

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**PATRONES CULTURALES EN LA ALIMENTACION DEL NIÑO
DE 0-5 AÑOS EN UN AREA RURAL**

Estudio realizado en 100 mujeres de 15-45 años
madres de niños de 0-5 años en las aldeas:
Los Palmares, El Milagro, El Arco y El Remolino,
Teculután, Zacapa; Agosto-Septiembre 1992.
Guatemala.

T E S I S

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

P O R

RIGOBERTO ROJAS NOGUEIRA

En el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, JULIO DE 1993.

DL
05
+ (7048)

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA



FORMA C

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 28 de junio de 1993

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

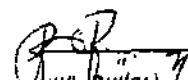
Se informa que el: Bachiller Rigoberto, Rojas
Título o diploma de diversificado, Nombres y apellidos

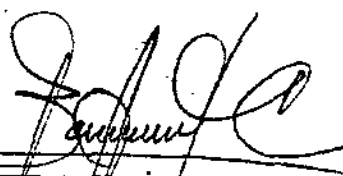
Noguera Carnet No. 8411741
completos

Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:


" PATRONES CULTURALES EN LA ALIMENTACION DEL NIÑO DE 0-5 AÑOS EN UN
AREA RURAL "

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:


Firma del estudiante


Asesor
Firma y sello personal

Dr. José A. Barrera
MEDICO Y CIRUJANO
CORTADO No. 4965


Revisor
Firma y sello
Registro Personal 14,006

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: RIGOBERTO ROJAS NOGUERA

Carnet Universitario No. 84-11741

Previo a optar al Título de Médico y Cirujano, en su Examen General Público ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:

"PATRONES CULTURALES EN LA ALIMENTACION DEL NIÑO DE 0-5

AÑOS EN UN AREA RURAL"

Avalado por asesor(es) y revisor por lo que se emite la presente

ORDEN DE IMPRESION:

Guatemala, 5 de Julio de 1993

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

Dr. Raúl Castillo 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
DECANO



I. INTRODUCCION

Nuestro país se caracteriza por la conformación de múltiples comunidades, en donde cada una tiene su propia estructura de comportamiento, costumbres y creencias, lo cual establece modelos de vida propios del medio donde se han desarrollado.

Dentro de esos modelos de vida, es importante considerar - las costumbres y prácticas alimentarias de nuestra niñez, las cuales han sido aprendidas por la imitación del comportamiento de la familia y otros miembros de la comunidad. (33)

Por lo que el microambiente hogareño, es donde la madre desempeña un rol importante en la nutrición de sus hijos, siendo ella portadora de prácticas alimenticias positivas o negativas, las cuales influirán directamente en beneficio o deterioro del niño.

Pero la buena o mala alimentación de una comunidad no solo depende de patrones culturales ya establecidos, como consecuencia del devenir histórico de los pueblos; pues también en el proceso salud-desnutrición se interrelacionan factores socio-económicos que determinan la decisión de consumir ciertos alimentos. (33,56)

Por otro lado es importante hacer mención acerca de la gran riqueza cultural con que cuentan nuestras comunidades rurales, específicamente en lo concerniente a alimentación infantil, conocimientos ignorados por el personal involucrado en las áreas de la salud.

Por lo que nos sentimos motivados a investigar a fondo aspectos antropológicos de nuestra sociedad, y para ello se realizó un estudio teniendo como propósito principal identificar patrones culturales en alimentación de las madres para con sus hijos de 0-5 años de edad en las aldeas: Los Palmares, El Remolino, El Arco y El Milagro de Teculután; y se observó y entrevistó a 100 madres de las comunidades tomadas al azar, para describir aspectos culturales que condicionan la mala alimentación del niño. Haciéndose uso del método etnográfico de recolección de datos, el cual consiste en un conjunto de técnicas de investigación antropológica aplicadas al campo de

la salud, tales como: la observación directa, conversaciones informales y entrevistas dirigidas. (29)

Obteniéndose como resultados, que el patrón alimentario consta de tres tiempos de comida y una merienda, consumiéndose en su mayoría alimentos de origen calórico (pan, tortillas, caldo de frijol, atol de maíz) mientras que los de contenido proteínico solo se consumen en mayor frecuencia los fines de semana (sábados y domingos); por otro lado la lactancia materna representa la principal fuente de elementos nutritivos desde que nace el niño hasta el año y dos años de edad, ya que se dan otros alimentos en la suplementación alimenticia pero de poco valor nutritivo tomando en cuenta que sean los menos dañinos y fáciles de digerir, sin importar su valor nutritivo (caldo de frijol, tortilla (en sopas) café con pan). Además se encontró un predominio de las prácticas y creencias negativas en alimentación sobre las positivas, lo que viene a condicionar la mala alimentación del niño.

La ejecución de la investigación fue bastante difícil pues las distancias a caminar eran un poco largas, y el hecho de que la mayoría de las madres no se encontraban en sus casas por tener que salir a trabajar o salir de compras limitó bastante el poder localizarlas.

INDICE

	PAGINA
I. INTRODUCCION	1
II. DEFINICION DEL PROBLEMA	3
III. JUSTIFICACION	5
IV. OBJETIVOS	7
V. REVISION BIBLIOGRAFICA	8
A. DEFINICIONES	8
B. ALIMENTACION Y NUTRICION	8
C. ASPECTOS SOCIOECONOMICOS QUE INFLUYEN EN LA NUTRICION MATERNO-INFANTIL.	22
D. ASPECTOS CULTURALES QUE INFLUYEN EN LA NUTRICION INFANTIL.	30
VI. METODOLOGIA	56
VII. PRESENTACION DE RESULTADOS	64
VIII.. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	83
IX. CONCLUSIONES	93
X. RECOMENDACIONES	95
XI. RESUMEN	96
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	97
XIII. ANEXOS	105

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

Guatemala, como muchos de los países subdesarrollados, afronta entre sus múltiples dificultades un grave problema; el de la desnutrición infantil. A todas luces agudizado en los grupos sociales marginados, tanto del área rural como del área urbana. La desnutrición es un problema creado por el hombre mismo, y sin ser el único que está en este caso es el más importante, pues constituye una de las principales causas del elevado índice de morbi-mortalidad que presentan los niños menores de cinco años; como lo confirma el reciente informe de la Secretaría General de Planificación Nacional (SECEPLAN), reportando en el año 1989 una mortalidad infantil de 102 por mil nacidos vivos, obedeciendo a causas de desnutrición-infección; mientras que para el año 1990 se reporta un 4% de niños menores de cinco años con desnutrición severa, con tendencia a incrementarse (49,56).

La presencia del problema de la desnutrición infantil debe ser considerado como una grave falla de la sociedad, ya que la misma tiene la obligación de asegurar a sus miembros una provisión adecuada de alimentos; pues existe un nivel mínimo de alimentación y nutrición por debajo del cual no puede existir un estado adecuado de salud para el individuo, ni goce de la existencia. (3,22)

Es innegable que los hábitos dietéticos o patrones alimentarios son un reflejo de la necesidad de alimentarse que tiene el hombre, hábitos que están condicionados a la cultura propia de la sociedad, y que tiene como base la conservación de la vida.

Numerosos son los factores que inciden en las características de los alimentos y de los hábitos alimentarios de las diversas sociedades, dentro de éstos merecen especial atención los siguientes: el habitat físico, el recurso humano y por ende su tecnología; los cuales nos delimitarán el marco de la disponibilidad de los alimentos, medida en términos de productividad e intercambio y por otro lado la magnitud de la población, las

4

creencias, los tabúes, la educación y en general las costumbres en materia alimentaria que nos definirán la demanda por tal o cual alimento, y las formas de preparación de acuerdo a los gustos que cada cultura determina. (3,9,52,56)

A la vez es importante mencionar que en las áreas rurales de nuestro país, específicamente en el nororiente (municipio de Teculután, Zacapa) predominan ciertas costumbres alimenticias por parte de las madres para con sus hijos, tales como: destete prematuro, retirar ciertos alimentos cuando el niño sufre de diarrea, uso de atoles, etc. (30)

Siendo nuestro país, rico en creencias, prácticas y recursos médicos tradicionales; se pretende investigar con el presente estudio, aspectos socio-económicos y culturales que establecen las características en que el niño nace y crece. (51)

III. JUSTIFICACION

En América Latina, la desnutrición es una causa básica o asociada de la defunción del 57% de los niños que mueren antes de los cinco años de edad. (3)

Para nuestro país, el problema representa una de las tasas más altas de morbilidad y mortalidad entre los niños de 0 a 5 años de edad, ya que el 81% padecen de desnutrición y gran cantidad de ellos morirán por enfermedades infecciosas e intestinales derivadas del hambre en que crecen y se desarrollan. En otras palabras de cada 5 niños menores de cinco años que habitan en nuestro país, solo uno está bien nutrido. (23,26,30,54)

Por lo que Guatemala se sitúa entre los dos o tres países del istmo centroamericano con el mayor problema nutricional, ya que su población se encuentra entre las más desnutridas del continente. (47)

Este riesgo tan elevado de morbilidad y mortalidad para niños y recién nacidos es considerado como normal por algunas personas, pues en muchos casos la enfermedad y la muerte son atribuidos a la magia y no se reconoce el papel importante que juegan las deficiencias nutricionales. (51)

Según los más recientes estudios hechos en nuestro país, en el altiplano y áreas marginales urbanas, sobre aspectos socioculturales en alimentación materno-infantil; se tienen datos en los que se confirma que las prácticas y creencias negativas en alimentación exceden a las positivas. (9,38,40)

Por otro lado es importante hacer énfasis, que en cuanto al problema de la desnutrición infantil, las altas autoridades de nuestros gobiernos solo han tomado medidas paliativas que consisten en el establecimiento de programas de tratamiento y rehabilitación de los niños malnutridos o bien en programas de alimentación suplementaria para los más necesitados.

Sin tener una concientización social que las causas básicas del problema radican en la injusticia social existente como consecuencia de la mala distribución y utilización de los recursos que se concentran en una minoría de la población, lo cual

no permite proveer de los medios necesarios para satisfacer una de las necesidades básicas de nuestra niñez, como lo es la alimentación. (6)

Todo lo anterior justifica, entonces analizar y estudiar a fondo los patrones culturales en la alimentación infantil, a fin de obtener una mejor comunicación entre médico y paciente, y así orientar de una mejor forma el plan educacional que contribuya a modificar las costumbres y creencias alimenticias negativas y a la vez estimular la prevalencia de las prácticas positivas en beneficio de la supervivencia infantil.

IV. OBJETIVOS

A. GENERALES:

Analizar los patrones culturales, prácticas y creencias en la alimentación del niño de 0-5 años en el área rural del Municipio de Teculután.

B. ESPECIFICOS:

1. Identificar los patrones culturales en la alimentación infantil para saber si son factores condicionantes en la mala alimentación del niño de 0-5 años en las aldeas Los Palmares, El Arco, El Milagro y El Remolino.
2. Determinar si las prácticas y creencias alimenticias positivas y negativas son condicionantes de la mala alimentación del niño de 0-5 años en el área rural del Municipio de Teculután.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

A. DEFINICIONES:

1. ALIMENTO: (del latín alimentum).

Toda sustancia que introducida en el organismo sirve para la nutrición de los tejidos o para la producción de calor (9)

2. NUTRICION:

Etimológicamente la palabra nutrición procede del verbo latino "nutriere" que significa alimentarse, por lo que nutrición y alimentación se consideran como sinónimos. Para algunos es la propiedad esencial y general de los seres vivos que consiste en el doble proceso de asimilación y desasimilación, conjunto de cambios efectuados entre el organismo y el medio que lo rodea. (9,41)

B. ALIMENTACION Y NUTRICION:

La alimentación adecuada del niño es uno de los factores más importantes para lograr un estado satisfactorio de salud y a la vez mejorar su calidad de vida. (9)

Para ello es necesario, cubrir ciertas necesidades; biológicas, sociales y psicológicas en el binomio madre-hijo; siendo a la vez indispensable la adecuada nutrición y el buen estado de salud materno, aunado al amplio conocimiento que la madre posea sobre las funciones de los distintos alimentos y la forma de suministrarlos, aspectos básicos para lograr un crecimiento y desarrollo adecuado en el niño. (8,41,46)

Con fines didácticos, la alimentación infantil puede dividirse en tres secciones:

- Alimentación natural.
- Alimentación lactea artificial.
- Alimentación no lactea.

1. ALIMENTACION NATURAL:

La alimentación natural, es el alimento por excelencia e insustituible, por su valor dietético adecuado a la edad del niño y por sus ventajas nutricionales, psicológicas, económicas, antiinfecciosas; necesarias para alcanzar un buen estado de salud infantil.

