las madres suspende la alimentación. El huevo y las hierbas o el agua de las mismas son los alimentos que no proporcionan cuando los niños cursan con diarrea o fiebre por considerarlos nocivos para la salud.

Finalmente se determinó que el 72% de las madres ha recibido información en el Centro o Puesto de Salud sobre cómo alimentar al niño, pero la misma no es llevada a la práctica, pues la introducción de alimentos complementarios y alternativos se realiza en base a características como: consistencia, digestibilidad y de acuerdo al sistema cognitivo "frío-caliente", influyendo también el factor económico, -- siendo la elección de los alimentos regida en gran parte -- por patrones socio-culturales.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

En el área rural de Guatemala, la lactancia materna -- constituye la alimentación preponderante durante el primer año de vida; lo cual permite un crecimiento aceptable de -- los lactantes durante los primeros 4-6 meses de edad. (13, 19, 36)

Sin embargo, a partir de esa fecha o antes, como sucede a menudo, el estado nutricional del niño sufre un deterioro paulatino. Ello se relaciona fundamentalmente, con -- los nuevos alimentos que son introducidos, tales como: fórmulas lácteas, atoles, sólidos, etc., que en muchos casos -- no llenan los requerimientos nutricionales adecuados, y en -- otros, por su preparación y administración deficientes, oca -- sionan procesos infecciosos que repercuten en la salud del niño.

Para plantear metodologías idóneas de educación en sa -- lud, en relación al tema, se hace necesario conocer las --- creencias y costumbres, que al respecto guarda la población

III. JUSTIFICACION

En los países en vías de desarrollo, como Guatemala, uno de los principales problemas de salud pública, es la Desnutrición Infantil, por las consecuencias que provoca al niño, en particular y a la sociedad en conjunto.

Se han considerado como responsables de tal problema, factores biológicos, económicos, sociales y culturales, como las creencias y costumbres alimenticias que se tienen -- desde los antepasados de grupos étnicos determinados y que en alguna forma repercuten en la desnutrición infantil.

Desde el punto de vista demográfico, Guatemala es un país con una población estimada para 1990 de 9.6 millones de habitantes, con una distribución poblacional de 35% para el área urbana y 65% para el área rural; en su mayoría indígenas, quienes con un rico legado cultural, representado -- por no menos de 25 grupos etnolingüísticos diferentes. Es una población donde los componentes culturales que intervienen en el proceso de Salud-Enfermedad, están expresados por medio de todo un cúmulo de conocimientos médicos de raigambre ancestral, transmitidos de generación en generación y englobados en lo que se conoce como Medicina Tradicional.

(3, 7, 15)

La tradición cultural latinoamericana ha sido eminente

mente cultural y es claro el hecho de que la agricultura ejerce una fuerte influencia sobre la nutrición y prácticas alimenticias de un pueblo. Los modelos dietéticos dependen fundamentalmente de factores económicos, pero no debe subestimarse la importancia de los elementos culturales.

Las costumbres dietéticas en general y las de la crianza de los niños deben ser consideradas en sus aspectos económicos y culturales; dentro de éstos es de suma importancia el proceso de aculturación. (19)

Partiendo de que la desnutrición infantil representa un serio problema para la salud pública, el médico desempeña una de las funciones más importantes en la prevención de la misma, enseñando a las madres la forma de alimentar al niño pequeño. La madre que sabe alimentar a su hijo desde su nacimiento, desarrollará en él, hábitos alimenticios saludables que conservará toda su vida, que ayudará a conservar su salud. (15); es por eso que este estudio pretende contribuir al conocimiento de creencias, actitudes y prácticas que las madres poseen sobre la introducción de alimentos complementarios y alternativos en lactantes alimentados con leche materna, en una comunidad rural del departamento de Chimaltenango, pues es necesario que los médicos conozcan este sistema tradicional de creencias, completamente distinto al de la medicina contemporánea, que permitirá me-

jorar el nivel de comunicación con los pacientes de estas -
comunidades, esforzándose en comprender sin perjuicio algu-
no, patrones culturales que han perdurado en estas regiones
para utilizarlos luego como vías para llegar a una hábil e-
inteligente persuasión a favor de los procedimientos de la-
ciencia y técnicas modernas, contribuyendo de esta forma al
mejoramiento de la salud en nuestro país.

IV. OBJETIVOS

A. GENERALES:

1. Identificar las creencias, actitudes y prácticas de madres de una comunidad rural de Chimaltenango, en la introducción de alimentos complementarios y alternativos en lactantes alimentados con leche materna.

B. ESPECIFICOS:

1. Determinar cuál o cuáles son los alimentos complementarios y alternativos que con más frecuencia utilizan las madres al introducir estos alimentos en los lactantes.
2. Describir las razones por las que las madres proporcionan ciertos alimentos y otros no, al iniciar la introducción de alimentos complementarios y alternativos.
3. Identificar qué conducta toman las madres con sus hijos lactantes alimentados con leche materna, al introducir alimentos complementarios y alternativos.
4. Determinar la edad más frecuente en que las madres inician la introducción de alimentos complementarios y alternativos.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

A. DEFINICIONES:

1. **CREENCIAS:** Cualquier expresión o proposición simple, consciente o inconsciente, inferida de lo que una persona dice o hace. (26)
2. **ACTITUD:** Una reacción afectiva positiva o negativa hacia un objeto, proposición u otra. Ejemplo: La madre no le daría suero oral al niño en caso de diarrea. (24)
3. **PRACTICA:** Ejercicio de cualquier arte o facultad conforme a una regla./ Uso continuado, costumbre de una cosa./ Aplicación de una idea o una doctrina a la realidad. (16, 25, 30)
4. **INTRODUCCION DE ALIMENTOS COMPLEMENTARIOS:** Todo nuevo alimento que se inicia en el lactante, diferente a la leche materna y que sirve de complemento a ésta. (1, 19, 41)
5. **ALIMENTOS COMPLEMENTARIOS ALTERNATIVOS:** Todo alimento que se inicie bruscamente en el lactante, por ejemplo: alimentos que se introducen en el lactante cuando la madre está embarazada nuevamente. (1, 19)

B. CREENCIAS Y COSTUMBRES COMPONENTES DE LA CULTURA

Con el término cultura, se designa al complejo formado por los bienes materiales, conocimientos técnicos, creencias, moral, costumbres y normas, así como otras - capacidades y hábitos adquiridos por el hombre, que son manifiestos y compartidos por miembros de una sociedad. (22, 16, 30, 31)

Algunos autores dividen la cultura en : Cultura material y Cultura inmaterial. La cultura Inmaterial está formada por los conocimientos, creencias y costumbres que los individuos de una sociedad determinada tienen de una generación a otra. La conducta también forma parte de la cultura inmaterial, y está fuertemente - inferida por los patrones de cultura. (16, 30)

Las creencias pueden sostener un curso de acción - como deseable o indeseable. El primer tipo de creencia se puede designar como: Descriptiva , y el segundo tipo como Evaluativa y el tercer tipo, Sancionadora o -- Exhortadora. (26)

Cada creencia comprende 3 elementos:

- Elemento Cognitivo, porque representa el conocimiento de una persona mantenido con varios grados de certeza, acerca de lo que es bueno o malo, verdadero o-

falso, deseable o indeseable;

- Elemento Afectivo, porque bajo las condiciones ideales, la creencia es capaz de despertar afecto de la intensidad variada, centrado alrededor del sujeto de la creencia;
- Elemento de Conducta, porque la creencia puede conducir a algún tipo de acción cuando es activada adecuadamente. (10, 16, 30)

Como se mencionó anteriormente, dentro de la cultura inmaterial se incluyen también las Costumbres, las cuales poseen la misma naturaleza de los hábitos individuales, pero su origen, aprendizaje y transmisión son sociales.

Las costumbres realizan 2 funciones principales: -
 - Contribuyen a formar el perfil psicológico y moral de una comunidad; - Establecen sistemas de normas positivas o negativas para la regulación de las relaciones sociales.

Jeliffe (20, 31), clasifica las costumbres de acuerdo a su efecto sobre la salud y la nutrición en: --
 Benéficas, Neutrales, De Eficacia Dudosa y Nocivas.

El tema sobre cultura es muy amplio y se podría de

cir que todo lo hecho por el hombre puede considerarse-cultural. En medicina se asigna este calificativo a las costumbres, tradiciones, normas y demás productos del - qué hacer humano, relacionados con la salud. Las cos--tumbres y tradiciones se basan en un sistema de creen--cias y de necesidades sociales. Ninguna costumbre cara ce de sentido, aunque ésta sea difícil de desentrañar.

(40)

La Organización Mundial de la Salud está conciente que para alcanzar la meta Salud Para Todos en el año - 2.000, es necesario apoyarse en la práctica médica tra--dicional y unirla íntimamente a la práctica médica cien--tífica, para beneficiar a poblaciones mayoritarias, que por diversas razones no hacen uso de la medicina actual.

(40)

**C. DIVISION DE GRUPOS GUATEMALTECOS SEGUN HABITOS ALIMEN -
TARIOS**

Según investigaciones realizadas anteriormente, - se sabe que los hábitos alimenticios han sido objeto de cambios muy marcados, por lo que se han dividido los -- grupos de la siguiente manera:

- a. **POBLACIONES RURALES TRADICIONALES:** Formadas por a-- quéllas comunidades, familias y personas indígenas-

que mantienen características materiales y espirituales, pensamientos y supersticiones, formas sociales y poder mágico-religioso y que se han ubicado en áreas geográficas y culturales, donde vive la cultura dominante, y que han subsistido con el nombre de comunidades, comunas, tribus, barrios, caseríos y otros. (8,38)

- b. **POBLACIONES RURALES CON ALGUNOS CAMBIOS:** Formadas por una gama de comunidades indígenas, que se encuentran en procesos de integración, sin que hayan aceptado o adquirido ciertas formas fundamentales de otras culturas.
- c. **SECTOR URBANO POBRE:** son indígenas que están identificados como tales, gracias a la conservación de ciertos valores culturales. (38, 40)

D. LA DICOTOMIA FRIO-CALIENTE EN LA CLASIFICACION DE LOS ALIMENTOS

Este sistema utilizado por los antiguos mayas y actualmente por sus descendientes, se basa en la teoría hipocrática de los cuatro humores: caliente-frío y húmedo-seco. El estado del organismo humano, el medio ambiente, las enfermedades, los medicamentos, "los alimentos" y algunos implementos de trabajo, se clasifican de

calientes o fríos, mientras que la calificación húmedo-seco se extiende únicamente a las enfermedades.