Desde el punto de vista de la nutrición, la lactancia materna constituye el mejor método para alimentar al niño en la primera etapa de su vida; pues constituye el alimento perfecto y es superior a cualquier otro alimento. Contribuyendo por lo tanto a su adecuada salud y nutrición, logrando un mejor desarrollo, crecimiento y maduración. Además la alimentación natural ofrece muchas ventajas prácticas y psicológicas tanto al niño como a la madre. (7,21,38,41)

La leche materna proporciona la energía y nutrientes en las proporciones exactas requeridas en el organismo del niño para cumplir sus funciones, pues por sus características físico-químicas sobre todo en lo que respecta a las proteínas, lípidos y carbohidratos parece ser lo más apropiado para las necesidades nutricionales del lactante al menos durante los primeros seis meses de vida. (7,25,34,41)

En el curso de la lactancia, la composición de la leche de la mujer sufre una serie de variaciones que hace que se distinguen tres clases de leche: el calostro (desde las últimas semanas del embarazo hasta el quinto día después del parto) la leche de transición (del sexto al décimo día después del parto) y la leche madura o definitiva (a partir del décimo día después del parto. (7,41)

El calostro, es un líquido amarillento que se produce desde los últimos meses del embarazo hasta el segundo al cuarto día post-parto. Contiene una gran cantidad de albúmina, es rico en minerales; como sodio y potasio, vitamina A, el calostro contiene varias veces más proteínas que la leche madura y más minerales, pero menos hidratos de carbono y grasas. Por lo que es más fácil de digerir que la leche madura, por otro lado el

calostro contiene factores antiinfecciosos, siendo el principal la IgA, la cual protege al lactante contra enfermedades y alergias. (9,21,27)

La segunda leche es llamada también "leche intermedia" o de transición, por el aspecto que presenta durante la transición entre el calostro y la leche madura. (7)

Durante éste período ocurre el aumento gradual de energía, grasas, lactosa y vitaminas hidrosoluble hasta lograr la concentración adecuada en la leche madura. (25)

La leche madura humana consiste en una emulsión de grasa y una dispersión coloidal de proteínas, y se componen básicamente por un 87-87.5% de agua, en 1-1.5% de proteínas (las cuales están representadas en un 60% por lactalbúmina y lactoglobulina y en un 40% por caseína) en un 6.5-7% por carbohidratos (constituidos por lactosa), en un 3.8% por grasas (en especial triglicéridos, formados por oleína, palmitina y estearina.), y por un 0.15% a 0.35% de minerales; además de ciertas vitaminas (tales como: A, C y D) proporcionando todos sus constituyentes 20 kilocalorías (30 gr.) o 0.67 kilocalorías/mol. (21,38,40,41)

Además la leche madura en su composición, es importante mencionar las características inmunológicas que posee, tales como: inmunoglobulinas IgA, IgD, IgM e IgG; siendo la más importante la IgA por sus altas concentraciones (1mg/ml) lactoperoxidasa, lisozimas, factor antiestafilocócico, el número de leucocitos (1.000-4.000/mm³), lactoferrina, factor bifido. Estas características hacen que la leche materna posea propiedades antiinfecciosas e inmunológicas para beneficio del niño (7,41), protegiéndole de muchas enfermedades a que él está expuesto.

a. Importancia de la lactancia materna.

La lactancia materna es importante por sus ventajas:

- a) Nutricionales
- b) Dietéticas.
- c) Económicas.
- d) Antiinfecciosas.

e) **Psicológicas.**

a) **Ventajas nutricionales:**

La leche de la madre proporciona los necesarios principios nutritivos, pues aporta casi todos los elementos nutritivos al niño para su adecuado crecimiento y desarrollo. (40)

La lactancia materna es suficiente para el niño, ya que llena los requerimientos diarios del niño hasta los 4 ó 6 meses de edad. Siendo a la vez completa; pues ofrece energía y todos los nutrimentos necesarios para formar los distintos tejidos del organismo. Aportando la energía y nutrimentos en forma equilibrada y adecuada a la capacidad digestiva del niño y a su etapa de rápido crecimiento. (25)

b) **Ventajas dietéticas:**

La leche materna está siempre disponible en el momento oportuno que el niño la necesita, a la temperatura adecuada, tiene las condiciones higiénicas adecuadas, se provee en la cantidad y composición adecuada y es de fácil digestión, evita la obesidad y la desnutrición, esta libre de aditivos. Por otro lado, según encuestas realizadas en Chile y otros países subdesarrollados, se ha encontrado que la mortalidad de niños menores de tres meses, que no fueron amamantados es tres veces mayor, por lo que es una medida para disminuir la mortalidad infantil. (7.25,40,41)

c) **Ventajas económicas:**

La lactancia materna representa la vía más económica de alimentar al niño, pues a través de éste tipo de alimentación no se afecta el presupuesto familiar y a la vez se evitan gastos innecesarios en la compra de leches artificiales y su preparación; por lo que también evita el uso de recursos económicos, pues al dar lactancia materna se evitan diversas enfermedades.

(25,33,34,46)

d) Ventajas antiinfecciosas:

La leche materna contiene los factores antiinfecciosos necesarios, que reducen la gravedad de los síntomas de las enfermedades, tales como: respiratorias, protege contra la poliomielitis. A la vez se ha encontrado que los niños que reciben lactancia materna padecen menos de diarreas que los que se alimentan con pacha, como lo confirma un estudio de la O.P.S. donde se reporta que por cada mamada diaria adicional se acompaña de una disminución del 20% del riesgo de sufrir de un trastorno diarréico, protegiéndolo de problemas diarréicos hasta casi el final del tercer año de vida. (25,40,41)

e) Ventajas psicológicas:

Durante la lactancia materna se establece un íntimo contacto entre la madre y su hijo, favoreciendo el mantenimiento de una lactancia prolongada que contribuye al mantenimiento de una relación satisfactoria que permite al niño desarrollarse en un ambiente de seguridad; logrado por el contacto físico con la madre, el calor materno, el palpitar del corazón materno y el oír constante de la voz materna. (7,25)

El mantenimiento de esta relación crea el establecimiento de relaciones más cálidas entre la madre y el niño posteriormente.

Por otro lado dentro de la importancia de la lactancia materna, es de mencionar que la misma se debe iniciar después del parto (lo ideal sería hacerlo en el curso de la primera media hora) o tan pronto como lo permita el estado general del niño; para lo cual convendría estimular a las madres a tener a sus hijos con ellas en la misma habitación o muy cerca de ellas, y dar el pecho al lactante cuando éste lo pida, pues la producción de leche va a depender de las veces que el niño succione. Por lo regular los niños sanos nacidos a término

necesitan de 6 a 10 tetadas diarias durante la primera semana de la vida, quedando la mayoría satisfechos durante un período aproximado de 4 horas. (21,41,46)

También es importante mencionar que la lactancia materna contribuye al espaciamento de los embarazos, debido a que durante esta práctica se produce un retardo de la menstruación y ovulación. (25)

b. Complementación de la lactancia materna y destete:

Un aspecto muy importante para la salud del niño es el inicio de la complementación de la leche materna con otros alimentos.

Y como se ha mencionado anteriormente el hecho que la lactancia materna por sí sola, es suficiente hasta los 4 ó 6 meses de edad.

La edad más precisa en que se necesita complementar la lactancia materna estará dada por la ganancia de peso del niño, en el momento que éste deja de ganar peso o empiece a perderlo es indicación clara que necesita alimentos complementarios a la leche materna que le provea de energías, proteínas, minerales y vitaminas; pues por el rápido crecimiento del niño necesita en mayor cantidad (25,31,40), y esta complementación debe iniciarse entre los 4 a 6 meses de vida como edad promedio.

Esta etapa debe ser llevada a cabo cuidadosamente, ya que es fácil exponer al niño a las infecciones y a la desnutrición. (41)

Para introducir nuevos alimentos que complementen a la lactancia natural, debemos de hacerlo de acuerdo a la disponibilidad de alimentos en el hogar y en forma higiénica.

Para ello se pueden introducir alimentos semisólidos tales como: cereales (arroz, masa de maíz) leguminosas (frijol colado) puré de fruta (banana, mangos) y verduras como (güicoy), zanahoria, puré de hierbas y si se encuentran disponibles también, agregar huevos, carne, queso e incaparina).

Al puré preparado puede agregársele grasa (aceite o marga-

rina) para aumentar su valor energético y suavizar la mezcla, puede utilizarse también agua hervida. (25)

La introducción alimenticia debe hacerse gradualmente dándole pequeñas cantidades, y debe tenerse mucha paciencia hasta que el niño se acostumbre a diferentes sabores y olores.

La complementación alimenticia a la lactancia materna termina con el destete. El cual se puede conceptualizar como el período que implica un "acostumbramiento" y describe el proceso por el cual al niño gradualmente se le sustituye totalmente la lactancia materna por la dieta completa del adulto. (21,31)

El proceso que se sigue para destetar consiste en sustituir una tetada con un biberón al día, y si la secreción materna es abundante, el proceso de destete debe ser gradual, al comienzo una de las tetadas debe ser reemplazada por un biberón, al cabo de varios días se sustituye otra tetada, y así sucesivamente hasta que el niño está destetado por completo, lo cual por lo regular debe hacerse a la edad de 18 a 24 meses de edad. (38,41)

Cuando el niño está comiendo otros alimentos perderá el interés de mamar.

Es importante tomar en cuenta que durante el destete, el niño se expone a infecciones y está propenso a la desnutrición, por el cambio de la leche materna estéril y sus factores antiinfecciosos, a la leche artificial y otros tipos de alimentos muchas veces dados al niño en forma antihigiénica que lo predispone a infecciones intestinales, lo cual desencadena muchas veces el problema de la desnutrición. (25)

2. ALIMENTACION ARTIFICIAL:

La lactancia artificial es aquella que prescinde de la leche humana, utilizando para reemplazarla la leche de otras especies animales. (7), generalmente la de vaca, cuyo valor nutritivo es el que más se asemeja a la leche humana. (8,41)

Este tipo de alimentación es considerado como un proceso simple en el que no son necesarios cálculos complicados, ni preparados elaborados. (41)

Para aceptar como satisfactoria una alimentación artificial, es necesario que cumpla los siguientes requisitos:

- Aportar suficiente calorías en un volumen adecuado.
- Proporcionar en forma equilibrada las proteínas, carbohidratos, grasas, sales, minerales y vitaminas que se necesitan para el crecimiento del niño.
- Estar desprovista de gérmenes patógenos y de sustancias tóxicas.
- Ser económica y sencilla de preparar.
- Ser fácilmente digerible y de sabor agradable. (7)

Los resultados de éste tipo de alimentación, comparados con la natural no son satisfactorios, ya que la frecuencia de trastornos intestinales, infecciones de las vías respiratorias y el eczema son mayores en niños alimentados con biberón que en los alimentados el seno materno. (41,43)

a. Leches utilizadas en la alimentación artificial:

i. Leche fresca:

Es la leche cruda, que se digiere lentamente, y forma grandes coágulos en el estomago. No es recomendable para la alimentación del lactante, pues se contamina fácilmente con microorganismos patógenos.

ii. Leche evaporada:

Es una leche envasada, y si el envase permanece cerrado la leche se conserva durante varios meses sin refrigeración. El coágulo producido en el estomago es más blanco y de menor tamaño que el de la leche entera hervida. La leche evaporada puede administrarse, si es necesario o concentraciones más altas que las fórmulas de leche entera. El envase contiene unos 385 ml. Cada 30 ml proporcionan aproximadamente 44 kcal.

iii. **Leche en polvo:**

El contenido en grasa de la leche líquida se fija en el 3.5% y la leche es evaporada rápidamente hasta la forma de polvo, mediante desecación por pulverización o congelación. La leche en polvo reconstituida posee la mayoría de las ventajas de la leche evaporada. (41)

3. **ALIMENTACION NO LACTEA:**

Su introducción tiene por objeto acostumbrar al niño a gustar sabores diferentes al de la leche y con otras técnicas de suministro (cucharas) a la vez que se aportan algunos nutrientes que están en déficit en la leche, y que el niño necesita para cubrir necesidades de nutrientes que requiere de acuerdo a la etapa de crecimiento. (41)

La época para agregar alimentos suplementarios al niño lactando, ha sufrido cambios notables en los últimos 20 años.

En épocas pasadas al final del primer año se permitía la ingestión de alimentos sólidos. En la actualidad esta costumbre se ha modificado por completo y se administran al niño alimentos sólidos desde el primer mes de vida. No se ha demostrado ventaja ni desventaja de esta práctica. (31)

a. **Dietética para alimentar al preescolar:**

La mayoría de lactantes se adaptan de un modo natural al plan de tres tomas de alimento al día, hacia el final del primer año de vida. Aunque deben hacerse grandes concesiones en la dietética del niño en caso dado, con objeto de tener en cuenta las idiosincrasias personales y los hábitos familiares, es preciso indicar a la madre un esquema de las necesidades dietéticas básicas diarias. (41)

A finales del primer año y durante el segundo año se vuelve un poco lento el crecimiento del niño, lo cual implica una reducción en la ingesta calórica del niño por unidad de peso corporal.

Además no es raro que se presenten períodos temporales de falta de interés por todo alimento o por algunos productos alimenticios determinados, todo como reacción natural; por lo que no se debe forzar al niño a comer alimentos que él no quiere. (33,41)

Al año la alimentación del niño debe ser tomada de la mesa familiar, y se deben dar alimentos más cocidos, por ejemplo: frutas, verduras picadas o en rebanadas, cereales listos para comer y cereales calientes, hígado, carne magra, pescado y aves de corral picadas en vez de alimentos colados. (21,33)

b. Ingreso recomendado de alimentos para una adecuada nutrición atendiendo a grupos de alimentos y cantidad:

Medida de las raciones para distintos grupos de edad (41)

Grupo de alimentos	Tomas/día	Cantidad de las reacciones según la edad.		
		1a	2-3a	4-5 años
Leche y queso (45 gr. de queso = 1 taza de leche)	4	1/2 taza	1/2-3/4 de taza	1/2-3/4 de taza.
Grupo carnico (alimentos proteícos) Huevos, carne magra, pescado, aves, (hígado una vez a la semana) Mantequilla de cacahuete.	3 o más	1 2 cuch.	1 2 cuch. 1 cuch.	1 4 cuch. 2 cuch.
Frutas y vegetales. Fuente de vitamina C (frutas, cítricos, - frambas, tomate, coles, melón.	por lo menos 4 incluyendo: 1 o más (2 veces - más tomate que cítrico.	1/3 taza cítrico	1/2 taza	1/2taza
Fuentes de vit. A (frutas verdes o amarillas).	1 o más	2 cuch.	3 cuch.	4 cuch.

4. ALIMENTACION INFANTIL Y DIARREA:

En la alimentación del niño enfermo destaca la alimentación natural, como la forma ideal de proveer las sustancias nutritivas que permiten al niño con diarreas sustituirle los elementos nutritivos perdidos, sirviéndole a la vez como medio de hidratación en forma parcial.

Cuando el niño es amamantado, se observa una menor frecuencia de consultas, incidencia, hospitalización, severidad y complicaciones de problemas gastrointestinales, en especial diarreicos, durante el primer año de vida. Este efecto se ha atribuido a la actividad inmunológica del calostro y la leche humana contra bacterias o virus. (38,41)

No obstante, el efecto de la diarrea en el estado nutricional depende de una serie de factores: la edad, las características de la lactancia, la ingestión alimentaria y la causa de la infección.

Pero las consecuencias perjudiciales de la diarrea aguda en el estado nutricional, se pueden prevenir o reducir a un mínimo, proporcionando a los niños una dieta balanceada aunada a la Terapia de Rehidratación Oral permite disminuir las pérdidas nutricionales y mantener un buen estado nutricional. (10,43)

Por otro lado, si la dieta es adecuada, generalmente los síntomas en la enfermedad diarreica, son menos severos que en niños malnutridos.

Un niño enfermo necesita alimentos para luchar contra la infección, sin gastar todas las reservas de nutrientes que contiene su cuerpo.

Sin embargo, puede ocurrir que el niño no sienta hambre o que se sienta mal.

Pero el amamantamiento debería seguir aunque el niño tenga diarrea o vómitos, y a la vez seguir proveyéndole de comidas blandas fáciles de digerir.

Aunado a ello hay que hidratarlo a base de sales de rehidratación oral o también jugos de naranja y agua de coco. (31,43)

5. NUTRICION MATERNA Y SU RELACION CON EL ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO:

Durante el período prenatal (embarazo) aumentan las demandas de nutrientes, pues en el vientre materno se encuentra un nuevo ser que exige ser alimentado para poder crecer y desarrollarse; por lo que la futura madre debe consumir una dieta balanceada que le permita mantener el adecuado aporte de nutrientes para ella y su hijo, y a la vez procrear un nuevo ser en las condiciones físicas y nutricionales adecuadas.

Este aumento de demanda de nutrientes es empleado específicamente para el crecimiento fetal y placentario; por lo que debe hacerse todo lo posible para asegurar buenas condiciones de nutrición a las mujeres para atender sus necesidades en materia de nutrición y salud, especialmente durante el embarazo. (8,46)

Se sabe que el aumento de peso durante el embarazo es un factor determinante del peso del recién nacido; esta ganancia de peso materno está influenciada por la nutrición de la madre, tanto durante el embarazo como antes de él, y por lo regular este aumento en una mujer sana y bien nutrida cualquiera sea su origen étnico y el lugar donde ha nacido aumenta en promedio 12.5 kg. durante el embarazo. (8)

Algunos autores describen que los déficits nutritivos durante el embarazo constituyen una de las causas del nacimiento prematuro y de mayor morbilidad infantil, y un factor coadyuvante a la mortalidad infantil y a la lactancia deficiente.

Siendo el efecto más estudiado el de la influencia de la nutrición materna en el desenlace del embarazo, su relación con el bajo peso al nacer (peso menor 0=2,500 gr. con edad gestacional mayor de 37 semanas).

Como lo demuestran los estudios efectuados hace algún tiempo en Holanda, en donde se expuso a mujeres embarazadas a una restricción severa de alimentos, se pudo observar que los pesos al nacer fueron hasta 10% inferiores y que estos volvieron a sus valores anteriores al disponerse de nuevo de alimentos.

(8,41)

Las implicaciones del término bajo peso al nacer son diferentes en los países desarrollados que en los subdesarrollados. En los primeros la prematuridad explica la mayor parte de los niños de bajo peso, mientras que en los segundos el bajo peso lo explica fundamentalmente la desnutrición materna previa al embarazo y durante el mismo; siendo a la vez importante mencionar que los efectos de la malnutrición sobre el peso al nacimiento aumenta si esta se produce durante el tercer trimestre o la segunda mitad del embarazo. (8)

Por lo que la dieta nutricional en la embarazada es de vital importancia y tiene una gran influencia sobre el nuevo ser, pues existe evidencia de que al aumentar la ingesta de la embarazada, cuya dieta sea insuficiente, tiene un impacto positivo en el peso al nacer, especialmente cuando las suplementadas son desnutridas.

La evidencia de esto data de varios estudios realizados en países sobre todo subdesarrollados, incluso varios de ellos realizados en Guatemala por el INCAP, donde se demuestra que la suplementación aumentaba el peso al nacimiento, y estos efectos eran más marcados cuando esto era dado en el tercer trimestre del embarazo, pero también con beneficios si era dada antes.

Se ha visto también que el factor limitante del crecimiento fetal es básicamente calórico y no proteico; pues si hay un exceso en el aporte de proteínas (más del 20% en relación a calorías) se puede relacionar con incremento en prematurés y mortalidad neonatal y disminución del peso al nacimiento. (8,46)

6. EDUCACION Y NUTRICION MATERNO-INFANTIL:

A pesar de las campañas de alfabetización en nuestro país, en el año 1989 la Secretaría General de Planificación Nacional (SEGEPLAN) reportó que el 49% del total de la población son analfabetas, presentando la mayor incidencia en el área rural con 72% en la población indígena; teniendo como resultado que

solo el 30% de los niños están escolarizados. (2,49)

El nivel de educación tiene una repercusión marcada en el estado nutricional del niño, pues entre las familias con niños malnutridos, la mayoría de los padres ha recibido escasa educación; especialmente las madres, muy pocas de las cuales han estudiado más allá del segundo o tercer año de la escuela primaria, lo que viene a preservar la ignorancia que contribuye a la falta de una provisión adecuada de los alimentos que pueden y deben comer de acuerdo a los recursos disponibles. (18,35)

El desconocimiento por parte de la madre respecto a la alimentación apropiada para sus hijos, es dependiente del analfabetismo en que permanece; lo que no le permite obtener educación sobre nutrición materno-infantil.

La educación constituye el núcleo de todos los intentos para mejorar la nutrición de los individuos y las comunidades pues existe un escaso conocimiento de las necesidades especiales de los niños en particular, en la época de destete y es raro que se preste atención especial a la dieta del niño, ya que muchas personas desconocen la importancia de escoger los alimentos adecuados. (5,24,44)

La educación sobre nutrición se refiere al propósito de persuadir a la gente de modificar sus prácticas existentes en alimentación, con miras a mejorar su salud y nutrición; por medio del mejor empleo de recursos disponibles, tanto tradicionales como modernos. (21,24)

7. MAGNITUD Y TRASCENDENCIA DE LA DESNUTRICION:

La desnutrición infantil representa un problema relevante, debido no solo a su magnitud, sino a las consecuencias adversas que trae consigo tanto para el individuo como para la población en general. (26)

La magnitud del problema de la desnutrición puede apreciarse al considerar la información disponible donde se estima que el 40% de niños abajo de los 5 años probablemente sufren algún grado de desnutrición elevada que viven en Centro América. Para

nuestro país, las estadísticas presentan como dato relevante que el 81% de niños que oscilan entre 0-5 años padecen de desnutrición, es decir que de cada 5 niños menores de 5 años que habitan en nuestro país, solo uno está bien nutrido. (5,10,23,26)

Al analizar la mortalidad general de nuestro país se pone de manifiesto que 57% de todas las defunciones ocurren en niños menores de 5 años como consecuencia de la interacción desnutrición-infección. Este hecho fue demostrado por la recién finalizada investigación interamericana de mortalidad en la niñez que patrocinó la O.P.S. (26,49)

Por otro lado se estima que entre 13 y 43% de los niños tienen bajo peso al nacer en poblaciones rurales y urbanas de los estratos socioeconómicos bajos de países preindustrializados. Estos niños tienen menor probabilidad de sobrevivir durante el primer año de vida que aquellos cuyo peso al nacer es normal. (26)

C. ASPECTOS SOCIOECONOMICOS QUE INFLUEYEN EN LA NUTRICION MATERNO INFANTIL:

Antes de hacer un análisis de la situación nutricional infantil en Guatemala, es importante considerar su manifestación patológica; La Desnutrición, que es definida como aquella condición patológica resultante de una alimentación inadecuada, o de la absorción defectuosa o aprovechamiento de los alimentos. (9,41)

De esto se desprende que existe una desnutrición Primaria; que es la resultante de que al organismo no se le proporcionen los alimentos en cantidades y condiciones adecuadas y la desnutrición Secundaria; resultante de la incapacidad del organismo de absorber o aprovechar los nutrientes a pesar de que éstos sean proporcionados en cantidades adecuadas. (9)

Considerando que en nuestro país el mayor porcentaje de desnutrición obedece al tipo primario, el presente análisis estará dirigido fundamentalmente hacia los factores que la condicionan y la determinan.

1. LA NUTRICION, COMO UN PROBLEMA SOCIAL:

En la historia de la humanidad, desde que el hombre empezó a poblar la tierra, se vió en la necesidad de organizarse en sociedad desde que dependía de actividades como la caza, pesca y la recolección de alimentos para subsistir siendo la razón principal que lo motivó a ello el asegurar un adecuado abastecimiento alimentario para todos sus miembros. (6,19,22)

A medida que el hombre aprendió a domesticar animales y con el inicio de actividades agrícolas, empezó a cultivar plantas para obtener alimentos; floreciendo con ello el establecimiento de un orden social más efectivo, y progresivamente cuando el hombre fue evolucionando y adquirió capacidades para producir, conservar y distribuir mejor los alimentos cobraron impulso sociedades superiores y más complejas que dedicaban la mayor parte de su tiempo y energías a la producción alimentaria que les permitió conseguir una alta producción de alimentos adecuado a sus necesidades, gozando a la vez de más tiempo libre para dedicarlo a la especialización ocupacional, desarrollándose entonces las artes y las ciencias.

Hechos que exigieron la conformación de sociedades aún más complejas, tales como: clanes, tribus, aldeas y estados, hasta llegar a las grandes naciones. (6)

Dentro de éstas organizaciones sociales más complejas merecen especial mención, los pueblos mayas de Guatemala; pueblos indígenas que desarrollaron un elevado grado de civilización, obteniendo con ello los alimentos necesarios que consistían en alimentos básicos tales como: el maíz, el frijol, complementados con frutas, hortalizas y carne de animales salvajes, que se encontraban en abundancia.

A pesar de que las prácticas agrícolas eran primitivas, pero dado que no tenían limitaciones en el uso de la tierra, pudieron establecer un sistema de rotación de cultivos; lo que mantenía un equilibrio ecológico sin perjudicar la tierra, permitiendo de esta manera al estado garantizar a la mayoría el abastecimiento de los alimentos necesarios. Por lo que desco-

nocían hasta cierto punto la escasez de alimentos y no existía desnutrición generalizada. (6,9)

Estos hechos históricos generalizados de documentos antiguos, demuestran que el hombre estaba organizado de tal forma que le permitía una tenencia justa y ordenada de la tierra asociado a un eficaz rendimiento agrícola; lo que le proveía de los alimentos necesarios en forma equitativa y equilibrada.

Pero luego llegaron los españoles al continente americano, conquistando nuestros pueblos; provocando éste hecho un cambio social bien marcado como lo es el colonialismo español, originando trastornos socioeconómicos con modificación en la tenencia de la tierra, su producción y la distribución de la riqueza (incluyendo alimentos). Las mejores tierras las utilizaron para comercializar los cultivos que eran destinados principalmente a la exportación; dejando a los indios en las tierras marginales de las montañas. Tierras que por sus características topográficas son propensas a erosionarse y volverse infértiles y pobres para la producción de los alimentos básicos, lo que se tradujo en un deterioro de la alimentación y nutrición de los indígenas que aún es evidente hasta nuestros días. (6,9,22)

Actualmente en nuestro país, al igual que en otros países subdesarrollados, la agricultura representa la base económica de subsistencia, pues el 68.15% de nuestra población se dedica a la agricultura, pero la tenencia y uso de la tierra determina la buena o mala alimentación de sus pobladores. (5,9)

La tenencia de la tierra es un factor determinante en el problema de la desnutrición infantil, como lo demuestra el estudio hecho en el área rural del nordeste del Brasil, que demuestra una tendencia decreciente de casos de desnutrición a medida que aumenta el tamaño de la propiedad, pues en las familias sin tierras se presentan 67% de desnutridos contra el 25% de desnutridos en familias que tienen 50 o más hectáreas de terreno cultivable. (12)

En Guatemala la distribución de la tierra es de carácter desigual, en vista de que el 34.6% de la población posee tierras conformadas por el sistema minifundista (minifundio, es una

extensión de terreno menor de 10 manzanas) del total de tierras explotables y el 2.2% de la población posee el 67% de la tierra (2,9,20) de carácter latifundista (latifundio, extensión de terreno mayor de 64 manzanas).

Este problema de la concentración de la tierra en una minoría de la población aún vigente, ha creado en nuestra región el proceso denominado minifundio-latifundio, que conforma la estructura agraria que determina la producción del agro guatemalteco. (23)

En el minifundio, el problema radica en que una gran mayoría de la población tiene muy poca extensión de tierra o está desprovista de ella, como lo demuestra las últimas estadísticas en el área rural (73.8% de minifundistas, 16.5% de trabajadores agrícolas y 8% de trabajadores de unidades de tamaño familiar); estas microparcels son poco productivas, ya sea porque pertenecen a varias familias pobres o por su ubicación geográfica. Se caracterizan por ser tierras con malas condiciones topográficas (tierras empinadas y montañosas) que rápidamente se erosionan, lo que no permite una buena producción de alimentos, pues lo único que apenas producen son granos básicos (maíz y frijol) en baja cantidad, que muchas veces no logran satisfacer las demandas familiares y algunas veces se destinan al mercado para la compra de otros productos; ya sea para la producción o el consumo personal. (6,9,20,23,30)

Esto nos hace comprender, que el campesino (proletario agrícola) vive a base de una dieta pobre (maíz y frijol) que produce, lo que pone en evidencia una carencia de proteínas, grasas y otros elementos necesarios. (9)

De esta manera se confirma que la mayoría de problemas en una baja ingesta de nutrientes, se concentra principalmente en la población que produce sus propios alimentos.