Al aplicar este sistema en la clasificación de los alimentos, se toman en cuenta otros factores como son:

1. **EDAD:** Algunos alimentos como el queso, intensifican el calor con el transcurso del tiempo, por ejemplo el queso recién hecho se clasifica como frío, mientras el queso ya seco se considera "caliente". El pollo es "menos caliente" que la gallina. El maíz fresco y tierno (elote) es frío, mientras que el maíz sazón, ya hecho masa para tortillas es caliente.
2. **SEXO:** La carne de gallina es más caliente que la de gallo. Para otras carnes, el sexo del animal no afecta su calidad de frío o caliente.
3. **LOCALIDAD:** Alimentos que existen en el agua son "fríos" (pez y berro), al igual que los que crecen bajo la tierra como las papas, cebollas, zanahorias, etc. En el caso del plátano y la caña de azúcar -- son calientes por crecer en tierra caliente.
4. **COLOR:** Por lo general, los alimentos verdes (chile verde, repollo, ejotes, etc.) se clasifican de "fríos", mientras que los amarillos (maíz amarillo,

yema de huevo, etc.) se consideran "calientes". - Los alimentos blancos tienden a ser "fríos" (clara de huevo, azúcar, sal, leche, etc.); los alimentos rojos y negros se clasifican como "calientes" (azúcar moreno, panela, frijoles negros y colorados y - chile rojo).

5. **DOMESTICACION Y DIETA DE LOS ANIMALES:** La carne de animales domésticos (pollos, pavos, vacas, etc.) - es "caliente", mientras que la de los animales ante riormente salvajes (ardillas, conejos) es "fría". - Con respecto a las carnes se dice que las carnes ca lientes son más suaves y nutritivas que las frías.- De acuerdo a la dieta de los animales: las galli - nas por comer maíz son más calientes que los anima - les que comen exclusivamente pasto y hierbas, que se les clasifica como "fríos".
6. **SENSACION PRODUCIDA:** Las especias y bebidas que po seen un olor penetrante o sensación muy picante co - mo el ajo, café, licor, miel, cacao, chile seco y o tros condimentos, se clasifican como "calientes"; - la cebolla y el chile verde son excepciones. Las - cosas que son más blandas como el arroz y las pas - tas, son "frías".
7. **SUCULENCIA:** La mayoría de frutas y verduras sucu--

lentas son "frías", por ejemplo: el chile verde -- (frío) en contraste al desecado (caliente) y el elo te (frío) en contraste al maíz sazón (caliente).

Aunque no lo parezca, los alimentos fríos si tié - nen funciones importantes. Además de servir de refac-- ción y placer en el intermedio de las comidas, tambié - se comen cuando el cuerpo está en reposo y no requiere - fuerzas para trabajar. Otra función de los ingredien-- tes fríos, es la de neutralizar los medicamentos calien - tes. Es costumbre añadir al agua con que se toma la me - dicina, suficiente azúcar blanca (considerada como fría) (28, 29)

En la cultura mochó (grupo maya de México), esta - categoría binaria, no toma en cuenta la temperatura, si - no otro tipo de propiedades, como por ejemplo: el efec-- to que provocan en los consumidores. Aquellos que sus-- citan cambios de estado psicológico o físico, son consi - derados calientes; la naranja (da nervio), el chile (hà - ce transpirar), la cebolla (hace llorar cuando se pela), etc. El color también parece ser determinante en esta - clasificación: el verde es "frío", el amarillo es "ca - liente". (33, 34)

La dieta de un hombre sano debe mantener un estado de equilibrio entre lo frío y lo caliente, balanceando-

cuidadosamente los alimentos "calientes" y los "fríos" en la dieta y evitando un encuentro súbito de los extremos de éstos, en el ambiente. La pérdida de este balance causa Enfermedad y para recobrar dicho balance, se deben comer alimentos y exponerse a las condiciones extremas que tengan cualidades opuestas a la enfermedad.

(28, 29)

A continuación se da a conocer los alimentos más comunes en la dieta de los quichés, según sus características de "frío" o "caliente":

ALIMENTO	CALIENTE	FRIO
Tortillas	x	
Tamalitos	x	
- Frutas para la hora de la comida:		
Naranjas	x	
Plátanos.	x	
- Frutas para hora de no comida:		
Banano		x
Durazno		x
- Condimentos que modifican las calidades de caliente-frío:		

ALIMENTO	CALIENTE	FRIO
Azúcar blanca		x
Azúcar morena	x	
Sal, Achiote, Cebolla		x
Perejil		x
Ajo, Quenopodio, clavos,		
Canela, Menta, Pimienta	x	
Semilla de calabaza, Aceite		
de comer	x	
- Carnes:		
Vaca, pollo, Oveja, Cabra,		
Pavo	x	
Cerdo, Pescado, Conejo,		
Ardilla		x
- Hierbas:		
Hierba mora, chipilín,		
Malanga, piltomate, berro	x	
- Frijoles:		
Negros y rojos	x	
Blancos y Ejotes		x
- Chile seco	x	
- Chile verde		x
- Otros alimentos:		
Queso recién hecho		x
Queso seco	x	
(28, 29)		

E. FACTORES QUE DETERMINAN LAS PRACTICAS DIETETICAS

Estas prácticas son transmitidas de generación en generación y son de alta significancia, constituyendo los hábitos alimentarios. Estas prácticas, varían conforme los factores que les dan origen, dividiéndolos de la siguiente manera:

1. **GEOGRAFICOS:** La situación geográfica, la calidad de tierra, el clima, el suministro de agua, la caza, la pesca, así como la capacidad de producción de la población, en materia de agricultura, ejercen una influencia determinante sobre la disponibilidad de alimentos y por ende de los hábitos alimentarios.
2. **ECONOMICOS:** Estos factores son de vital importancia en la determinación de los estilos y costumbres alimenticias. El costo de los alimentos es una gran barrera en la aceptación de los mismos, especialmente en los países en desarrollo.
3. **BIOLOGICOS:** Son catalogados de acuerdo a la edad, salud, ciclo de vida (embarazo, puerperio, lactancia, adolescencia, etc.).
4. **EDUCATIVOS:** El nivel educativo de la familia y en especial del miembro encargado de planificar la alimentación, es determinante en los hábitos alimentarios.

cios de esa familia.

5. **SOCIOCULTURALES:** La preparación y consumo de los alimentos está subordinada a ciertas creencias y métodos tradicionales que se van transmitiendo de generación en generación, dictados principalmente por experiencias que han sido beneficiosas para el grupo y son inculcadas a los niños pequeños. (16, 35, -39; 12)

F. CREENCIAS Y PRACTICAS EN RELACION CON LA CRIANZA DEL NIÑO

Estas prácticas dependen de los factores mencionados anteriormente, sobre todo debe destacarse que el papel que juega lo económico es básico.

Al hablar de lactancia materna en áreas rurales, es bien conocida la importancia de ésta. El momento en que el recién nacido es puesto al pecho es muy variable; en los grupos indígenas más tradicionales, la lactancia inicia inmediatamente después del nacimiento; en la mayoría de los grupos indígenas, unas horas después del nacimiento se considera el adecuado. Sin embargo, muchos sectores de la población consideran que el calor no es conveniente para el niño, no siendo raro que otra mujer que esté lactando, se encargue de alimentar-

al recién nacido hasta que la madre ya tenga leche. En grupos no indígenas proporcionan al recién nacido unas cucharaditas de agua azucarada y también creen que el calostro no es adecuado para el recién nacido. (18, 13, 19, 38)

La práctica de administración de un laxante, es casi universal y se basa en la idea de que los niños siempre nacen con parásitos, que de no ser expulsados puede ocasionar la muerte en el niño. Se sabe por otras investigaciones, que los niños reciben inmediatamente después del nacimiento un jarabe medicinal o aceite de oliva, con el objeto de "limpiar internamente al niño". (8, 11, 13, 19)

El tiempo de lactancia es variable según los grupos y áreas; para los grupos indígenas puede estimarse aproximadamente un promedio de 2 años, aunque en circunstancias especiales puede durar mucho más. En algunas comunidades indígenas los niños son despechados al quinto mes de embarazo de la madre, suponiéndose que ya para entonces la leche no es adecuada. El destete ocurre más pronto entre los ladinos urbanos, a la edad promedio de 1 año. (8, 13, 14, 36)

Las razones más frecuentes para el destete entre los indígenas y no indígenas pobres son la reaparición-

de la menstruación o un nuevo embarazo. Dentro de los indígenas más tradicionales se tiene la idea de que la lactancia materna, cuando se presenta nuevamente la menstruación o el embarazo, es dañina tanto para el feto como para el lactante. (8, 13, 14, 19, 36)

En la mayoría de comunidades rurales indígenas se considera que la leche materna es el único alimento necesario durante el primer año de vida, por lo que es raro que se empleen otros alimentos antes de esta edad, y si se hace es en forma ocasional. Las madres que han tenido acceso a puestos de salud, clínicas infantiles, programas de nutrición, etc. en pueblos mayores y en la ciudad, tienden a dar los alimentos no lácteos, en edades más tempranas; probablemente esto ocurre más entre los grupos de población no indígena.