Por otro lado, los enormes latifundios se encuentran en poder de pocas familias (2%) de la población que son fuertes económicamente, por lo que las trabajan con menor producción a su capacidad, con productos que van al mercado externo (algodón, café, tabaco, caña de azúcar, cardamomo y otros); éste sistema

funciona al complementarse con el sistema minifundista de donde llega la fuerza de trabajo, que hace producir a los propietarios terratenientes. (6,9,20)

Para tener datos reales que hagan más objetivo y convincente el análisis de la estructura agraria guatemalteca, damos a conocer los resultados de un estudio publicado recientemente (enero de 1986) realizado en la población de Río Hondo, Huehuetenango; en el cual se evidencia la forma inhumana en que "sobreviven" esos pobladores a las dramáticas consecuencias del problema del desequilibrio social, que afecta a nuestra población en general. Ellos son capaces de percibir que su situación económica cada día es más grave y dan a conocer las siguientes razones:

a) la tierra que poseen es insuficiente, b) los suelos se han empobrecido y en forma acelerada están siendo más improductivos, c) no tienen la capacidad económica para la compra de fertilizantes que mejoren la producción, d) no tienen orientación técnica para cultivar, utilizando tecnología inapropiada. De esta forma se puede deducir, que la población se encierra en un círculo vicioso, que no les permite ni producir los productos necesarios para satisfacer una dieta básica. (9)

Hay pues los datos suficientes que demuestran que la mala distribución de la tierra dependiente de nuestra estructura agraria (minifundio-latifundio) origina los cinturones de pobreza extrema en la mayoría de las regiones rurales de nuestro país, como consecuencia del sistema minifundista predominante. Este estado de pobreza en el campesino origina una condición social baja que se caracteriza por la ignorancia, el bajo nivel de escolaridad (analfabetismo) recursos económicos bajos, salarios bajos, aspectos que no le hacen factible la aplicación de una tecnología apropiada, ya que las labores agrícolas son realizadas en su mayoría con instrumentos rústicos: machete, azadón, macana y a veces un poco más moderna como lo es el uso de arado con bueyes. (6,23,35,47,50)

La aplicación de una tecnología agrícola atrasada contribuye a que el campesino del área rural no logre elevar la producción.

agrícola que le proporcione al menos los alimentos necesarios para cubrir los requerimientos nutricionales a base de una ingesta alimentaria básica (maíz, frijol, verdura, leche, huevos). Esta situación desencadena entonces el fenómeno de migración del campesino hacia las grandes áreas latifundistas, para vender su fuerza de trabajo a fin de obtener un ingreso económico, y que en realidad es bajo y no le permite comprar ni mejorar la disponibilidad de productos alimenticios para satisfacer una de las necesidades básicas de la sociedad como lo es la alimentación. (1.32.33.53)

En el fenómeno migratorio en nuestro país se ha calculado que 1.500.000 de trabajadores agrícolas y sus familias (o casi el 40% de la población rural de Guatemala) emigra del altiplano y del oriente a trabajar temporalmente en las fincas de la costa sur, lo que predispone a las familias a condiciones perjudiciales en cuanto a dieta y hacinamiento; provocando desnutrición infantil, como se demuestra por un estudio realizado en tres aldeas del oriente de Guatemala. En donde existe un mayor porcentaje de niños con desnutrición severa o moderada, cuando ha habido migraciones temporales de los padres. Esto es notorio al comparar los niveles de ingreso inferior, el 57.1% de los hijos de emigrantes estaban desnutridos, mientras que en el caso de los hijos de los no emigrantes era de 35.6%. (6.20.53)

Por lo tanto es claro que la pobre producción agrícola y los bajos salarios que devengan el campesino, al vender su fuerza de trabajo ha originado las precarias condiciones de pobreza en que vive; creando las condiciones propicias para mantener el alto número de casos de desnutrición infantil, como resultado de una mala disponibilidad y distribución de los elementos nutritivos básicos de una dieta adecuada.

El nivel de ingreso económico en la familia, tiene una gran influencia en la calidad y cantidad de alimentos que se ingieren; pues en el año 1988 por informes de SEGEPLAN, se consideraba como costo promedio de alimentación diaria Q.9.93 mientras que el salario promedio era de Q.5.63, lo cual marcaba un déficit económico que contribuía a la baja disponibilidad de alimentos.

lo cual favorecía el satisfacer los requerimientos calóricos de la dieta a base de cereales, raíces, tubérculos, azúcares, leguminosas; pero mientras el ingreso mejora, aumenta el consumo de origen animal. (2,50,54)

Hay un estudio realizado en La Colonia El Milagro en el período 1986-1987, que apoya la influencia que tiene el ingreso económico familiar en relación con la dieta; dicho estudio demuestra que en las familias de menor ingreso económico, disminuye el consumo de lácteos, raíces, tubérculos, maíz; mientras que en las familias de ingreso medio hay una tendencia relativamente mayor a mantener constante el consumo promedio de la mayoría de alimentos, siendo los cambios más significativos encontrados los siguientes: el incremento en el consumo de pan, frijol, derivados del maíz, azúcar, aumentando ligeramente el consumo de carnes, frutas y productos lácteos; finalmente en el grupo de familias de mayores ingresos se elevó el consumo promedio de frijol y de frutas, pan, azúcar, con aumento de consumo de carne, huevos, verduras y arroz.

El ingreso familiar nos da una idea del poder adquisitivo de las familias, y de su capacidad productiva; observándose en consecuencia que donde el dinero es limitado para la obtención de víveres, la población consume más alimentos ricos en carbohidratos, que alimentos de origen animal, vegetales y frutas debido a lo elevado de su precio. (1,4,5,13)

El nivel de ingresos económicos y su distribución equitativa entre los sectores de la población, representa un factor decisivo en la generación o solución de un determinado estado nutricional, ya que los niveles de vida dependen de los ingresos individuales. Pues en el grupo de ingresos más bajos, cuyos gastos en alimentos pueden exceder del 50% del total de aquellos, encontrándose que cualquier alza en la condición económica suele reflejarse en un incremento del consumo de alimentos. (18,53)

Resumiendo, podemos decir que el estado nutricional de la población se ve afectado por varios factores causales:

- a) Factores que afectan la disponibilidad de alimentos:
- Tenencia de la tierra.
 - Tecnología agrícola.
 - Almacenamiento
 - Procesamiento
 - Cultivos de exportación.
 - Política agraria (asistencia técnica y económica a la producción de alimentos).
- b) Factores que afectan la distribución y consumo de alimentos:
- Transporte, bodegas y mercado.
 - Acaparamiento, especulación (intermediarios, poder adquisitivo).
 - Estructura social.
 - Exportación-importación de alimentos.
 - Hábitos alimentarios.
 - Economía (nivel de ingresos).
 - Enajenación (sobre todo por la propaganda comercial).
 - Nivel de escolaridad.
- c) Factores que afectan la utilización biológica de alimentos:
- Enfermedades intercurrentes (sobre todo gastroenteritis, infecciones respiratorias, sarampión y tos ferina).
 - Parasitismo intestinal (sobre todo uncinariasis, ascariasis, giardiasis, amibiiasis).

Estos factores interrelacionados entre sí determinan la disponibilidad de alimentos, el consumo, la utilización y por supuesto el estado nutricional de nuestra niñez que es la más afectada. (19,26,36)

De mantenerse la actual estructura agraria basada en la coexistencia del latifundio que no se quiere hacer producir y el minifundio que ya no puede hacerse producir, y a la vez la mala distribución del presupuesto de la nación al concentrarse en una minoría de la población; significa mantener y asegurar los altos y vergonzosos índices de morbi-mortalidad desnutrición, desempleo e ignorancia.

D. ASPECTOS CULTURALES QUE INFLUYEN EN LA NUTRICION INFANTIL:

Antes de hacer un enfoque sobre los aspectos culturales que influyen en la nutrición materno-infantil, es necesario conceptualizar el término "cultura".

Definiciones:

"El hombre, visto en todo su proceso de desarrollo histórico, manifiesta un quehacer múltiples y complejo. Desde sus inicios tuvo que idear formas o procedimientos para satisfacer sus más elementales necesidades (alimentación y abrigo) y darle sentido a los fenómenos de la naturaleza generando así un cuerpo de creencias y costumbres, las que fue transmitiendo a las siguientes generaciones por medio del aprendizaje y la enseñanza. Toda esta experiencia del hombre, que le da pasado histórico y lo provee de un futuro es lo que se llama "cultural". (9,44,-56).

Por otro lado Edward B. Tylor, define como cultura al conjunto complejo que incluye conocimientos, creencias, arte, moral, ley, costumbres y otras capacidades y hábitos adquiridos por el hombre como miembro de la sociedad. (56)

Tulio Tentori la define, como el complejo de los modos de vida, de los usos, de las costumbres, de las estructuras y organizaciones familiares y sociales, de las creencias del espíritu, de los conocimientos y de las concepciones de valores que se encuentran en cada agregado social. (56)

Las formas o modos de vida no son estáticos sino que cambian en el transcurso del tiempo al existir influencias por el desarrollo socioeconómico y tecnológico de los pueblos las modalidades de producción, de organización y de vida que promueven, los medios de comunicación que permiten crear y desarrollar, imponiendo elementos de otras culturas que pueden tener una influencia positiva o negativa para la cultura propia de las distintas conformaciones sociales de los pueblos, siendo notorio que éstos valores son diariamente nutridos por la realidad socioeconómica que rige la vida colectiva. Constituyéndose de esa manera la cultura popular, en la que se conserva lo más valioso

del patrimonio del pueblo, y es la que se adapta con éxito a las transformaciones sociales. (44,56)

La cultura popular, está ligada a la tierra, al trabajo y al pueblo, en sus alegrías y tristezas, manifestadas a través de hábitos, creencias y modos de vida en general. (56)

Los hábitos dietéticos o patrones alimentarios reflejan la necesidad de alimentarse que tiene el hombre, hábitos que están condicionados a la cultura propia de su sociedad. La alimentación como complejo cultural está tan arraigada dentro de cada sociedad que puede identificarse a través de una serie de acciones o normas de conducta relacionadas con prácticas, rituales, creencias, tabúes, tradiciones, cuentos y en general todo un folklore que gira alrededor de alimento y las prácticas alimentarias. (9,52)

Como consecuencia de lo anterior, es importante mencionar que entre determinados rasgos culturales y la alimentación existe una interinfluencia marcada, citándose como ejemplos: alimento y salud, clases sociales, familia, trabajo, vida religiosa, cambio social, folklore, intercambio social, política y alimento, etc. (52), prácticamente en cada actividad de la vida humana, hay siempre un rasgo relacionado con el alimento.

Por lo que tiene una considerable importancia, el mencionar que en nuestra Guatemala existen creencias, prácticas y recursos médicos tradicionales que se relacionan con la alimentación materno-infantil; y que obviamente no quedan al margen de factores socioculturales de cada una de las múltiples comunidades (56). Y que poseen creencias y prácticas que por su influencia en el comportamiento del individuo, y que merecen estudiarse, analizarse, como paso importante para fomentar una transformación sociocultural a fin de modificar todas aquellas actividades que vayan en detrimento de la salud, no menospreciando el valor simbólico de los contextos culturales propios de cada miembro de la sociedad.

1. LOS MAYAS QUICHES, EL CUIDADO DEL NIÑO Y SU ALIMENTACION:

Algunos manuscritos antiguos nos han dejado información sobre patrones de crianza y alimentación del niño durante el período de la colonia; esta información son narraciones hechas por cronistas de la colonia, en las que se demuestra que el don de la fecundidad era altamente apreciado entre los antiguos Mayas y sus descendientes. Amaban estrañablemente a sus hijos y su advenimiento era motivo de gran felicidad. Eran "gente que deseaba muchos hijos" y la mujer que carecía de ellos, se los pedía a sus dioses con oraciones y dones; y en caso de ser estériles acudían a sacrificios y ofrendas para lograr la respuesta a sus peticiones. (9,52)

Llegado el momento del embarazo la madre se cuidaba mucho, sometíendosele a una dieta especial; y aunque continuaba realizando todos sus que haceres diarios, evitaba faenas tales como, el trabajo de campo. Al momento del parto, la familia acudía a los hechiceros, los cuales acostumbraban poner debajo de la cama de las futuras madres, un idolo de un demonio llamado Ixchel" que decían era la diosa de hacer criaturas".

Al nacer el niño era bañado a los cuatro o cinco días, después "echaban suertes para ver que día sería bueno para cortar el ombligo y hallado el día ponían la tripilla sobre una espiga o mazorca de maíz, y con una navaja que no haya sido usada, la cortaban y la navaja era hechada en una fuente como cosa bendita, la mazorca de maíz desgranábanla y sembrabanla si era tiempo y si no guardaban su grano para su tiempo y sembrándolo cultivavano como cosa sagrada y espigado y molido hacían de aquella harina las primeras papas que daban al niño (Ximénez). (52)

La mujer indígena era muy rica en leche y por lo tanto gran criadora, dando de mamar a sus niños desde el nacimiento y mamaban mucho porque nunca dejaban, dábanle el pecho aunque fueran de tres o cuatro años, de donde venía a haber entre ellos tanta gente de buenas fuerzas.

La abundante leche y el esquisito cuidado del niño por la madre, hacían que los niños mayas se desarrollaran nutricionalmente en forma satisfactoria. Tal estado nos lo describe (Landa 1,560) "criabanse los dos primeros años a maravilla lindos y gordos. Después con el continuo bañarlos las madres y los soles, se hacían morenos; pero eran todo el tiempo de la niñez bonitos y traviosos, que nunca paraban de andar con arcos y flechas, jugando unos con otros y así se criaban hasta que comenzaban a seguir el modo de vivir de los mancebos y tenerse en su manera en más, y dejar las cosas de niños". (30,52)

Entre los Mayas Yucatecos, no existía ningún ritual llegado el momento del destete, pero en los Mayas-Quichés, en esta etapa se hacían una gran fiesta en la que los padres convidaban a sus deudos y vecinos. Se hacía un sacrificio a los dioses, señalado para ese día y después le daban al niño "las primeras papas" preparadas con la harina del maíz que habían cosechado con los granos rituales del corte del ombligo (Ximénez 1,965), incorporándose desde ese momento a la dieta familiar. (52)

Estos datos históricos, nos confirman que en la época precolumbina, no existieron problemas nutricionales serios en el infante, pues tenían prácticas dietéticas adecuadas. Y si existieron problemas de desnutrición fueron en forma esporádica, como consecuencia de algunas crisis que pasaron por causa de pérdida de cosechas de maíz por sequías, heladas y plagas. (9,30)

2. LA CULTURA GUATEMALTECA ACTUAL Y LOS MODELOS DIETETICOS CONTEMPORANEOS:

Antes de considerar y hacer una descripción detallada de algunas creencias, costumbres y prácticas en relación con alimentación infantil, es importante aclarar algunos términos, que aunque son similares al conceptualizarlos, son distintos en su significado.

- Creencia: Expresión de lo que una persona da por cierto; ejemplo: La "mollera caída" es la causa de la diarrea del niño. (29)

- **Práctica:** Uso, costumbre, estilo; lo que se hace con frecuencia. (7,40)
- **Patrón alimentario:** Se refiere a costumbres establecidas de la comunidad que reflejan la forma en que su cultura traza la norma de conducta de los individuos del conjunto en relación con el alimento, de donde resulta que el conglomerado acaba por tener un patrón dietético común. (7,36,38) Por otro lado El National Reseach Council, define el término patrón alimentario como "la manera como el individuo o grupo de individuos selecciona, consume y utiliza los alimentos disponibles en respuesta a la presión sociocultural. (7)
- **Medicina Tradicional:** Según la O.M.S. es la suma de todos los conocimientos teóricos y prácticos, explicables o no, utilizados para el diagnóstico, prevención y supresión de trastornos físicos, mentales o sociales basados exclusivamente en la experiencia y la observación y transmitidos verbalmente o por escrito de una generación a otra. (56)
- **Etnomedicina:** Se define como la ciencia que estudia las creencias y prácticas de los grupos naturales. (9)

3. DIVISION DE LOS GRUPOS GUATEMALTECOS ATENDIENDO A SUS HABITOS ALIMENTARIOS:

Estudios realizados entre ellos los de Solien, muestran que los hábitos alimentarios en algunas comunidades de Guatemala han permanecido inalterados o muy poco modificados, mientras que otros han sido objeto de cambios muy marcados.

En su estudio la autora divide a los grupos así:

- a) Poblaciones rurales tradicionales.
- b) Poblaciones rurales con algunos cambios.
- c) Sector urbano pobre.

Más adelante se hará una descripción característica de cada uno de ellos en cuanto a prácticas positivas o negativas y en cuanto a patrones dietéticos.

Martínez y Moedano Navarro, considera tomar en cuenta el proceso de colonización y conquista, clasificando a los pueblos

mesoamericanos así:

- a) Comunidades Indígenas con elementos de cultura tradicional: sus cambios a lo largo de los años son poco perceptibles por ej: ciertas poblaciones del Departamento de Huehuetenango.
- b) Comunidades no Indígenas con elementos de cultura no tradicional: han sufrido algún grado de aculturación: es decir, han tomado elementos de los grupos que han emergido en el plano histórico con el carácter doméstico, por ej: Chanautla y Mixco, Municipios del Departamento de Guatemala.
- c) Comunidades no Indígenas con algunos elementos de cultura tradicional: por ejem: determinadas poblaciones del oriente de Guatemala, como Camotán y Jocotán, en el departamento de Chiquimula.
- d) Comunidades no Indígenas con o sin elementos de la cultura tradicional: por ej: población urbana de la república de Guatemala. (9,56)

4. EL SISTEMA CALIENTE-FRÍO EN LA CLASIFICACION DE LOS ALIMENTOS:

Hay estudios que se han realizado sobre este sistema, en los cuales se ha establecido que el sistema caliente-frío juega un importante papel en el proceso salud-enfermedad, pues incluye dentro de su contenido medicamentos y enfermedades siendo de importancia señalar que incide en forma directa en su diagnóstico, tratamiento y prevención.

A la vez, incluye la clasificación de los alimentos, por lo que merece analizarse, ya que tiene una marcada influencia en las costumbres y creencias en cuanto a patrones culturales de alimentación se refiere. (9,42)

Por lo que merece hacerse un cuidadoso detalle sobre algunos aspectos de éste sistema para poder comprenderlo.

Según resultados de investigaciones antropológicas se establece que el actual sistema caliente-frío, es el resultado de dos fuentes potenciales: la existencia prehispánica de un sistema

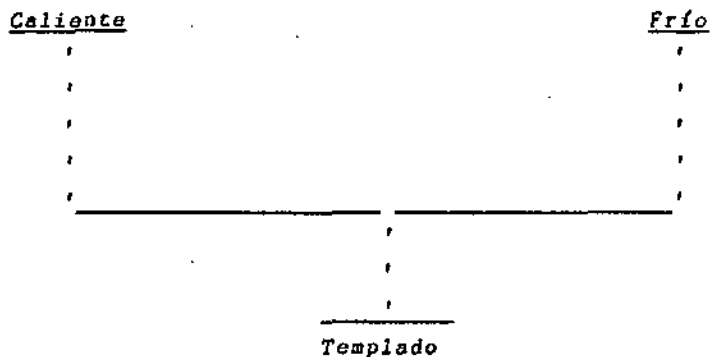
maya de (calor-frío) por lo menos en cuanto a plantas medicinales, y el sistema Greco-Romano hipocrático introducido por los médicos españoles en el siglo XVI y XVII, que implantó la teoría de que toda materia estaba compuesta de proporciones variantes de agua, tierra, aire y fuego; por eso, toda substancia poseía dos de las cuatro cualidades conocidas, es decir húmedo (agua) o seco (tierra) y frío (aire) o caliente (fuego) (Madsen 1,955) (42)

Helen Neuwswander, hizo un estudio entre los quichés de Joyabaj, detectando dos modelos que tratan de hacer una descripción sobre el estado normal del cuerpo y como mantenerlo sano, o como recuperar la salud en casos de enfermedad designando el Modelo I ("lo ideal") y el Modelo II ("lo real"). Ambos modelos funcionan simultáneamente dentro de un sistema complejo, de donde en cada uno de los alimentos juegan un papel importante.

a. Modelo I ("ideal"): equilibrio entre caliente y frío.

Según el Modelo I, el cuerpo sano y normal de un quiché debe encontrarse en un estado de equilibrio entre "caliente" y "frío". Se mantiene éste estado por medio del balanceo y contrabalanceo o equilibrio se pierde en caso de enfermedad y en los estados transitorios como (menstruación, embarazo y embriaguez) los cuales son clasificados como "caliente". En todos éstos casos, el cuerpo asume la cualidad del estado, o de la enfermedad y transfiere esta cualidad hasta la sangre (y a la leche de las mujeres lactantes). El cuerpo enfermo recupera su equilibrio por medio de las comidas, medicamentos y exposición a un medio ambiente que pertenece a la cualidad opuesta a la de la enfermedad, por ej: en el caso del "sarampión" que se clasifica como una enfermedad fría y húmeda, se receta: 1) tomar té caliente de hierbas como manzanilla, 2) evitar comer a la sombra y 3) taparse completamente mientras duerme, para

no permitir que el aire (frío) entre en el cuerpo por sus orejas, boca o nariz. Ver gráfica 1.



Gráfica 1. Estado corporal "ideal" y la dieta del Quiché con buena salud. Según el Modelo I (42).

b. Modelo II ("real"): el cuerpo caliente:

El punto de vista alternativo (Modelo II) se basa en el concepto de que el estado normal del cuerpo sano de un trabajador es caliente (no frío ni templado) y que se sostiene el calor deseado por medio de la ingestión de alimentos fundamentalmente calientes.

En contraste con lo "ideal" de mantener un balance entre caliente y frío en el cuerpo por medio de la combinación de cantidades apropiadas de alimentos calientes y fríos, lo que de veras come el (oriundo de Joyabaj) es una dieta fundamentalmente caliente. Los ingredientes básicos de esta dieta son: el "tasaquito/tortilla", su chile, (acompañante de la tortilla) y una bebida generalmente el café, todos clasificados como calientes.

Ellos consideran que los alimentos fríos son dañinos a la salud de un trabajador, por eso no se comen a la hora de comida sin combinarlos con algo caliente (caldo de gallina,

- a) Enfermedad natural y
- b) Enfermedad sobrenatural.

Estudios realizados en Guatemala han mostrado que el síndrome calor-frío desempeña un papel muy importante en el proceso salud-enfermedad. El sistema calor-frío, involucra alimentos, enfermedades y medicamentos. Por lo que en la explotación de cada una de las enfermedades, entra a tomar parte el síndrome caliente-frío, tal como la define Richard Adams, done define la enfermedad por medio de la siguiente fórmula:

Condición del cuerpo más elementos externo=enfermedad.

La condición del cuerpo, en este caso denominada condición interna (CI), se refiere al estado del cuerpo, frío o caliente.

Los elementos externos se denominan condición externa (CE), y se refiere al factor fuera del organismo que se presenta en un momento crítico para unirse con una (CI) determinada y producir la enfermedad fría-caliente; por ej: una mujer que ha planchado grandes cantidaes de ropa conserva las manos y el cuerpo "caliente" (CI "caliente"). Si se lava las manos con agua fría (CE fría) estando como calientes padecerá reumatismo (enfermedad fría).

El agente etiológico es el elemento externo de calidad fría.

Por lo tanto, la enfermedad resulta de la ruptura del equilibrio calor más frío. Según el agente etiológico, así será la enfermedad. (9.17.56)

Ahora haremos una descripción sobre la influencia del sistema caliente-frío sobre los alimentos en los quichés de Joyabaj. El apendice 2 clasifica los alimentos más comunes según sus características de caliente o frío.

Los parámetros principales empleados en la determinación de las cualidades de caliente y frío en los alimentos son los siguientes:

- Edad: Algunos alimentos como el -queso- intensifican el calor con el transcurso del tiempo, por ej: el queso recién hecho se clasifica como "fresco", pero ya seco se clasifica

"tibio/caliente".

El pollo es "menos caliente" que la gallina. El maíz fresco y tierno (elote es "frío", mientras que el maíz sazón cocido en cal y molido para tortilla, es "caliente".

- Sexo: La carne de gallina es "más caliente" que la de gallo, para otras carnes, el sexo del animal no afecta su cualidad de frío-caliente.
- Localidad: Alimentos que existen en el agua son "fríos" (paz y berro) como también los que crecen bajo la tierra (las papas, cebollas, zanshorias y remolacha).
Dicen que los plátanos y la caña de azúcar son calientes porque "crecen en tierra caliente".
- Color: Por lo general, los alimentos verdes (chile verde, repollo, ejotes, calabaza, etc). Se clasifican como fríos; los amarillos como "calientes". El maíz amarillo es más caliente que el blanco, aunque ambos son fríos cuando están tiernos (elotes) y ambos son calientes cuando están sazones en forma de tortillas; la yema de huevo y el plátano amarillo son calientes; los alimentos blancos tienden hacia el frío (clara de huevo, maíz blanco, azúcar blanca, frijoles blancos, sal, leche); y los alimentos rojos y negros se clasifican como calientes (azúcar morena/dulce, frijoles colorados, frijoles negros y chile rojo).
- Domesticación y dieta (de los animales). La carne de los animales domésticos (pollos, pavos, vacas, ovejas cabras) es caliente, mientras que la de los animales anteriormente salvajes (ardillas, conejos, marranos y aves) es fría.
- Sensación producida: las especies y bebidas que poseen un olor penetrante o sensación muy picante como (el ajo, café, licor, miel, cacao, chile seco y otros condimentos) se clasifican como calientes; la cebolla y el chiel verde son excepciones. Las cosas que son más blandas como el arroz y las pastas son "frías".
- Suculencia: la mayoría de frutas y verduras suculentas son frías, ej: chile verde (frío) chile desecado (caliente) y el elote (frío) el maíz sazón (caliente).

Las bebidas casi siempre consisten en café hervido con panela (ambos clasificados como calientes). Las bebidas frías (agua, limonada, atol) no se toman a la hora de comer. El alimento principal en la comida es la tortilla o tamalito (ambos calientes). Lo que acompaña a la tortilla también es "caliente": chile, montes o hierbas, los frijoles negros, el queso y el caldo de gallina o de res.

Aunque no lo parezca, los alimentos fríos, si tienen funciones importantes, pues además de servir de refacción y placer en el intermedio de las comidas, también se comen en las comidas en días de fiesta cuando el cuerpo está de descanso y no requiere fuerzas para trabajar (carne de marrano, pan de manteca, pacaya, pescado y berro).

Otra función importante de los ingredientes fríos es la de neutralizar los medicamentos ingeribles "calientes". (9,42)

Ver apéndice I para la clasificación de los alimentos.