Muchas prácticas en relación al destete y la suplementación de la lactancia materna son culturales y se basan en creencias erróneas sobre la naturaleza del organismo del niño. La suplementación de la lactancia materna también se ve limitada en la cantidad y selección de alimentos, principalmente por el temor de que éstos provoquen diarrea u otras enfermedades. De hecho la infancia es un período vulnerable, con una mortalidad alta. Durante el destete hay aumento en la incidencia de

enfermedades, especialmente la diarreica. Esto se debe probablemente a los muchos cambios que acompañan esta época. Al niño se le suspende la lactancia materna por diversas razones, introduciéndosele abruptamente a otras comidas, que muchas veces el niño no la recibe, repercutiendo en su ya deteriorada salud. (8, 13, 14, 19, 36, 38)

G. LA DESNUTRICION Y LA DIETA DE LOS NIÑOS

Estudios efectuados en Centro América, han descrito el problema de la desnutrición infantil, este predomina en Guatemala, especialmente entre los niños de corta edad y pre-escolares. Se ha señalado que la escasez de proteínas de buena calidad es un factor epidemiológico de la mayor importancia. (19, 23, 31)

Un estudio realizado en pueblos rurales del altiplano guatemalteco, revela que la ingesta de alimentos era inadecuada para todos los niños, principalmente para aquellos de edades comprendidas entre 1 y 2 años. En esta edad la ingesta de proteína está debajo de los requerimientos aceptados por la FAO, se estableció además que la deficiencia en vitamina A y Riboflavina es importante. (13, 19, 35)

En las comunidades rurales, el maíz es el alimento

básico, este proporciona de 70 a 80% de las calorías, - de 60 a 70% de las proteínas que se consumen; en su preparación para tortillas, se cocina con cal, proporcionando así el 80% de calcio necesario; el Maíz además -- proporciona hierro y algunos elementos del complejo B.- La dieta es complementada con el consumo de leguminosas, de las cuales el frijol negro procura proteínas. Se ingieren además diversos vegetales que son fuente de vitamina C. Los productos animales son muy poco consumidos y el uso de grasas es muy limitado. Se consumen bebidas, en las cuales el Maíz proporciona el principal ingrediente y café endulzado con azúcar refinada. La situación nutricional del niño es mala y el problema predominante es la desnutrición proteínico calórica. Según datos estadísticos se sabe que el 80% de niños menores de 5 años padecen algún grado de desnutrición, siendo los más afectados, los niños de áreas rurales. (13, 19, 35, 2)

Para los niños en el primer año de vida, el alimento básico es la leche materna; un amplio sector de la población mantiene la creencia de que durante tal período, este es el único alimento necesario para el niño. Esta creencia es un factor altamente limitante para la introducción de alimentos no lácteos.

Al final del primer año de vida y durante el destete, se inicia la administración de pequeñas cantidades de alimentos, pero éstos son de pobre valor nutritivo y no contribuyen en forma significativa en la nutrición del niño. Estos alimentos no son preparados especialmente y sólo ocurre una selección de los mismos en base a características tales como: consistencia, textura, ideas acerca de su digestibilidad u otras; diferentes almidones, caldo de frijol o agua en la que se ha cocido frijol o maíz; en algunas ocasiones se da pan remojado con café. Es obvio que la selección de alimentos es un fenómeno en gran parte cultural y el valor nutritivo es desconocido. Frecuentemente el criterio más importante es el de usar alimentos que se consideran menos dañinos; por ejemplo: se supone que los atoles, diferentes almidones y pastas de harina son muy adecuadas para el estómago del niño. Las ideas pertenecientes al sistema cognitivo "calor-frío" son ampliamente usadas en esta selección, lo cual ocurre también en los grupos no indígenas. (13, 14, 17, 18, 19, 36, 38, 31)

En forma común para los grupos indígenas y no indígenas creen que existe una relación entre alimentación y parasitismo, pues consideran que muchos alimentos no son recomendables en la dieta infantil debido a que producen "alboroto de lombrices", considerado como-

una enfermedad. (17, 18, 19)

Finalmente debe considerarse como muy importante - el hecho de que durante la enfermedad, los patrones dietéticos son considerablemente afectados, hasta el hecho de eliminar parcial o totalmente los alimentos de la -- dieta del niño cuando existe la más mínima manifiesta -- ción de enfermedad; esta práctica tiene efectos particu-- larmente nocivos en los niños desnutridos. La fiebre y sobre todo la diarrea no son considerados como síntomas sino como enfermedad y probablemente es una de las condiciones en las que se imponen las mayores restricció-- nes dietéticas.

El problema anterior es complicado aún más, debido al uso tan común de los purgantes como una medida tera-- péutica popular. Esta práctica, al igual que la de im-- poner restricciones dietéticas al niño enfermo, se en-- cuentran prácticamente en todos los grupos y sectores - sociales de Guatemala. (8, 11, 12, 13, 14, 17, 18, 19, 36, 38)

H. LA DECISION DE INTRODUCIR ALIMENTOS COMPLEMENTARIOS EN LA DIETA DEL LACTANTE

La edad en que se debe iniciar la introducción de-- otros alimentos en la dieta del lactante, es controver--

sial. Algunos indican que debe hacerse a los 4 meses, otros sostienen que debe hacerse a los 6 meses. Para tomar esta decisión deben tomarse en cuenta aspectos como: nutrición de la madre, educación en salud y nutrición, disponibilidad de alimentos, peso del niño, etc.

La leche materna es el soporte de nutrición proteica durante los primeros 4 ó 6 meses de vida, y es generalmente lo único que se necesita en este período. Es también la fuente de proteínas más barata, más limpia y más fácilmente accesible y digerible. Cualquier alimento adicional considerado durante este período inicial, tiene que ser realmente necesario nutricionalmente o de gran significancia cultural. El éxito de la alimentación con leche materna se puede juzgar por tener al niño satisfecho, bien formado, activo y sobre todo "ganando peso satisfactoriamente". (15)

Lo más importante para un niño en los primeros 6 meses de vida es que la madre se alimente adecuadamente. Debe examinarse el estado nutricional de la madre y el niño, y así adoptar las medidas necesarias. En los casos en que la nutrición de ambos sea deficiente y las condiciones desfavorables, puede ser necesario, la introducción de otros alimentos antes de los 6 meses. Sin embargo, la introducción precoz de los alimentos puede-

tener un efecto negativo en la lactancia materna y además aumentar el riesgo de infección. (1, 9, 15)

Durante el primer año de vida, el niño debe aprender a comer de todo, después de los primeros 4 a 6 meses, la leche materna por sí sola nunca es nutricionalmente adecuada (hambre de pecho), y el niño siempre necesita "alimentación adicional", como complemento. (15)

Para iniciar la introducción de otros alimentos en el lactante, es necesario tomar en cuenta lo recomendado por el INCAP, de introducir nuevos alimentos entre 4 y 6 meses de edad, cuando ya se encuentre el Reflejo de la Masticación; además el niño debe reunir las condiciones neuromotoras necesarias para la alimentación, como son:

- Sostener la cabeza con firmeza, .
- Sentarse con apoyo,
- Debe estar instalado el reflejo óculo-mano-boca,
- Mostrar su agrado o desagrado por los alimentos.

ASPECTOS QUE DEBEN TOMARSE EN CUENTA, AL INTRODUCIR NUEVOS ALIMENTOS EN EL LACTANTE

— El proceso se inicia ofreciendo pequeñas cantidades del alimento que se inicie, (1-2 cucharaditas), el -

cual debe ser administrado una vez al día.

- Los alimentos nuevos generalmente se aceptan mejor, si están triturados o diluidos.
- Con frecuencia el alimento es empujado hacia el exterior por la lengua, en lugar de hacia adentro, ya -- que el bebé aún no posee una deglución eficaz; esto se debe advertir a la madre, para que no interprete erróneamente que al bebé le desagrade el alimento.
- Es aconsejable ofrecer el mismo alimento varios días para que el niño se acostumbre a su sabor, antes de introducir otro alimento nuevo. Los intervalos entre dos nuevos alimentos no deben ser menores de 1-2 semanas.
- Las carnes rojas no deben introducirse antes de los 8 meses por tener éstas, altas concentraciones de Urea.
- Al iniciar alimentos semisólidos, se puede proporcionar al bebé: Purés de verduras (güicoy, papa), purés de fruta o papilla de cereales. Las frutas tanto en papillas como en forma de puré, proporcionan minerales y algunas vitaminas hidrosolubles. Los vegetales constituyen también una fuente moderadamente rica en hierro, otros minerales y vitaminas del complejo B. Estos alimentos se pueden iniciar cuando el bebé tenga 4-6 meses de edad.

Entre 6 y 9 meses de edad del bebé, se puede proporcionar otros alimentos como: carne picada, tortitas de hierbas, huevos.

Con respecto al huevo, en primer lugar, se les aporta la yema muy bien cocida. La clara se introducirá de la misma forma para evitar cualquier tipo de manifestaciones alérgicas.

El arroz, los spaghetti, el pan y otras féculas poseen un importante valor calórico. Como regla general no se introducen en la dieta hasta que los alimentos mencionados anteriormente, se tomen con regularidad.

La carne es una excelente fuente de proteínas, así como de hierro y vitaminas.

Las galletas dulces o saladas y las tostadas se les ofrecerán cuando muestren interés por masticar alimentos más duros (6-8 meses de edad)

El aporte de sal en las comidas debe ser mínimo para evitar problemas de salud en el futuro.

- Al niño debe proporcionársele alimentos propios de la comunidad, siempre y cuando sean nutritivos y económicamente factibles, ante lo cual es necesario que

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

el personal de salud de la comunidad, brinde adecuada información sobre nutrición del niño a madres que acudan a los diferentes centros asistenciales.

Generalmente, se considera que al AÑO de edad, - el niño ya debe estar incorporado a la dieta familiar. (1, 4, 12, 31, 41)

VI. METODOLOGIA

A. TIPO DE ESTUDIO:

Descriptivo-prospectivo.

B. SELECCION DEL SUJETO DE ESTUDIO:

El sujeto de este estudio estuvo constituido por las madres que acuden al Puesto de Salud de la aldea de San Antonio Nejapa-Acatenango, Chimaltenango; que tenían niños de 1 año a 3 años de edad, que se encontraban lactando o que habían lactado por un período mayor de 4 meses.

Participaron en el estudio madres de niños mayores de 1 año porque a esa edad la casi totalidad de ellos, ya han recibido alimentación complementaria o alternativa.

No se tomó en cuenta al resto de madres, porque se consideró posible, que si el niño es mayor, muchas madres podrían no recordar cómo y qué alimentos proporcionaron. Además algunas habrán modificado de alguna forma sus creencias y costumbres alimenticias en relación al tema estudiado.

Otro aspecto por el que se tomó a las madres como sujeto de estudio, es que son ellas las encargadas de -

suministrar a los niños, los alimentos que consideren a adecuados, de acuerdo a sus creencias y/o experiencias - pasadas.

C. TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Por ser una investigación que se llevó a cabo en - un grupo social, estudiando conocimientos y creencias - propias, se estuvo realizando un estudio antropológico-aplicado a la salud; haciendo notar que en relación al tamaño de la muestra y de acuerdo a las técnicas de investigación antropológica, que son característicamente-CUALITATIVAS y no CUANTITATIVAS, la cantidad de un grupo determinado de estudio, ocupa un segundo plano en la investigación. (24, 32)

Por lo anterior, para determinar el tamaño de la - muestra, se realizaron sesiones de "grupos focales" con madres que asistieron al Puesto de Salud de la Aldea -- San Antonio Nejapa, durante el período de estudio (del 12 de Mayo al 11 de Junio). Los grupos focales son técnicas de investigación social que consisten en una discusión, en la que un número pequeño de (6 a 12 perso -- nas) de informantes guiados por un facilitador o moderador, hablan libre y espontáneamente sobre temas que se consideran de importancia en la investigación. (24, 32)

En este caso la muestra utilizada fue de 25 madres.

D. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO:

1. INCLUSION:

- a. Ser madre de familia con niños de 1 año hasta 3 años de edad.
- b. Que las madres estén lactando o hayan lactado por un período mayor de 4 meses.
- c. Ser residente de la aldea San Antonio Mejapa.

2. EXCLUSION:

- a. Madres con niños menores de 1 año y mayores de 3 años de edad.
- b. Ser residentes de otra aldea o lugar.
- c. Madres que no estén lactando, ni hayan lactado por un período mayor de 4 meses.
- d. Madres que no deseen ser entrevistadas.

E. VARIABLES A UTILIZAR:

A. CREENCIA:

1. DEFINICION CONCEPTUAL:

Expresión o proposición simple, consciente o inconsciente, inferida de lo que un apersona-

dice o hace. (26)

2. DEFINICION OPERACIONAL:

Conocimiento empírico que la madre entrevistada expresó en ese momento, sobre introducción de alimentos complementarios y alternativos en el lactante.

3. TRATAMIENTO OPERACIONAL:

- a. Observación
- b. Guías de entrevista

4. TIPO DE VARIABLE:

Cualitativa.

B. ACTITUD:

1. DEFINICION CONCEPTUAL:

Una reacción afectiva positiva o negativa hacia un objeto, proposición u otra. (24)

2. DEFINICION OPERACIONAL:

Conducta que tomó la madre entrevistada al introducir alimentos complementarios en el lactante.

3. TIPO DE VARIABLE:

Cualitativa.

4. TRATAMIENTO OPERACIONAL:

- a. Observación
- b. Guías de entrevista

C. PRACTICA:**1. DEFINICION CONCEPTUAL:**

Ejercicios de cualquier arte o facultad --
conforme a una regla. / Uso continuado, costum-
bre de una cosa. (16, 25, 30)

2. DEFINICION OPERACIONAL:

Todo lo que la madre entrevistada realizó-
al introducir alimentos complementarios y alter-
nativos en el lactante.

3. TIPO DE VARIABLE:

Cualitativa.

4. TRATAMIENTO OPERACIONAL:

- a. Observación

b. Guías de entrevista

F. RECURSOS:

1. MATERIALES:

a. ECONOMICOS:

El estudio necesitó una inversión aproximada de Q. 400.00.

b. FISICOS:

- Instalaciones del Puesto de Salud de la localidad,
- Lápiz, lapiceros, hojas de papel bond,
- Guías de entrevista, cuaderno de recolección de datos,
- Máquina de escribir, etc.

2. HUMANOS:

- Estudiante investigador
- Auxiliar de enfermería del Puesto de Salud de la localidad
- Comadrona de la aldea (San Antonio Nejapa).

3. BIBLIOGRAFICOS:

- Biblioteca de la Facultad de CCMM. de la USAC.

- Biblioteca de la Dirección General de Estudios e Investigación del Ministerio de Cultura y Deportes.
- Biblioteca del Centro de Estudios Folklóricos - USAC.
- Biblioteca de APROFAM.
- Biblioteca de INCAP.
- Biblioteca Personal.

G. METODO UTILIZADO:

Este estudio por ser una investigación antropológica aplicada a la salud, que recabó información de creencias, prácticas y actitudes sobre introducción de alimentos complementarios y alternativos en los lactantes, de madres de la aldea San Antonio Nejapa-Acatenango, -- Chimaltenango; para su ejecución se hizo uso del Método Etnográfico, el cual consiste en un conjunto de técnicas características del trabajo de campo antropológico, destacando: la Observación, conversaciones informales y entrevistas dirigidas. (24, 32), en este estudio la técnica utilizada fue de Sesiones de Grupos Focales.

VII. EJECUCION DE LA INVESTIGACION

A. RECOLECCION DE DATOS

Para poder recabar información sobre los conocimientos, actitudes y prácticas que las madres poseen acerca de introducción de alimentos complementarios y alternativos en los lactantes, el instrumento utilizado para la recolección de datos fue una Guía de Entrevista

Los datos recolectados se especifican en dicha Guía, la cual está contenida en el Anexo I.

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:

En primer lugar se procedió a solicitar permiso a la Enfermera Auxiliar encargada del Puesto de Salud de San Antonio Nejapa, para poder llevar a cabo el estudio, quien estuvo de acuerdo y fueron fijadas las fechas y la hora en que se podían realizar las sesiones de grupos focales con las madres que intervinieron en el estudio, durante el tiempo en el que se realizó el mismo.

Se aprovecharon las reuniones de las madres que están en el programa de CARE del Puesto de Salud y las jornadas de vacunación.

Luego se procedió a hacer saber a las madres que a

sistieron a las sesiones de grupos focales, el estudio-
que se realizaría, llegando a común acuerdo.

Previo a la prueba definitiva, se llevó a cabo una
prueba satélite para verificar la confiabilidad y exac-
titud del instrumento de medición, esta prueba se reali-
zó en grupos de madres de otra aldea que acuden al mis-
mo Puesto de Salud; posteriormente se realizaron las mo-
dificaciones respectivas en mejora de las preguntas de-
la Guía de entrevista a utilizar.

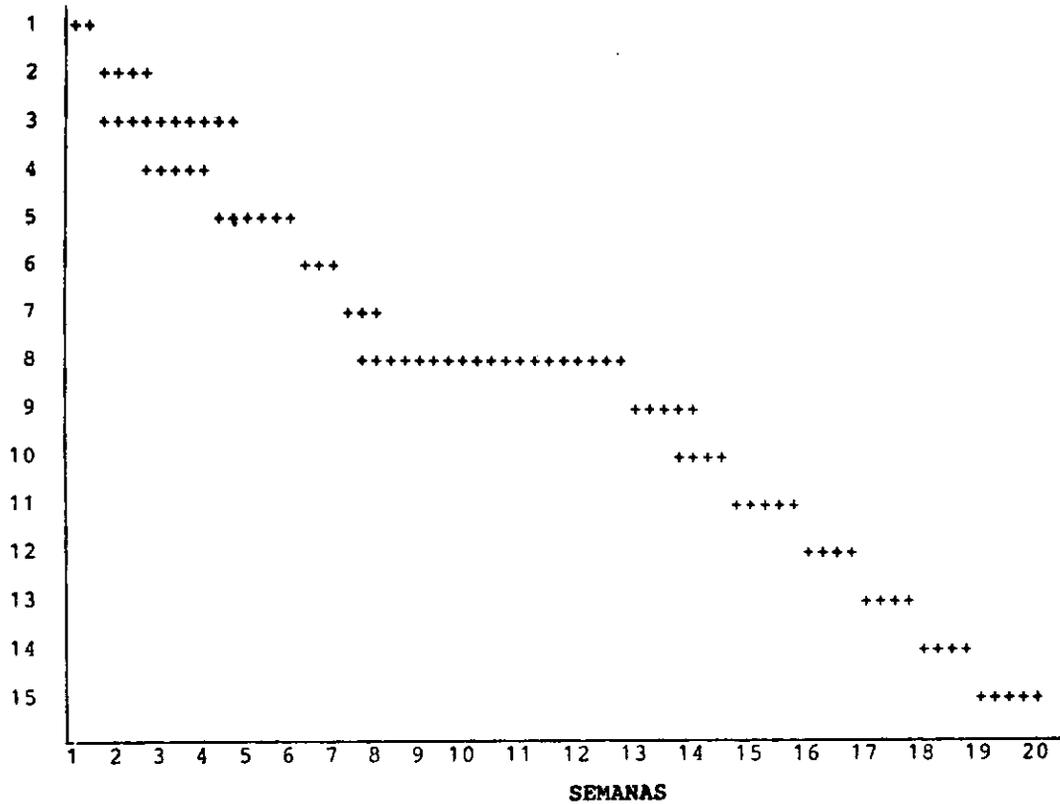
La recolección de los datos estuvo bajo la direc-
ción del estudiante investigador y se contó con la cola-
boración de la enfermera Auxiliar del Puesto de Salud y
de una comadrona de la comunidad, ya que ellas gozan de
respeto y aprecio en la comunidad y por lo tanto las --
participantes respondieron con mayor confianza y since-
ridad.

Las preguntas de la Guía, fueron planteadas de la-
manera más sencilla posible por el estudiante investiga-
dor. No se entregó la guía a las madres participantes,
sino que las respuestas facilitadas las anotó el mismo-
investigador, registrando los datos correspondientes en
el cuaderno de campo, suprimiéndose los apuntes cuando-
se consideró que inhibía las conversaciones.

Se realizaron también visitas domiciliarias tomadas al azar (de los grupos focales participantes) para ampliar y complementar algunas respuestas de la Guía de entrevista por medio de la Observación.

B. GRÁFICA DE GANTT

ACTIVIDADES:



ACTIVIDADES:

1. Selección del tema del proyecto de investigación.
2. Elección del asesor y revisor.
3. Recopilación de material bibliográfico.
4. Elaboración del proyecto conjuntamente con asesor y revisor.
5. Aprobación del proyecto por el comité de de Investigación del Hospital o Institución en donde se efectuará el estudio.
6. Aprobación del proyecto por la coordinación de tesis.
7. Diseño de los instrumentos que se utilizarán para la recopilación.
8. Ejecución del trabajo de campo o recopilación de la información.
9. Procesamiento de los datos, elaboración de tablas gráficas.
10. Análisis y discusión de los resultados.
11. Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen.
12. Presentación del informe final para correcciones.
13. Aprobación del informe final.
14. Impresión del informe final y trámites administrativos.
15. Examen público de defensa de la tesis.

VIII. PRESENTACION DE RESULTADOS

Para presentar los datos que se obtuvieron del estudio, se analizaron las respuestas de cada pregunta de la Guía de entrevista (ANEXO I), transcribiéndose textualmente algunas de las respuestas proporcionadas, empleando comillas (") para encerrar en ellas dichas respuestas.

Las respuestas también fueron presentadas en frecuencias absolutas y cuando se consideró necesario se presentaron algunos datos con frecuencias relativas (en porcentajes).

Resultados de la Guía de entrevista de creencias, actitudes y prácticas de las madres en relación a la Introducción de Alimentos Complementarios y Alternativos en lactantes alimentados con leche materna.