5. ALIMENTOS DURANTE EL EMBARAZO:

Cualquier referencia a las costumbres en la crianza de los niños deberá comenzar, lógicamente con el cuidado prenatal. Por lo que es importante señalar algunos aspectos culturales sobre alimentación en el período del embarazo, en vista de que según algunos estudios efectuados, se enfatiza que cuando haya una mejor alimentación en el período prenatal, se procrearan niños con mejor peso al nacer y habrá un período de lactancia más largo. (8,9,11,51)

Hay un estudio realizado en Venezuela, el cual revela en relación a hábitos, creencias y costumbres en la alimentación durante el embarazo que un 95.77% de la población cree que durante éste período las comidas deben ser más alimenticias, e incluso un alto porcentaje opina que se debe comer por dos. (8)

Por otro lado en algunas comunidades guatemaltecas se dan ciertas restricciones alimenticias en la etapa del embarazo, dándose limitaciones en el consumo de caldos o sopas; pues creen

que éstos afectan al recién nacido, y al momento de nacer "sale flojo", mientras que si comen carne asada en gran cantidad el niño nacerá "macizo o fuerte". (8)

También se le recomienda a la mujer embarazada que consuma grandes cantidades de stote, cerveza, vino, dulce y huevos. Las razones que respalda esta recomendación son a veces referentes al crecimiento del niño, parece también que el comer huevos tiene un fundamento mágico, ya que el huevo es considerado cierto símbolo de fertilidad.

Además se cree que el consumo excesivo de algunos alimentos como frutas, puede producir consecuencias dañinas para el niño. (8,51)

Otro aspecto que ocupa gran importancia es el "antojo" que la embarazada puede tener de ingerir ciertos alimentos o determinadas sustancias, y se considera que de no satisfacerse tal deseo, puede ocurrir daños en el niño o incluso el aborto. A las mujeres de Santiago Chimaltenango (Huehuetenango) se les cuida del hábito de comer barro, que es considerado mortal. (9,39)

Lo anterior viene a confirmar que, de la buena o mala alimentación durante el embarazo, depende el peso al nacimiento del niño y la lactancia prolongada.

6. LACTANCIA Y DESTETE:

En cuanto a éstas prácticas alimenticias en el infante es importante mencionar que aún los pueblos mayas tomaban éstas prácticas como algo importante, ya que los niños desde el nacimiento eran amamantados al pecho materno hasta la edad de tres o cuatro años; el momento del destete era motivo de sacrificios y fiestas dando al niño "las primeras papas" preparadas con harina de maíz que habían cosechado con los granos rituales del corte del ombligo. (9,52)

Así, también en la mayor parte de los trópicos de las zonas de Africa; la prolongada alimentación al pecho hasta los dos años es una práctica benéfica. (33)

Por otro lado para la mayor parte de los lactantes de los países subdesarrollados de escasos recursos, la prolongación de la lactancia materna es indispensable para el crecimiento y la supervivencia; pues representa la única fuente proteínica que está a la disposición inmediata, es de buena calidad y contiene todos los aminoácidos (Berg 1,975). (9,30,37)

Al momento de nacer el niño, es puesto al pecho, lo que es muy variable en los distintos grupos indígenas más tradicionalmente de nuestro país; iniciándose la lactancia materna inmediatamente después del nacimiento. Pero en la mayoría de grupos indígenas, unas horas después del nacimiento se considera el momento adecuado. (30,40,51)

En cuanto al calostro, la forma de darlo al niño es variable en algunos sectores de nuestra población, pues consideran que no es conveniente darlo; y mientras está presente no permiten que el niño tome el pecho, por consiguiente otra mujer que está lactando es la encargada de alimentar al recién nacido hasta al momento que ya tenga leche.

La variabilidad en cuanto a dar el calostro, fue comprobado por una encuesta hecha en Santa María Cauque, en donde al preguntárseles sobre el uso del calostro; 18 madres indicaron que les dan el calostro durante la primera noche de vida, de ellas 13 dijeron que les cae muy bien porque quedan satisfechos, y las otras 5 manifestaron que la succión de los niños favorece el flujo de la verdadera leche. Por el contrario 7 señoras señalaron, que no les dan el calostro porque éste les produce asientos. (14,30,40)

Pero en los grupos rurales no indígenas de Guatemala, establecen que del nacimiento al tercero o cuarto día algunos recién nacidos, reciben unas cucharaditas de agua azucarada, pues consideran al calostro no adecuado para su consumo. La práctica de suministrar un laxante es casi universal, pues consideran que los niños nacen con parásitos, los que sino se expulsan pueden causarle la muerte. (16,30,40)

La lactancia materna puede ser considerada como el ideal, llena los requerimientos del niño en forma que puede decirse,

es completa en los primeros cuatro a seis meses de vida.

Sin embargo, el tiempo que dura la lactancia materna, el momento para proporcionar la suplementación de alimentos o efectuar el destete es muy variable.

Tenemos el caso de lo que sucede en una población de Sololá (San Pedro, La Laguna), aquí se le da de mamar al niño hasta que tiene la edad de un año y medio o dos años, o hasta que la madre está avanzada en un nuevo embarazo.

En los grupos de condición socio-económica alta en Guatemala, la lactancia materna ocasionalmente sobrepasa los cuatro meses de edad. (30,40)

Cuando la mujer está embarazada se considera que el pecho es del niño que viene y que la leche es dañina para el lactante. Si la madre no resulta embarazada de nuevo, el último hijo puede mamar varios años, a veces hasta los 5 años de edad. En general, el destete no es difícil, pero en los pocos casos en que el niño se resiste, la madre lo puede mandar con sus padres (abuelos) unos días, o ponerse un limón, chile o heches de gallina en los senos para hacerlos desagradables al niño. A ésta edad el niño comienza a dormir con otros miembros de la familia y si llora de noche a veces se le da biberón. La mayoría de los niños aprenden a comer alimentos antes del destete como: avena, incaparina, caldo de frijoles.

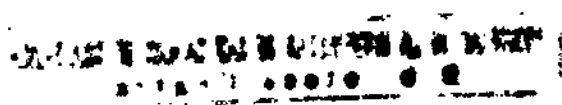
En Santa María Cauqué, la suplementación comienza entre los dos a seis meses, con la administración de caldos y atoles de bajo valor nutritivo; y la introducción de alimentos más sólidos como tortillas, frijoles y vegetales se hace al final del primer año. (14,30,37,51)

Para tener una información completa sobre el estudio de éstas prácticas alimentarias, Solien hace un enfoque global de las comunidades de Guatemala, en la forma siguiente:

a) Poblaciones Rurales Tradicionales.

Prácticas positivas:

1. Colocar al niño al seno materno, pocas horas después del nacimiento, lo cual permite que el niño reciba el calostro.



2. Dar el pecho cuantas veces llora el niño.
 3. Observar un período de lactancia no menor de 18 meses, algunas veces de 2 años y medio, hasta un nuevo embarazo.
- Prácticas negativas:

1. Dar tardíamente alimentos suplementarios.
2. Contar con una variedad y cantidad de alimentos muy restringida (tortilla-café).

b) Poblaciones Rurales con algunos cambios.

El niño no es colocado al seno materno hasta el tercer o cuarto día de la vida. La madre argumenta que la leche está muy rala y que no sirve para nada.

En el transcurso de éste período el niño es alimentado por otra mujer lactante, prácticamente no reciben calostro. En cuanto al tiempo de suplementación alimentaria es casi similar a la descrita anteriormente.

c) Poblaciones Urbanas Pobres.

Prácticas positivas:

La suplementación del alimento es un poco temprana, aproximadamente a los 6 meses se le proporciona principalmente: tortilla, pan, güisquil, güicoy, café y leche.

Prácticas negativas:

1. El recién nacido no recibe ningún tipo de leche, sosteniéndose únicamente con agua azucarada hasta que a la madre le baja la leche. Se cree que la sustancia previa (calostro) no sirve para alimentar al niño.
2. El período de la lactancia materna no vá más allá de 6 meses. Después se le proporciona leche de vaca diluida en vista que es "muy fuerte" y produce diarrea. (40,56)

Dentro de los estudios que apoyan los datos anteriores

está el de Chávez (julio-agosto) de 1986, realizado en 20 madres de ciudad Satelite Mixco, el cual se relaciona con creencias y actitudes de alimentación del niño de 1-4 años, el cual evidencia la prevalencia de creencias y prácticas negativas en cuanto a alimentación infantil sobre las positivas, como resultado de la influencia cultural; pero dado que éste estudio fue realizado en el perímetro urbano de Guatemala, merece investigarse en el sector rural. (9)

Dada la importancia que representa la lactancia materna, para la alimentación del niño, conviene hacer un pequeño análisis sobre las causas que influyen en su abandono, ya que en nuestro país, la privación de esta forma de alimentación representa, un deterioro en la salud infantil; aumentando con ello la morbi-mortalidad infantil, por desnutrición y frecuencia hospitalizaciones. (40)

El abandono de la lactancia materna o el acortamiento de la misma es un fenómeno principalmente urbano y se presenta como resultante de varios factores. El patrón rural urbano es uniforme en los países pobres; citándose como ej: Guatemala en donde el 98% de los bebés indígenas rurales continúan lactando después de su primer año de vida, en comparación con el 57% de los niños de la ciudad. (25,30)

Así mismo algunos estudios, están de acuerdo, en que la urbanización y la modernización; que no siempre son sinónimos de pleno desarrollo, tienen significativa influencia en los cambios culturales que han afectado la práctica alimenticia de la lactancia natural. (9,30,40)

Por otro lado, los cambios en las figuras de los pechos la promoción de alimentos procesados a través de los medios publicitarios, uso de biberones con leches artificiales preparadas; son algunos de los factores que determinan la omisión o disminución en la duración de la lactancia materna, tanto en el área rural como urbana. (11,30)

En cuanto al sistema calor-frío, las madres no proporcionan lactancia natural, en caso de frío, gripe, o después de estar expuestas a situaciones "calientes". Incluso en caso de enojo

o cólera se omite la lactancia materna. (42)

Por lo que, la práctica de la lactancia natural se ve influenciada por factores socio-económicos, aunque los factores culturales son fundamentales en la estabilidad de esta práctica alimentaria; para lo cual el personal en salud juega un papel muy importante en conocer la verdadera naturaleza de las creencias y prácticas alimentarias en la nutrición infantil (lactancia y suplementación) a fin de promover éstas prácticas en forma adecuada, sin ocasionar daños a la salud infantil, y a la vez no creando un ambiente de choque cultural para las madres en cuanto a patrones de alimentación. (9,30)

7. PATRONES DIETETICOS TRADICIONALES EN NIÑOS Y ADULTOS Y SU INFLUENCIA EN EL ESTADO NUTRICIONAL:

Los patrones de alimentación en el niño y adulto, tienen una interrelación marcada y sufren algunas modificaciones, debido a factores tales como: socio-económicos y obviamente culturales, lo cual tiene una fuerte influencia en la nutrición infantil, por lo que merece estudiarse desde el punto de vista cultural. (7,30,47)

En la mayoría de los niños que nacen en las condiciones sociales más pobres, la nutrición se basa en lo que toman al pecho, consumiendo alimentos en lo necesario, para llenar los requerimientos durante los primeros 6 meses. (9,11,35)

La información anterior es poco conocida por las madres asociado a la interrupción precoz o tardía de la lactancia materna, sin suplementación, lo cual representa una etapa decisiva en el crecimiento del niño, ya que plantea la necesidad de auxiliarse de otro tipo de alimentos, que en su mayoría son sustitutos insuficientes. (9,35,40)

A partir del momento en que se emplean otros alimentos como sustitutos de la lactancia materna, da inicio el proceso progresivo que conlleva a la desnutrición más frecuente en las áreas subdesarrolladas, llamada "desnutrición de destete". Pues al haber deficiencias en la proporción de los requerimientos

nutricionales en forma inadecuada se afecta el crecimiento, desarrollo y a la vez el metabolismo del niño.

Por otro lado, según datos de nuestro medio, las madres tienden a proporcionar alimentación suplementaria de manera ineficiente, pues lo hacen tardíamente; ya cuando el niño se adapta al modelo de dieta del adulto, cuando ya ha perdido el hambre, sin pedir alimento. (9,51)

Por medio de encuestas dietéticas al nivel familiar en diferentes comunidades de Guatemala, se ha determinado que el consumo de productos animales es muy limitado, lo que constituye una parte muy pequeña y poco frecuente en la dieta regular, debido a su alto costo y poca disponibilidad; esto es corroborado por estudios hechos en tres pueblos rurales del altiplano y cuatro pueblos rurales del oriente (El Progreso) guatemalteco, que muestra una dieta inadecuada en proteínas para los niños entre uno y dos años. (30,39)

Los datos antes descritos han permitido crear un patrón dietético para las comunidades indígenas rurales, siendo el maíz el principal alimento considerado como "super alimento cultural", pues representa la fuente principal de proteínas y otros nutrientes; ya que proporciona el 70 al 80% de las calorías, así como del 60 al 70% de las proteínas que se consumen en forma de tortillas preparadas a base de maíz cocido con cal, que proporciona el 80% del calcio necesario, además hierro y algunos elementos del complejo B. Esta dieta es complementada con el consumo de leguminosas (frijol negro), diversos vegetales que son fuente de vitamina C. Los productos animales son muy poco consumidos y el uso de grasas es muy limitado, además se consumen bebidas en las cuales el maíz es el principal ingrediente preparado como atol, y café endulzado con azúcar no refinada. (30,33,51)

Ahora analizaremos algunos patrones de dieta entre niños y adultos, que son determinados por factores culturales que están muy interrelacionados, por lo que no se puede hacer un estudio por separado.