1. ¿Considera usted que las comidas que le da a su niño pequeño, contienen alimentos? SI ____ NO ____

Al respecto las 25 madres entrevistadas (100%) respondieron afirmativamente.

2. ¿Cree usted que hay alguna diferencia entre alimento y comida? SI ____ NO ____ ¿Cuál?

El 100% de las madres (25) respondieron afirmativamente exponiendo lo siguiente:

... Que las comidas que contienen alimentos "hacen crecer y engordar a los niños", como las verduras, tortillas, frijoles, huevos o carne, pero que no todos los pueden comprar porque son alimentos "caros".

... Hay algunas comidas que le dan a sus niños porque -- les gustan como: dulces, galletas, ricitos y pepsi, pero que no "hacen bien" a los niños.

3. ¿A qué edad se le comienza a dar de comer al niño pequeño otras cosas que no sea la leche materna?

_____ ¿por qué?

Edades Referidas	f	%
1.5 años	9	36
2 años	6	24
1 año	4	16
9 meses	2	8
7 meses	2	8
5 meses	2	8

Razones Expuestas:

... Si se inicia a dar comida a los niños antes de las edades indicadas, "les hace mal" porque el estómago de los niños no está "maduro" y también, ellos se pueden "empachar". (el empacho lo refirieron como estado del niño cuando pierde el apetito, adelgaza y no aumenta de peso)

4. ¿Cuáles son las primeras cosas (o alimentos) que se le dan de comer al niño pequeño?

¿por qué?

Alimentos Indicados	f	%
Francés o tortilla remojados con caldo de frijol o agua de hierbas	14	56
Papa o güisquil cocidos	5	20
Café con pan	2	8
Incaparina	2	8
Banano (colado o machacado)	2	8

Razones Expuestas:

... Porque frijol, hierbas y tortilla come el resto de la familia y aunque les quieran dar otros alimentos no los pueden comprar, porque son "muy caros", como por ejemplo: "la carne".

... Porque son comidas que no son pesadas y son "buenas - para el estómago de los niños".

... Porque son comidas que les dicen sus suegras o madres que se les debe dar a los niños.

5. ¿Qué cantidad de comida le da al niño cuando empieza a comer?

¿Por qué?

Las 25 madres (100%) indicaron:

... 1/2 tortilla remojada con caldo de frijol o agua de

hierbas, o 1/2 pan remojado con café.

Razones Expuestas:

Las madres indicaron que no dan mucha comida a sus pequeños hijos, porque "les puede hacer mal y se pueden -empachar", indicaron también que los niños debían acostumbrarse a comer 3 veces al día. Ellas proporcionan -tortilla con caldo de frijol o café con pan durante el-desayuno o cena y en el almuerzo, tortilla con hierbas o agua^{de} de las mismas, al ir creciendo los niños proporcionan otros alimentos como verduras cocidas (guisquil -papa) y pastas (arroz y fideos).

6. ¿Quién escoge lo que va a comer el niño?

¿Por qué?

Respuesta	f	%
Madres	15	60
Abuelas (paternas y maternas)	10	40

Razones Expuestas:

... Porque nosotras somos las encargadas de "criar a - los niños y de hacer la comida".

... Cuando es el primer hijo, las abuelas son las que

eligen qué debe comer el niño, pues ellas tienen más -
experiencia y saben lo que es "bueno" para ellos.

7. ¿El niño come solo, o alguien le da de comer?

¿por qué?

El 100% de las madres indicaron que ellas daban de comer a sus niños, por la sencilla razón de que los niños son muy pequeños y no pueden comer solos y si algún hermano lo hace, él es el que se come la comida y no tiene el cuidado adecuado en lo que come el niño (hermanito).

8. Cuando el niño se enferma, ¿le suspende la alimentación? SI _____ NO _____

¿por qué?

Respuestas	f	%
Si	18	72
No	7	28

Razones Indicadas para las respuestas afirmativas:

... Porque el niño ya no recibe ningún tipo de comida, únicamente "pecho".

... Porque si continúan alimentando al niño, la comida-proporcionada puede "empeorar" al niño.

Razón indicada por responder negativamente:

... No suspenden la alimentación pues si lo hacen los niños pueden adelgazar.

9. ¿Qué le da de comer al niño cuando se enferma?

¿por qué?

Alimentos proporcionados	f	%
Sólo "pecho"	15	60
Atoles como maicena, mosh o atol de masa	5	20
Caldo de frijol o fideos cocidos	3	12
Suero oral, si el niño tiene "asientos"	2	8

Razones Expuestas:

... Dan sólo pecho porque es "lo único que recibe el niño y no le hace daño".

... Dan atoles porque "es comida que no es pesada y además es caliente y no hace daño al estómago del niño".

... El suero oral lo dan cuando hay "asientos" (diarrea) porque en el Puesto de Salud se han dicho que "es bueno para que no se le acabe el agua del cuerpo".

10. ¿Qué es lo que NO se le debe dar al niño de comer cuando se enferma?

¿por qué?

El 100% de las madres coincidieron en que no proporcionan a sus niños: huevo si hay "calentura" (fiebre), ni dan hierbas o agua de hierbas y leche cuando los niños presentan "asientos" (diarrea) porque el huevo es "caliente" y hace que la "calentura" (fiebre) suba aún más y si el niño cursa con diarrea si dan alimentos "fríos" como la leche, hierbas o agua de las mismas, la --diarrea es más profusa y el niño empeora".

11. ¿Hasta qué edad cree que debe dársele pecho al niño?

¿por qué?

Edades Indicadas	f	%
2 años	12	48
1.5 años	8	32
3 años	3	12
1 año	2	8

Razones Expuestas:

Las madres indicaron que hasta esas edades los "niños" ya están logrados y porque ya comen otras cosas".

Otras opinaron que durante el primer año de vida del -

niño no necesita otro alimento, pues la leche materna es suficiente.

12. ¿Cuando usted está embarazada nuevamente, suspende la leche al niño? SI _____ NO _____

¿Por qué?

Al respecto las 25 madres (100%) respondieron afirmativamente, indicando las siguientes razones:

... Porque la leche es "muy mala" y ya no sirve y le hace mal al niño.

... Porque la leche ya es del niño que viene.

... Porque si continúan dando esa leche a sus niños, éstos se "empachan".

13. Si suspende el pecho del niño, ¿a qué edad del embarazo lo hace?

¿por qué?

Edades Indicadas	f	Razones Expuestas
3 meses	7	28
5 meses	18	72

Razones Expuestas:

La totalidad de las madres indicó que lo hacían hasta-

esos meses antes indicados, porque hasta entonces notaban su nuevo embarazo, ya sea porque acudían con comadrona o percibían movimientos fetales.

14. ¿Qué le da de comer al niño cuando le suspende el pecho por un nuevo embarazo?
¿por qué?

Alimentos Indicados	f	%
Polenta y trigo (productos que reparten en el Puesto de Salud del Programa de CARE)	14	56
Incaparina (en tazas)	5	20
Tortilla remojada con caldo de frijol	4	16
Leche de vaca (en tazas)	1	4
Pacha con leche de bote	1	4

Razones Expuestas:

... Porque tortilla y frijoles es lo que consume la familia.

... Porque no poseen suficiente dinero para comprar otros alimentos como carne o huevos.

Otras madres indicaron que proporcionaban Incaparina,

leche de vaca o leche de bote para que los niños no adelgacen y puedan crecer.

15. ¿A qué edad considera que el niño puede comer de todo-tipo de comida o alimento?
¿por qué?

Edades Indicadas		f	%
2	años	15	60
2.5	años	5	20
3	años	3	12
4	años	2	8

Razones Expuestas:

... Porque a esas edades los niños ya tienen casi todos los dientes y ya pueden comer solos.

... Porqué a esas edades el estómago del niño ya ha --
"madurado"

16. ¿Prepara usted la comida del niño aparte del resto de la comida familiar? SI _____ NO _____
¿por qué?

El 100% de las madres entrevistadas respondió afirmativamente indicando que aunque les den el mismo tipo de-

comida que come el resto de la familia, la preparan a parte porque la comida de la familia contiene "chile", además los niños "necesitan más cuidado"

17. ¿Qué hace cuando del niño no quiere comer?, ¿alguna vez lo ha obligado a comer? SI ____ NO ____
¿por qué?

Respuestas	f	%
Si	20	80
No	5	20

**Razones expuestas por las madres que respondieron Afir-
mativamente:**

... Porque si no se les obliga, se acostumbran a no co-
mer y también porque es "bueno para que crezcan y en-
gorden".

**Razones expuestas por las madres que respondieron Nega-
tivamente:**

... Las madres indicaron que no obligaban a comer a --
los niños porque son pequeños y no entienden.

... Otra razón expuesta fue que si los niños no reci-
bían sus alimentos los llevaban al Puesto de Salud pa-
ra que les dieran "vitaminas".

18. ¿Qué comidas le obliga a comer?
¿por qué?

Comidas o Alimentos Indicados	f	%
Atoles como Incaparina, Mosh y Atol de masa y tortillas	15	60
Todas las comidas	5	20
Verduras, caldo o cocido	5	20

Razones Expuestas:

... Las madres indicaron que no dan otras comidas porque las mencionadas "los hacen crecer, engordar y les cae bien a su estómago".

19. Cuando el niño ya come bien, ¿cuántas veces al día le da de comer?
¿por qué?

Al respecto las 25 madres (100%) respondieron que les proporcionaban comida a sus niños 3 veces al día, porque así los habían acostumbrado desde que principiaron a comer, pues la familia come 3 veces al día y "todos comen juntos".

20. ¿Ha recibido alguna información acerca de cómo debe alimentar a su niño? SI ____ NO ____

¿dónde?

Respuestas	f	%
Si	18	72
No	7	28

Razón Expuesta:

... Las madres que han recibido alguna información al respecto, la han recibido en el Centro de Salud de la Cabecera Municipal (Acatenango) o en el Puesto de Salud de la comunidad.

IX. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

En el presente estudio se entrevistó a 25 madres que acudieron al Puesto de Salud de la aldea San Antonio Nejapa, Acatenango, Chimaltenango, acerca de los conocimientos, actitudes y prácticas que poseen en la introducción de alimentos complementarios en el lactante; encontrándose que el 100% de ellas está consciente de que no todas las comidas que proporcionan contienen alimentos, pero debido al factor económico no pueden proporcionar mejor alimentación que incluya huevos, leche y carne; en este sentido lo económico juega un papel importante en la adecuada alimentación, no sólo del niño sino de toda la familia.