Dentro del patrón dietético general donde el principal

alimento es el maíz, es importante considerar las principales diferencias puestas sobre los niños y recién nacidos, siendo las siguientes:

Durante el primer año de vida, la leche materna constituye la principal fuente de elementos nutritivos, pues se mantiene la creencia por un amplio sector de la población que es el único alimento necesario para el niño; aunque se introducen progresivamente otros alimentos, solo se administran en pequeñas cantidades y no contribuyen a la nutrición del niño. Esto es evidente por un estudio hecho en cuatro aldeas de El Progreso, en donde a la edad de 5 a 6 meses al comenzarle a salir los dientes al niño, se le da arroz y atoles de maizena y harina; formalizándose la alimentación a los 6 meses de edad. (39,40,51)

Al final del primer año y durante el destete se inicia la administración de pequeñas cantidades de alimentos poco nutritivos, los cuales son preparados en base a las siguientes características: consistencia, textura, ideas acerca de su digestibilidad; entre éstos se acostumbra dar diferentes almidones, caldo de frijoles o agua en la que se ha cocido el frijol o maíz son usuales, ya que en vez de dar alimentos sólidos prefieren los alimentos líquidos o blandos. Cuando se dispone de pan se ofrece remojado en café, el uso de tortillas es limitado, al haber leche y huevos se dan en poca cantidad y la carne no es consumida.

Es obvio que la selección es un fenómeno en gran parte cultural, y el valor nutritivo de los alimentos que se introducen en la dieta es desconocido. Frecuentemente el criterio más importante, es el de usar los alimentos que se consideran "menos dañinos". En relación a esto, algunos estudios, señalan que la introducción tardía de los alimentos está asociada a un fenómeno cultural, llamado "el miedo al alimento", que es común en las áreas rurales. Este fenómeno consiste en que las madres creen que los alimentos tienen más efectos negativos que positivos, pues relacionan al alimento con el origen de las enfermedades. Esto hace que inicien la suplementación alimenticia con cierto temor y tratan después de ir disminuyendo

las cantidades. Por lo general, la madre atribuye el efecto negativo de algún alimento por la forma en que fue suministrado; acusando a algunos alimentos éstos efectos, tales como; las frutas, verduras, la carne y los huevos.

Este problema sucede como causa de que las madres ignoran la teoría bacteriana de los alimentos, por lo que desconocen si hay o no una relación directa entre el consumo de alimentos y la aparición de enfermedades, más bien esto se atribuye a las condiciones de preparación, de conservación y de consumo. (27.30.51)

En general, la cantidad de alimentos que se da al niño después del destete es proporcionalmente inferior al que deberían ingerir, si los alimentos totales consumidos por la familia fueran compartidos de acuerdo a las necesidades nutricionales de todos los miembros, así mismo influyen otros factores tales como: la falta de demanda del niño por la adaptación a la pobreza del hogar y la dieta, manifestada como falta de apetito. En otras poblaciones, la madre nunca toma la iniciativa de proporcionar alimentos sino que solo responde a la demanda del niño, lo cual sucede hasta que comprende el concepto del alimento; por lo que hasta edades tardías empiezan a pedir alimentos.

Estos factores contribuyen a que los niños sufran no solo una mayor restricción alimenticia que la que sufre el resto de la familia, en cuanto a alimentos como frijoles y carne. Sino que también se restringue la ingestión de calorías, solo cuando los niños llegan a la edad de 3 ó 4 años, comienzan a compartir más equitativamente los nutrientes. (9.30)

En cuanto a la dieta habitual, en general las comunidades ladinas pobres siguen el mismo patrón de las poblaciones indígenas, siendo algunas de las diferencias las siguientes: tendencia a emplear mayores cantidades de grasa en la preparación de las comidas; así mismo se emplea azúcar blanca refinada en lugar de la parda que usan los indios, también prefieren el maíz blanco al amarillo. En cuanto a la alimentación de niños y recién nacidos, por lo general abandonan más temprano la leche materna y aceptan con más facilidad la leche de vaca, como alimento

ideal para el niño. Los ladinos prefieren los alimentos preparados para los niños pequeños, los cuales son seleccionados por su consistencia física y siguiendo creencias en cuanto a tolerancia, sin tomar en cuenta su valor nutritivo (30.51); siendo los factores culturales los que juegan un papel fundamental en este tipo de situaciones.

En relación al niño de edad baja, es reconocible la necesidad de alimentos preparados, haciendo la selección de los mismos en base a criterios culturales, desconociéndose su valor nutritivo. Por ej: se supone que los atoles, diferentes almidones y pastas de harina son muy adecuados para el estomago del niño; también en esta selección influye el sistema calor-frío. Lo cual ocurre también en los grupos indígenas; otro sistema poco estudiado es el sistema denominado fuerte-debil, pues por ej: la leche de vaca es considerada "fuerte" diluyéndose para evitar que produzca indigestión, lo cual viene a reducir la cantidad de nutrientes que ingiere el niño. (30)

Lo anterior permite corroborar, que los criterios de selección de los alimentos en la niñez son similares a la de los adultos, existiendo siempre algunos cambios y variando de una a otra comunidad. Por ej: en Sololá existe una diferencia entre lo que es comida y lo que es alimento. Como alimentos son considerados los que tienen contenidos vitamínicos, tales como: el pan, el caldo de gallina, los huevos, los fideos, etc. Las frutas son consideradas alimentos no nutritivos, sino que entran en el grupo de las golosinas por lo que no se suministran al niño. (9.56)

Entre los indígenas de Chichicastenango, se divide el campo de lo "que se come" en tres categorías: 1) lo que se come en la comida, 2) lo que se come en la refacción, y 3) lo que "se come nada más". La primera categoría ("comida") es la principal y cumple la función de llenar el estómago y proveer fuerza y se come a la hora de las comidas.

Siendo el principal alimento de esta categoría, la tortilla o tamalito de masa de maíz, pues representa "la verdadera comida" y los acompañantes más populares son: el chile, las hierbas

(acelga, espinaca) frijoles, queso y caldo de frijoles, papas, arroz, constituyen los otros acompañantes.

Los quichés comen carne solo cuando la pueden conseguir en los días de mercado (domingo y jueves) aún cuando la clasifican como un acompañante favorito. El poco consumo de carne se debe al precio elevado y a la falta de refrigeración. Los mariscos como pescado, cangrejo, almeja y camarones, que son parte de esta categoría, solo se comen como tradición en días de la "semana santa", pues se consideran bocados exquisitos; ocurriendo lo mismo con los huevos, consumidos por lo regular en estas fechas. Pues durante el resto del año las familias que tienen gallinas venden los huevos de preferencia por no comerlos. La bebida que acompaña a ésta categoría es el café y atol de masa de maíz cocido.

En lo que respecta a la segunda categoría, lo que se come como "refacción" entre comidas a una hora planeada, por lo regular (mañana y tarde) y que tiene la función de satisfacer la sed. Por lo que su principal elemento es una bebida (café o atol), añadiendo a la vez también un compañero entre ellos: el pan, la tortilla o tamalito de masa de maíz.

La tercera categoría "lo que se come nada más", cumple la función de solo dar gusto, pues (no alimentan ni refrescan, ni tiene hora planeada para su consumo), solo satisface deseos pasajeros. El componente principal son las frutas. (28).

También hay un estudio hecho en cuatro comunidades de El Progreso (oriente), donde el patrón alimentario común es el siguiente: siendo la dieta tradicional conformada por el maíz en forma de tortillas, atoles, elotes y tamales y el frijol; los cuales forman parte del patrón alimentario general y habitual, por lo que no pueden faltar en la dieta diaria, pues se cree que complementan a otros alimentos. Como bebida usan el café endulzado con panela o azúcar, es considerado como alimento.

Los atoles gozan de gran aceptación, siendo elaborados a base de maíz, yuquilla, maizena; pues se les atribuye cualidades alimenticias importantes, al igual que a los caldos (caldo

de gallina, y el de res con verduras). Estos se toman cuando se está enfermo o para obtener energías por exceso de trabajo.

Por otro lado hay alimentos altamente valorados, y a pesar de reconocerse sus cualidades nutritivas, no se consumen porque no se producen en la comunidad, porque son de difícil obtención y porque a veces es mejor venderlos y comprar otros productos que representan un mayor volumen para la alimentación de la familia. Esto sucede con las gallinas, los huevos, la leche y sus derivados.

Por medio de éste estudio se encontró que también ellos tienen una clasificación de alimentos así: alimentos que sustentan o que quitan el hambre (tortillas, frijoles); los que alimentan (huevos, leche y algunas verduras) y los que fortifican (como los caldos y la carne). Además a los frijoles se les atribuye diferentes características como: que sustentan, que alimentan y fortifican.

Hay también alimentos que se consumen por su buen sabor (carne de puerco), otros como propios para determinadas ceremonias; los tamales, el café con pan, "guisos", etc.

Las carnes solo se consumen los días de mercado (domingo y jueves), esta costumbre proviene de formas tradicionales de venta, de sacrificio de animales y porque es cuando se cuenta con más recursos económicos.

Las frutas y verduras no forman parte del patrón alimentario permanente, sino que se comen ocasionalmente como un "gusto" o "antojo". (39)

Estos patrones tienen mucha similitud con el sistema caliente-frío de los quichés de Joyabaj, en relación a clasificación de alimentos.

A este respecto se hace necesario estudiar las creencias y costumbres de otras poblaciones, para establecer variantes y generalidades en los diferentes grupos que componen la estructura social de Guatemala. (56)

Bajo ciertas circunstancias, tales como el parasitismo intestinal, los patrones dietéticos sufren ciertas modificaciones en la mayoría de grupos rurales y urbanos.

Existiendo la creencia de que la mayoría de alimentos de origen animal (carnes, leche) producen un estado denominado "alboroto de lombrices", pues en el lactante se cree que al principio tiene "lombrices de leche", después se forman "las de carne". (27.55), considerándose éste alboroto de lombrices como una enfermedad.

Otras actitudes no menos importante es el hecho de las modificaciones que sufren los patrones dietéticos en caso de enfermedad. En Santa María Cauqué por ej: cuando existe la más mínima manifestación de enfermedad, la mayor parte de los alimentos de la dieta con restringidos; pues la diarrea, la fiebre, los vómitos y la anorexia no son considerados como síntomas, sino como enfermedades, siendo aquí en donde son eliminados los alimentos de origen proteico. Alimentándolos únicamente con un atole hecho a base de maizena o simplemente el agua en donde se ha cocido el maíz o frijol. (16,27.30) lo que viene a repercutir en el mal estado nutricional del niño.

Es evidente entonces que las restricciones dietéticas en caso de enfermedad y el uso de purgantes, como medida terapéutica popular, es común en todos los grupos y sectores sociales de Guatemala.

Al avanzar éste tipo de prácticas dietéticas, el niño se va desnutriendo, sin que la madre reconozca este hecho; pues no tienen puntos de referencia y debido a que los demás niños les sucede lo mismo en la comunidad, creen que el cuadro es normal. (27)

La información anterior enfatiza, que es muy importante el conocer nuestros patrones culturales, los cuales no deben evadirse; sino más bien respetarse e inculcarse en el personal de salud, a fin de lograr un servicio más eficaz y acorde a las necesidades propias de cada comunidad.

Así mismo es importante comprender la verdadera naturaleza de las creencias que gobiernan las prácticas alimentarias actuales, a fin de modificar el comportamiento tradicional y sustituir los hábitos malos por los buenos. Y a la vez planificar estrategias eficaces que contribuyan a modificar los modos de vida.

(45.51)

APENDICE 1: La clasificación de caliente-frío de los alimentos.

ALIMENTO	CA- LIEN- TE.	FRIO	ALIMENTO	CA- LIEN- TE.	FRIO
Tortillas	x		Atoles de maíz		x
Tamalitos	x		Limonadas, juegos		x
Frutas para la hora de comida:			Leche (de vaca, de cabra, humana)		x
			Agua fría		x
			Agua tibia		x
Naranjas	x		Caliente	x	x
Plátanos	x		Licor o bebidas alcohólicas	x	
Frutas no para hora de comer:			Caña de azúcar	x	
			Miel	x	
Banano		x	Condiciones que modifican las - calidades de ca- liente-frío.		
Durazno		x	Azúcar		x
Lima dulce		x	Azúcar morena	x	
Limón		x	Sal		x
Sandía		x			
Manzana		x			
Piña		x			

VI. METODOLOGIA

A. TIPO DE ESTUDIO:

Descriptivo-Prospectivo.

B. SELECCION DEL SUJETO DE ESTUDIO:

El sujeto de estudio está constituido por las madres de familia con hijos de 0-5 años que residen en las aldeas: El Remolino, Los Palmares, El Milagro y El Arco.

Las madres fueron seleccionadas tomando en cuenta que, ellas están el mayor tiempo en contacto directo con sus hijos, y por lo tanto conocen y llevan a la práctica costumbres, creencias y prácticas en la alimentación del niño.

C. TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Para tomar una muestra representativa se decidió pasar una encuesta en las aldeas: Los Palmares, El Remolino, El Milagro y El Arco, del Municipio de Teculután. Siendo los resultados los siguientes: Un total de 27 madres con niños de 0-5 años en la aldea El Milagro, 28 madres en la aldea El Remolino, 36 madres en la Aldea Los Palmares y 41 madres en la aldea El Arco; dando un total de población a estudiar en las cuatro aldeas de 132 madres.

En base a éstos resultados se seleccionó por el procedimiento aleatorio (al azar) a 25 madres (60%) de la aldea El Arco, a 25 madres (60.94%) de la Aldea Los Palmares, 25 madres (89.3%) de la Aldea El Remolino y a 25 madres (92.6%) de la aldea El Milagro, obteniéndose una muestra total de 100 madres.

D. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION:

1. INCLUSION.

Características de los sujetos:

- a. Ser madres de familia con niños de 0-5 años.
- b. Ser residentes en las comunidades a investigar.
- c. Ser madres entre 15-45 años de edad.

2. EXCLUSION.

- a. Madres con hijos mayores de 5 años.
- b. Ser residentes de otro lugar (emigrantes)
- c. Madres menores de 15 años o mayores de 45 años.