Prosiguiendo con los resultados obtenidos, se puede observar que la edad preferida por las madres para introducir nuevos alimentos en los niños es arriba del primer año de vida; un 36% lo hace al año y medio, 24% a los dos años y 16% al año de edad; el 24% restante lo hace entre 5 y 9 meses de edad.

Las madres realizan la introducción de nuevos alimentos hasta las edades indicadas, pues según informaron el estómago de los niños ya está "maduro" y ya no se "empachan".

De acuerdo a lo indicado anteriormente se puede interpretar que la introducción de alimentos complementarios en -

el lactante es tardía , si se compara con países desarrollados en que ésta se realiza después de los 4 meses de edad - (41).

En lo referente al alimento o alimentos más utilizados por las madres al introducir nuevos alimentos en el lactante, se determinó que el francés o tortilla remojados con -- caldo de frijol o agua de hierbas son los más utilizados, - (56%), siguiéndole las verduras cocidas como papa o guis -- quil (20%); café con pan, incaparina y banano se utilizan - en menor porcentaje. Estos alimentos son proporcionados 3- veces al día en las siguientes cantidades: 1/2 tortilla re- mojada con caldo de frijol o agua de hierbas o 1/2 pan remo- jado con café. Al ir creciendo los niños van variando un - poco la alimentación, proporcionando pastas y otras verdu- ras.

La combinación de tortilla y frijol hasta cierto punto es aceptable, ya que proporcionan calorías, proteínas, cal- cio, hierro y algunos elementos del complejo B (19 y 35), - pero que no son complementados con otro tipo de proteínas - como las de origen animal.

Cuando bruscamente introducen al niño alimentos distin tos de la leche materna, al encontrarse nuevamente embaraza das, el 56% proporcionan atoles como Polenta y Trigo (pro- ductos que reparten en el Puesto de Salud del Programa de -

CARE), Incaparina 20% y tortilla remajoda con caldo de frijol, 16%. Estos alimentos los inician entre el 3er. y 5o. meses del nuevo embarazo, pues el 100% de las madres no contnúan lactando a sus niños, influyendo esta práctica directa o indirectamente en la desnutrición infantil.

La preparación y consumo de alimentos es influenciada en un 40% por las abuelas. Lo anterior indica como estas actividades de la alimentación están subordinadas a ciertas creencias y métodos tradicionales que se van transmitiendo de generación en generación, dictados principalmente por experiencias que han sido beneficiosas para el grupo y las -- cuales son inculcadas a las nuevas generaciones. (12, 35,- 39)

Otro aspecto relevante de los resultados obtenidos, es la suspensión de los alimentos en niños (72%), al existir - indicio de enfermedad, como fiebre o diarrea; por este motivo, un 60% de las madres proporcionan únicamente lactancia-materna, y otro 20% sólo dan atoles como maicena, mosh o atol de masa.

El 100% de las madres entrevistadas indicó que cuando el niño presenta fiebre no dan "huevo" porque es un alimento "caliente" y aumenta más la fiebre y si el niño presenta diarrea no dan hierbas o agua de las mismas por ser alimentos "fríos", y por ello provocan más diarrea. Esta práctica tiene efectos particularmente nocivos en los niños desnu

tridos.

En lo que respecta a la preparación de la comida del niño y quien la proporciona, se pudo comprobar en las respuestas proporcionadas en la entrevista y en las visitas domiciliarias, que la madre es la que prepara la alimentación del niño, no habiendo ninguna preparación especial, siendo el único condicionante para cocinarla aparte del resto de la comida familiar, el hecho de que la comida del resto de ellos, contiene chile.

Se determinó también que el 100% de las madres alimenta a sus niños y lo hacen utilizando tazas o escudías sin utilizar cubiertos, obligando a comer al niño cuando lo creen conveniente.

Se encontró también que el 60% de las madres considera que a la edad de 2 años el niño ya puede comer toda clase de alimentos.

Una de las prácticas beneficiosas encontradas en el área rural, es la prolongación de la lactancia materna, así el destete lo realiza un 80% entre 1.5 y 2 años de edad.

El estudio también evidencia que el 72% de las madres si han recibido información sobre cómo alimentar a los niños, dichos conocimientos han sido brindados en el Centro de Salud de la Cabecera Municipal (Acatenango) o el Puesto-

de Salud de la comunidad (San Antonio Nejapa), pese a esta-
formación recibida se ha podido constatar que la selección-
de los alimentos, la efectúan las madres en base a caracte-
rísticas como: Factibilidad económica, Consistencia, Ideas-
sobre digestibilidad y de acuerdo al sistema cognitivo de -
"frío-caliente", por lo que es obvio que la selección de --
los mismos, es un fenómeno en gran parte Cultural, siendo -
entonces el valor real de los alimentos, desconocido.

X. CONCLUSIONES

1. La introducción de alimentos complementarios y alternativos en los lactantes de la comunidad estudiada, se realiza en base a características como: consistencia, digestibilidad y sistema cognitivo "frío-caliente", siendo esta selección un fenómeno eminentemente cultural.
2. Sumado al factor cultural, el económico también es un determinante en la introducción de alimentos complementarios y alternativos en los niños de esta comunidad.
3. El 60% de las madres inician la introducción de alimentos complementarios en los niños, entre las edades de un año y medio y dos de edad.
4. El francés o tortilla remojada con caldo de frijol o agua de hierbas son los alimentos más frecuentemente utilizados en la introducción de alimentos complementarios.
5. El 80% de las madres prolongan la lactancia materna hasta las edades de un año y medio y dos años de edad, efectuándose antes, sólo ante la presencia de un nuevo embarazo.

6. Los atoles como Polenta, Trigo e Incaparina, son los alimentos alternativos más utilizados al suspenderse la lactancia materna.
7. Las madres suspenden alimentos como huevo, hierbas y agua de las mismas en los niños que presentan indicios de enfermedad como diarrea y fiebre por considerarlos dañinos en estos casos.
8. El 72% de las madres ha recibido información en el Centro o Puesto de Salud, sobre cómo alimentar al niño, pero la misma no es llevada a la práctica.

XI. RECOMENDACIONES

1. Continuar con estudios similares en otras áreas rurales para que el médico y demás trabajadores de salud conozcan este sistema tradicional de creencias para que no exista una barrera de comunicación entre las comunidades y los profesionales.
2. Que el médico no olvide su papel fundamental como educador e informador en salud, respetando sin prejuicio alguno patrones culturales, para luego utilizarlos como vías para llegar a una hábil e inteligente persuasión en favor de la salud comunitaria.
3. Que las personas involucradas en los programas de salud, enfoquen su interés en conocer el sistema cognitivo que la población guarda sobre alimentación, y a partir de este conocimiento, desarrollen acciones de educación en materia de nutrición en los distintos niveles de atención.

XII. RESUMEN

Este estudio se llevó a cabo con madres que acudían al Puesto de Salud de la Aldea San Antonio Nejapa, Acatenango, Chimaltenango, con el propósito de identificar las creencias, actitudes y prácticas que poseen sobre introducción de alimentos complementarios y alternativos en lactantes alimentados con leche materna, para ello se elaboró una Guía de Entrevista que fue respondida por 25 madres en grupos focales, determinándose lo siguiente: La introducción de alimentos complementarios y alternativos se realiza en base a características como: Consistencia, Digestibilidad y el sistema cognitivo "frío-caliente", influyendo también el factor económico. 60% inician esta introducción entre las edades de un año y medio y dos, con francés o tortilla remojada con caldo de frijol o agua de hierbas. 80% de las madres prolongan la lactancia materna hasta las edades de un año y medio y 2, suspendiéndola antes sólo por un nuevo embarazo, proporcionando ante tal situación atoles como Polenta, Trigo e Incaparina. Al presentar el niño fiebre o diarrea, un 72% de las madres le suspende la alimentación. Finalmente se encontró que el 72% de ellas ha recibido información sobre la alimentación del niño en el Centro o Puesto de Salud, pero ésta no es llevada a la práctica.

XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Además del Pecho... La Alimentación del Niño Pequeño: desde 4-6 meses hasta que coma igual a los grandes. Materiales María Maya. Guatemala, 1982. pp. 4-20
2. APROFAM. Fecundidad y Mortalidad en Guatemala. 1988.
3. Behn R., Hugo & Robles S., Aradis. La Mortalidad en la Niñez de Centro América, Panamá y Belice 1970-1985. San José Costa Rica, CEPAL - CELADE, 1988. pp. 1-16, 110-143.
4. Behrman, M. D. Richard & Vaughan, Victor. Nelson Tratado de Pediatría. Vol. I, 12a. edición (en español). Editorial Interamericana, México, 1985. pp. 165-166.
5. Breeuwer N., Anna. Creencias y Costumbres de las Madres Lactantes del Departamento de Chimaltenango, Guatemala, en Relación a la Alimentación del Niño. (tesis) CESNA, Guatemala, 1985. 101 pp.
6. Castejón, Mario. Salud y Educación, Herramientas para el Progreso. Guatemala, 1990. pp. 65
7. Castillo, M. Rolando. La Salud en Guatemala. Cuadernos 2. Ciencia y Tecnología para Guatemala, Facultad COM., USAC, Guatemala, 1984. pp. 1-54.
8. Chávez, E. E. Creencias y Actitudes en la Alimentación del Niño de 1-4 años. (Tesis Médico y Cirujano), Fac. COM, USAC, Guatemala, 1986. 106 pp.

9. Dárdano, C. Armen & Chew, Francisco. Salud Materno-Infantil. Alimentación del Niño en el 1er. año de vida. Honduras, 1986. pp. 14-18.
10. Díaz, Guillermo R. Aproximación al Estudio de la Antropología. Vol. 26, Editorial Universitaria de Guatemala, Guatemala, 1984. 124 pp.
11. Estudio Antropológico sobre Creencias de la Medicina Maya. OPS/OMS. Noviembre, 1989. pp. 1-40.
12. Foster, G.M., Prácticas Socioculturales que afectan a la Inocuidad de los Alimentos. Alimentos y Nutrición. FAO-ROMA, 1983. pp. 54-58.
13. García, Berta, et al. Creencias y Conocimientos sobre Biología de la Reproducción en Santa María Cauqué. Guatemala Indígena. Vol. 12, Números 1-2, Guatemala, 1979. pp. 68-70.
14. González, N. L. Creencias Médicas y Nutricionales en un grupo Socioeconómico bajo, de la Ciudad Capital de Guatemala. INCAP, 1978. pp. 1-3.
15. Granados G., Salvador. Alimentación del Niño. (folleto). Fac. - OGM, USAC, Guatemala, 1986. pp. 23-29.
16. Hoebel, E. Q. The Nature of Culture. En Shapiro, H. L. ed. Man Culture and Society. New York, Oxford University Press, 1985. pp. 168-181.
17. Hurtado, Juan José. Algunas Ideas para un Modelo Estructural de las

- Creencias en relación con la Enfermedad en el Altiplano de -
Guatemala. Guatemala Indígena. Vol. VIII, Nos. 1-2, Guatemala
1973. pp. 7-52.
18. Hurtado, Juan José. Calor- Frío, una Categoría Cognitiva. Estudio
de Prácticas y Creencias en el Municipio de San Juan Sacatepé
quez. Guatemala Indígena. Vol. XV, Nos. 1-2, Guatemala, 1980
pp. 1-18.
19. Hurtado, Juan José. Práctica relacionada con el Embarazo, Parto y
Crianza del Niño y su efecto sobre la salud y el estado Nutri-
cional de las madres y niños de edad baja en Latinoamérica.
Guatemala Indígena. Vol. XIV, Nos. 1-2, Guatemala, 1979.
pp. 149-213.
20. Jellife, D. B. & Bennett. Cultural and Anthropological Factor in
Infant and Maternal Nutrition. Fed. Proc. 1986.
pp. 185-186.
21. La Lucha contra la Malnutrición en el Mundo. Crónica OMS. 1977,
31: 307-310.
22. La Realidad de la Cultura. El Hombre y sus Obras. Traductor: M. --
Hernández Barroso. Fondo de Cultura Económica, México, 1970.
pp. 42-55.
23. La Salud de los Niños del Mundo. Crónica OMS. 1(4). 33(4):136-140
24. Manual de Estudios Antropológicos Aplicados a Salud y Nutrición.
Curso Subregional organizado por INCAP en Colab: INCIENSA, -
OPS/OMS, UNICEF. Tres Ríos, Costa Rica 15-16 de Abril de 1985.
30 pp.

25. Martínez, Henri O. Descripción de Creencias y Prácticas Alimenticias del Niño de 0-12 meses. (Estudio descriptivo prospectivo en Madres del grupo étnico Kekchí/Pocomchí de la Comunidad Tamahú, Alta Verapaz, Junio-Julio 1991) Tesis (Médico y Cirujano) , Fac. COMM, USAC, Guatemala, 1991. 76 pp.

26. Murdock, G. P. How Culture Changes. En Shapiro H. L. ed. Man culture an Society. New York, Oxford University Press, 1985. pp. 247-260.

27. Naranjo, Plutarco. Medicina Indígena y Popular de América Latina y Medicina Contemporánea. Universidad Central Ecuador, Quito. Guatemala Indígena. Vol. XII, Nos. 1-2, 1978. pp. 200.

28. Neuenswander, Helen & Souder Shirley. El Síndrome Caliente-Frío , Húmedo-Seco entre los Quichés de Joyabaj: Dos Modelos Cognitivos. Guatemala Indígena. Vol. XV, Nos. 1-2, 1980. pp. 141-169.

29. Neuenswander, Helen & Dean, Arnold. Estudios Cognitivos del Sur de Mesoamérica. Instituto Lingüístico de Verano- Museo de Antropología. Publicación 3, Guatemala, 1977. pp. 93-120.

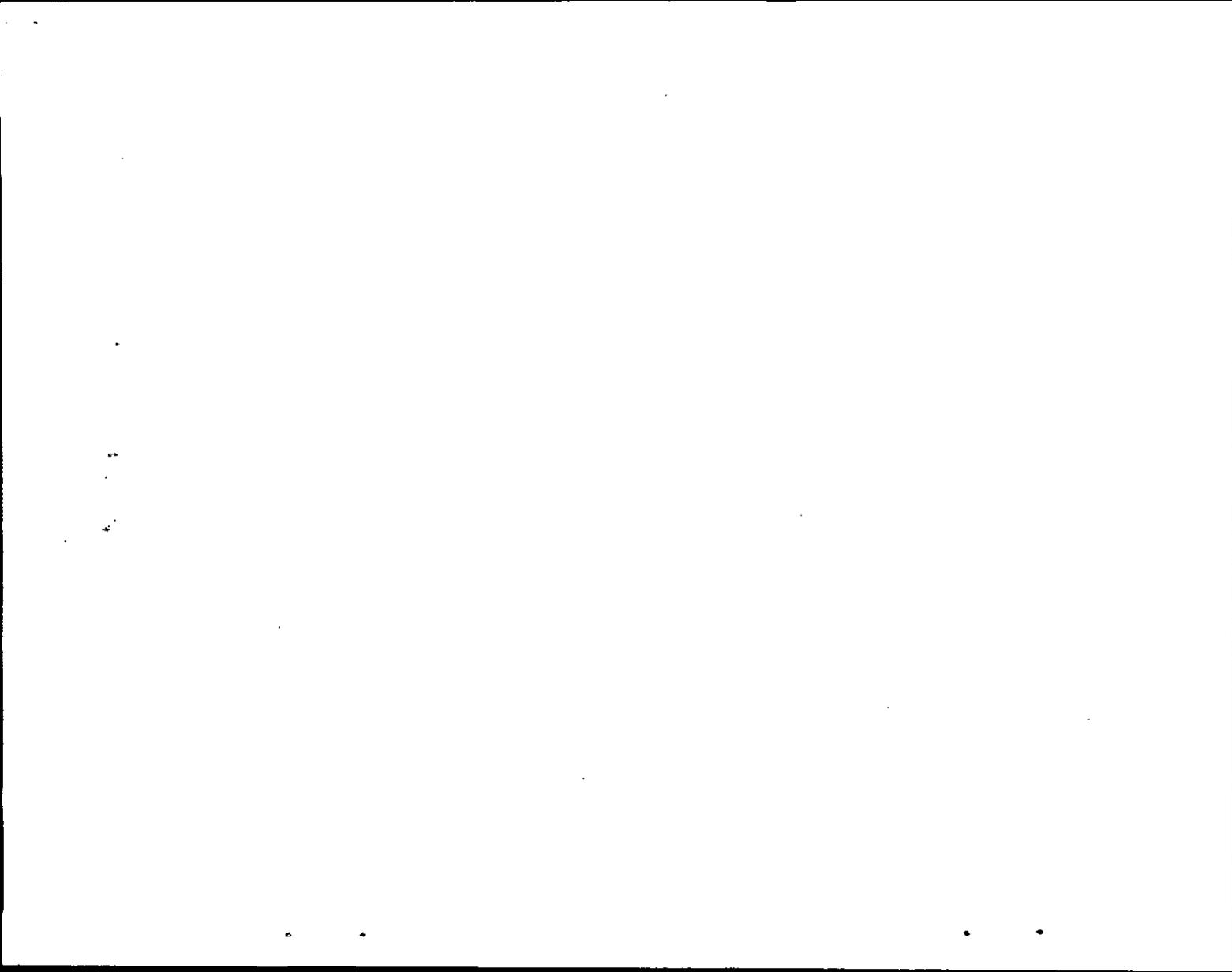
30. Nodarse, J. J. Elementos de Sociología. New York, Minerva Books Ltd., 1987, pp. 334.

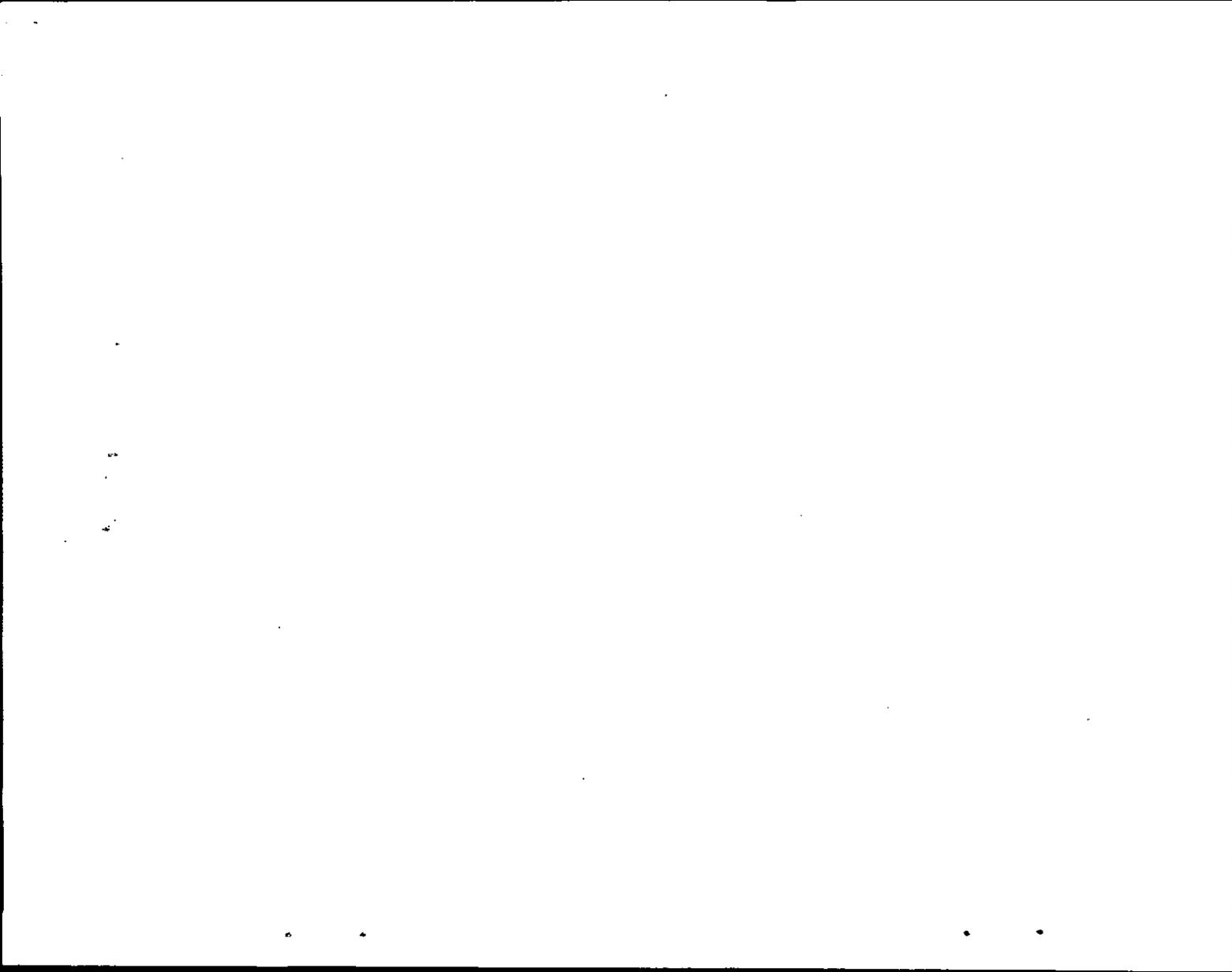
31. Nutrición Infantil en los Países en Desarrollo. Manual para trabajadores especializados. Traductor: A. Bosch Tejada, México, A. I. A., 1986. pp. 263.

32. Pelto, G. H. Ethnographic Studies of the Effects of Food Availability and Infant Feeding Practices. Food Nutrition Bulletin. 1985; 6(1) : 6-11.
33. Petrich, Perla. La Dicotomía Frío-Caliente. La Alimentación Mochó: acto y Palabra. (Estudio etno-lingüístico). Estudios indígenas, Universidad Autónoma de Chiapás, México, 1985. pp. 126-129.
34. Petrich, Perla. La Semántica del Maíz entre los Mochó. (grupo Maya de México). Serie CHANTIERS AMERINDIA, A.E.A., México, 1986. pp. 73.
35. Problemática Alimentaria-Nutricional. Informe Anual INCAP. Guatemala, 1989. pp. 6-11.
36. Rogoff, Bárbara. Etnografía del Desarrollo del Niño en una Comunidad Maya en proceso de modernización. Guatemala Indígena. Vol. XII, Nos. 1-2, 1986. pp. 216-217.
37. Rubio, O. G. Medicina Indígena Actual. Guatemala Indígena. Vol. XI Nos. 1-2, 1982. pp. 91-130.
38. Tejada V., C. Nutrition an Feeding Practices of Maya in Central America. The Maya in Central America. 1979. pp. 54-85.
39. Villatoro, E.M. La Comunicación Popular y Salud Materno-Infantil. Tradiciones de Guatemala. CEFOL, USAC, Guatemala, 1988. pp. 28-30, 61-73.

40. Villatoro, E.M. La Medicina Tradicional en Guatemala. Necesidades y Perspectivas. Tradiciones de Guatemala. No. 36 CEFOL, USAC, Guatemala, 1991. pp. 1-11.

41. Weaning - From breast milk to family food. A guide for health and Community Workers. Published OMS in collaboration with UNICEF. 1988. 36 pp.





ANEXO I

FORMULARIO DE DATOS GENERALES

NOMBRE: _____

FECHA: _____ GRUPO ETNICO: _____

ORIGINARIA: _____ RESIDENTE: _____

GUIA DE ENTREVISTA DE CREENCIAS, ACTITUDES Y PRACTICAS DE LAS MADRES EN RELACION A INTRODUCCION DE ALIMENTOS COMPLEMENTARIOS Y ALTERNATIVOS EN LACTANTES ALIMENTADOS CON LECHE MATERNA.

1. ¿Considera usted que las comidas que le da a su niño pequeño, contienen alimentos?

SI _____ NO _____

2. ¿Cree usted que hay alguna diferencia entre alimento y comida?

SI _____ NO _____

¿Cuál? _____

3. ¿A qué edad se le comienza a dar de comer al niño pequeño otras cosas que no sea la leche materna (pecho)?

¿Por qué? _____

4. ¿Cuáles son las primeras cosas (o alimentos) que se le dan de comer al niño pequeño?

¿Por qué? _____

5. ¿Qué cantidad de comida le da al niño cuando empieza a comer?

¿Por qué? _____

6. ¿Quién escoge lo que va a comer el niño?
¿Por qué? _____

7. ¿El niño come solo, o alguien le da de comer?
¿Por qué? _____

8. Cuando el niño se enferma, ¿le suspende la alimentación?
SI _____ NO _____
¿Por qué? _____

9. ¿Qué le da de comer al niño cuando se enferma?
¿Por qué? _____

10. ¿Qué No se le debe dar de comer al niño cuando se enferma?
¿Por qué? _____

11. ¿Hasta qué edad cree que debe dársele pecho al niño?
¿Por qué? _____

12. Cuando usted está embarazada nuevamente, ¿suspende el pecho al niño?
SI _____ NO _____
¿Por qué? _____

13. Si suspende el pecho al niño, ¿A qué edad de embarazo lo hace?
¿Por qué? _____

14. ¿Qué le da de comer al niño cuando le suspende el pecho por un nue
vo embarazo?
¿Por qué? _____

15. ¿A qué edad considera que el niño puede comer de todo tipo de ali-
mento o comida?
¿Por qué? _____

16. ¿Prepara usted la comida del niño aparte del resto de la comida fa-
miliar? SI ____ NO ____
¿Por qué? _____

17. ¿Qué hace cuando el niño no quiere comer? ¿Alguna vez lo ha obliga-
do a comer? SI ____ NO ____
¿Por qué? _____

18. ¿Qué comidas le obliga a comer?
¿Por qué? _____

19. Cuando el niño ya come, ¿Cuántas veces al día le da de comer?
¿Por qué? _____

20. ¿Ha recibido alguna información acerca de cómo debe alimentar a su-
niño? SI ____ NO ____
¿Dónde? _____

ANEXO II

MONOGRAFIA DE LA ALDEA SAN ANTONIO NEJAPA, ACATENANGO, CHIMALTENANGO

A. HISTORIA:

La Aldea de San Antonio Nejapa pertenece al Municipio de Acatenango del Departamento de Chimaltenango. No se tiene datos sobre el origen del nombre de esta comunidad, pero las personas ancianas del lugar, indican que "Nejapa", significa: "Lugar de pozos de agua o rodeado de pozos de agua".

Por Acuerdo Gubernativo del 3 de junio de 1934, San Antonio Nejapa perdió la categoría de Municipio y fue anexado a Acatenango, - pues según información obtenida, esta comunidad tuvo muchas deudas - que no pudo sufragar, por lo que Acatenango cubrió sus deudas, quitándole de esta forma su categoría de Municipio.

B. UBICACION CARTOGRAFICA Y DEMOGRAFICA:

San Antonio Nejapa se encuentra a 90 Kms. de la Ciudad Capital de Guatemala, a 30 Kms. de la Cabecera Departamental de Chimaltenango y a 3 Kms. de la Cabebera Municipal de Acatenango. De la Ciudad Capital se encuentra comunicada por medio de la Carretera Interamericana de una distancia de 75 Kms. hasta la Villa de Patzicía - donde entronca una carretera de terracería de 12 Kms., para llegar a esta comunidad; dicha carretera de terracería se encuentra en regulares condiciones, pero es transitada por todo tipo de vehículos - en toda época del año.

La Aldea de San Antonio Nejapa se encuentra limitada al Norte por la aldea Pueblo Nuevo, al Sur por el Municipio de Acatenango, - al Este por la Finca La Colina y al Oeste por las aldeas de Pacoc y Pacacay, todas pertenecen al Municipio de Acatenango.

El terreno es quebrado, estando adyacentes los Volcanes de Acatenango y de Fuego. Rodeada de varios ríos entre ellos el Río Yo--lós.

Esta comunidad se encuentra a 1620 mts. sobre el nivel del mar predominando el clima templado.

La Aldea cuenta con 1697 habitantes, distribuidos en 357 vi --viendas, con 380 familias.

C. ASPECTOS SOCIO-ECONOMICOS Y CULTURALES:

El 60% de la población sabe leer y escribir; 7% de la pobla --ción no poseen letrinas y el 11% no poseen agua potable.

En su totalidad la aldea depende económicamente de la cosecha de café.

- **IDIOMA:** el idioma predominante es el español, aunque la mayoría de sus habitantes hablan también el Cakchiquel.
- **RELIGION:** La mayoría de la población es católica, aunque la diferencia con la religión evangélica es mínima.
- **GRUPOS ÉNICOS:** mayoritariamente Cakchiquel y en una mínima parte población ladina.
- **TIPOS DE CULTIVO:** el clima predominante del lugar es propicio para la siembra y cosecha de café, siendo este tipo de cultivo, casi el único de la localidad. Se cultiva muy poco el maíz, por lo que los vecinos acuden a comprar otros productos al mercado de Patzicía. La época de cosecha de café se realiza desde el mes de Noviembre hasta el mes de Marzo.
- **ARTESANIAS:** una pequeña parte de la población se dedica a elaborar petates y sopladores, consiguiendo el material de --trabajo en el mercado de San Pedro Yepocapa, municipio cerca

no a la localidad.

D. ORGANIZACION ADMINISTRATIVA Y GRUPOS ORGANIZADOS EN LA COMUNIDAD:

Existe un Alcalde Auxiliar nombrado por la Alcaldía Municipal de Acatenango, cada mes, quien representa la autoridad civil, a la vez hay comisionados militares.

En la aldea funcionan 2 comités: el Comité Pro-mejoramiento de la aldea y también el Comité Agrícola quien cuenta con personería jurídica desde hace varios años. Las señoras han formado una Cooperativa que es la Flor Nejapense.

E. INSTITUCIONES QUE FUNCIONAN EN LA LOCALIDAD:

- La Escuela Nacional que cuenta con 12 maestros, quienes atienden grados de 1o. a 6o. primaria.
- En la aldea también funciona un Colegio evangélico, fundado en 1992 y sostenido económicamente por una Institución extranjera.
- El Puesto de Salud con 14 años de funcionamiento, atendido por una Enfermera Auxiliar, un Técnico de Salud Rural y desde principios de 1992 por un médico EPS Rural de la Facultad de Ciencias Médicas de la USAC.

F. MEDIOS DE TRANSPORTE Y COMUNICACION:

Existe únicamente transporte terrestre, que tiene un recorrido desde la Ciudad Capital de Guatemala, pasando por la Cabecera Departamental de Chimaltenango, Villa de Patzicía y luego hacia la aldea San Antonio Nejapa, dicho transporte llega a la Cabecera Municipal de Acatenango y se dirige luego al Municipio de San Pedro Yepocapa.

Con respecto a Correos y Telégrafos, los habitantes acuden a la Cabecera Municipal, ya que se encuentra a 3 kms. de distancia.