C. VARIABLES A ESTUDIAR:

1. CREENCIA.

- a. Positiva.
- b. Negativa.
- c. Inocua.

2. PRACTICA.

- a. Positiva
- b. Negativa
- c. Inocua.

3. PATRON ALIMENTARIO.

- a. Costumbres buenas.
- b. Costumbres malas.
- c. Costumbres sin importancia.
- d. Costumbres dudosas (ver anexo II).

F. RECURSOS:

1. MATERIALES.

- a. Económicos:
 - i. Viajes a las cuatro aldeas seleccionadas del municipio de Teculután.
 - ii. Gastos en alimentación y hospedaje, durante el tiempo que duró la investigación.

2. **FISICOS:** Lápiz, lapicero, cuaderno de apuntes, máquina de escribir, hojas de papel bond, boletas de entrevista, fotocopidora.
3. **BIBLIOGRAFICOS:**
 - i. Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas.
 - ii. Biblioteca del Centro de Estudio Folklóricos (CEPOL).
 - iii. Biblioteca del INCAP.
 - iv. Biblioteca de la Dirección General de Servicios de Salud.
 - v. Biblioteca de SEGEPLAN.
4. **HUMANOS:**

El estudiante investigador.

G. METODO UTILIZADO:

Para la ejecución del presente estudio se hizo uso del Método Etnográfico de Recolección de datos, el cual consiste en un conjunto de técnicas características del trabajo de campo antropológico, destacando: la observación, conversaciones informales y entrevistas dirigidas.

1. OBSERVACION PARTICIPATIVA.

En este método el observador (investigador) participa en la vida diaria de las personas que estudia, observando lo que pasa, escuchando lo que se dice, preguntando, participando durante un período de tiempo.

2. OBSERVACION (DIRECTA):

Observar implica examinar, con todos los sentidos, un objeto, una o varias personas, un evento social, una actividad, etc. con el propósito de describirlo. La observación proporciona información no verbal sobre lo que en realidad está ocurriendo.

3. CONVERSACIONES INFORMALES:

El investigador aprovecha cualquier oportunidad para conversar informalmente (en forma no planificada) con alguna persona o pequeños grupos de personas sobre temas de interés al estudio.

4. ENTREVISTAS DIRIGIDAS:

Son entrevistas con informantes seleccionados. Se hacen preguntas abiertas sobre temas de interés. El investigador sigue un esquema general, pero puede ir incorporando temas adicionales conforme éstos surgen.

H. INSTRUMENTOS DE MEDICION DE LAS VARIABLES:

A. CREENCIA.

1. DEFINICION CONCEPTUAL.

Expresión de lo que una persona da por cierto (29).

2. DEFINICION OPERACIONAL.

Conocimiento empírico que se expresa en ese momento sobre alimentación del niño.

3. INSTRUMENTO

- a. Guías de entrevista (ver formulario No. III)
- b. Conversación informal.

4. ESCALA.

- a. Positiva
- b. Negativa
- c. Inocua (ver anexo I).

B. PRACTICA.

1. DEFINICION CONCEPTUAL.

Uso, costumbres, estilo; lo que se hace con frecuencia. (7,40)

2. DEFINICION OPERACIONAL.

Todo lo que haga la madre al alimentar a su hijo.

3. INSTRUMENTO.

- a. Guías de entrevista (ver formulario No. III).
- b. Observación.
- c. Conversación Informal.

6. **ESCALA.**
 - a. Positiva
 - b. Negativa
 - c. Inocua (ver anexo I).

C. PATRON ALIMENTARIO.

1. DEFINICION CONCEPTUAL.

Es la manera como el individuo o grupo de individuos selecciona, consume y utiliza los alimentos disponibles en respuesta a la presión sociocultural. (7)

2. DEFINICION OPERACIONAL.

✓ La forma como se consumen los alimentos en respuesta a las costumbres y prácticas ya establecidas.

3. INSTRUMENTO.

- a. Guía de entrevista (ver formulario No. II)
- b. Conversación informal.

4. ESCALA.

- a. Costumbres buenas.
- b. Costumbres malas.
- c. Costumbres sin importancia
- d. Costumbres dudosas (ver anexo II).

I. EJECUCION DE LA INVESTIGACION.

El presente estudio fue llevado a cabo por el investigador (estudiante), quién permaneció inmerso dentro de las comunidades durante el período que duró la investigación.

Para la ejecución de la investigación se entrevistó por medio de una guía de entrevista (ver anexo No. III) a cien madres de las aldeas: Los Palmares, El Remolino, El Arco y El Milagro, del Municipio de Teculután; tomándose en cuenta aquellas con niños de cero a cinco años y de acuerdo a la metodología descrita.

El estudio se realizó durante el período del 15 de agosto al 31 de septiembre del año 1992. Tomándose en consideración los siguientes aspectos:

A. PREPARACION DE LA COMUNIDAD:

Para ello se llevaron a cabo una serie de medidas que consistieron en viajes a las comunidades durante el mes de julio, teniendo como objeto al realizar un censo para determinar la cantidad de niños menores de cinco años existentes en las comunidades en estudio, y a la vez para darse a conocer con los alcaldes auxiliares y madres de familia, tomando de esta forma la confianza de las comunidades.

B. ETAPA DE RECOLECCION DE DATOS:

Período de gran interés para el investigador, se realizó durante la 2da. semana de agosto a la 4ta. semana de septiembre del año 1992. Dicha etapa se efectuó en 2 fases:

1. PRIMERO:

Se realizó una prueba piloto para validar el instrumento a utilizar, habiéndose efectuado una entrevista dirigida por una encuesta a una cantidad determinada de madres de cada comunidad visitada, con la finalidad de conocer las dificultades de interpretación de las preguntas de la guía de entrevista, para hacer las correcciones respectivas.

2. SEGUNDO:

Se realizaron entrevistas domiciliarias tomadas al azar; las cuales sirvieron para recoger datos familiares por medio de una guía de entrevista, obteniéndose de esta forma información acerca de las creencias, prácticas y patrones alimentarios del niño, la entrevista fue elaborada en tal virtud que la madre

no estuviera influenciada por el tipo de pregunta. Fue necesario formular las preguntas de diversas maneras, hasta que comprendieran ampliamente lo que se cuestionaba. Se realizaron además preguntas auxiliares cuando se deseaba profundizar en las respuestas proporcionadas.

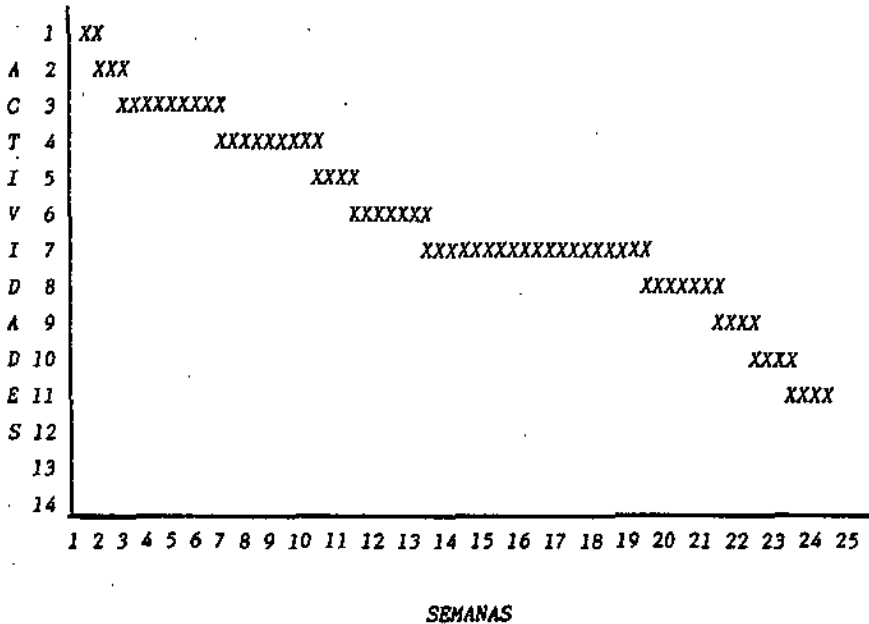
Durante el desarrollo de las visitas domiciliarias se tuvo el cuidado de ir acompañado siempre por una persona de la comunidad (alcalde auxiliar) a fin de que hubiere más confianza por parte de las madres en responder las preguntas.

3. REGISTRO DE LA INFORMACION:

Para ello unicamente se evaluaron a dos madres cada día y a veces tres madres, para así evitar confusiones con la recolección de la información. Las observaciones directas e indirectas, conversaciones informales y entrevistas dirigidas; fueron escritas en el cuaderno de diario de campo, en forma breve, para luego describirlas en detalle en las guías de entrevista.

J. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

GRAFICA DE GANNT



ACTIVIDADES

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

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO No. 1

ALFABETISMO Y ANALFABETISMO EN 100 MADRES ENTREVISTADAS.
ALDEAS LOS PALMARES, EL REMOLINO, EL ARCO Y EL MILAGRO,
TECULUTAN, AGOSTO-SEPTIEMBRE 1992.

ALFABETISMO Y ANALFABETISMO	F	(%)
ALFABETAS	65	65
ANALFABETAS	35	35
	n= 100	100

FUENTE: Gufa de entrevista elaborada para el efecto.

CUADRO No. 2

NIVELES DE ESCOLARIDAD DE 100 MADRES ENTREVISTADAS.
ALDEAS LOS PALMARES, EL REMOLINO, EL ARCO Y EL
MILAGRO, TECULUTAN, AGOSTO-SEPTIEMBRE 1992.

NIVELES	AÑOS	F	(%)
NINGUNO	0	34	34
PRIMARIO	1-6	65	65
PREVOCACIONAL	7-9	1	1
		n= 100	100

FUENTE: Gufa de entrevista elaborada para el efecto.

CUADRO No. 3

OCUPACION DE JEFES DE FAMILIA DE 100 MADRES ENTREVISTADAS.
ALDEAS LOS PALMARES, EL REMOLINO, EL ARCO Y EL MILAGRO,
TECULUTAN, AGOSTO-SEPTIEMBRE 1992.

OCUPACION	F	(%)
JORNALERO	66	66
OBRAERO (no calificado)	13	13
AGRICULTOR	6	6
ALBAÑIL	5	5
CHOFER	4	4
COMERCIANTE	3	3
OTROS	3	3
	n= 100	100

FUENTE: Guía de entrevista elaborada para el efecto.

CUADRO No. 4

TENENCIA DE VIVIENDA DE 100 MADRES ENTREVISTADAS.
ALDEAS LOS PALMARES, EL REMOLINO, EL ARCO Y EL MILAGRO,
TECULUTAN, AGOSTO-SEPTIEMBRE 1992.

TENENCIA DE LA VIVIENDA	F	(%)
PROPIA	96	96
ALQUILADA	4	4
	n= 100	100

FUENTE: Guía de entrevista.

CUADRO No. 5

NUMERO DE AMBIENTES EN LAS VIVIENDAS DE 100 MADRES
ENTREVISTADAS. ALDEAS LOS PALMARES, EL REMOLINO,
EL ARCO Y EL MILAGRO, TECULUTAN.
AGOSTO-SEPTIEMBRE 1992.

No. DE AMBIENTES	F	(%)
1	6	6
2	84	84
3	10	10
n=		100
		100

FUENTE: Guía de entrevista elaborada para el efecto.

CUADRO No. 6

INGRESO FAMILIAR MENSUAL EN 100 MADRES DE FAMILIA
ENTREVISTADAS. ALDEAS LOS PALMARES, EL REMOLINO,
EL ARCO Y EL MILAGRO, TECULUTAN.
AGOSTO-SEPTIEMBRE 1992.

INGRESO FAMILIAR MENSUAL	Fr.	(%)
Q.100.00 - Q.150.00	4	4
Q.151.00 - Q.200.00	11	11
Q.201.00 - Q.250.00	7	7
Q.251.00 - Q.300.00	12	12
Q.301.00 - Q.350.00	3	3
Q.351.00 - Q.400.00	53	53
Q.401.00 - a más	10	10
n=		100
		100

FUENTE: Guía de entrevista.

CUADRO No. 7

TIPO DE LECHE QUE RECIBIERON LOS NIÑOS DE 0-5 AÑOS DURANTE LAS PRIMERAS 36 HORAS DE VIDA, SEGUN INFORMES DE 100 MADRES ENTREVISTADAS. ALDEAS LOS PALMARES, EL RENOLINO, EL ARCO Y EL MILAGRO, TECULUTAN. AGOSTO-SEPTIEMBRE 1992.

TIEMPO (horas)	TIPO DE LECHE		TOTAL	(%)
	MATERNO EN POLVO			
	MATERNIZADA			
1 - 3	70	2	72	72
4 - 6	6	1	7	7
7 - 9	1	0	1	1
10 - 12	1	0	1	1
13 - 15	0	0	0	0
22 - 24	7	0	7	7
25 - 36	8	0	8	8
TOTAL	93	3	96	96

FUENTE: Guía de entrevista elaborada para el efecto.

+ 4 madres dieron agua hervida azucarada, de cebada y de arroz en 2 primeras horas.

CUADRO No. 8

EDAD Y TIPO DE LACTANCIA DE LOS NIÑOS DE 0-5 AÑOS.
SEGUN ENTREVISTAS A 100 MADRES. ALDEAS LOS PALMARES,
EL REMOLINO, EL ARCO Y EL MILAGRO, TECULUTAN.
AGOSTO-SEPTIEMBRE 1992.

EDAD (meses)	TIPO DE LACTANCIA			TOTAL (%)	
	Materna	Mixta	Artificial		
Menores de 1	2	0	0	2	2
1 - 4	7	0	0	7	7
5 - 8	14	1	0	15	15
9 - 12	20	0	0	20	20
13 - 16	4	0	0	6	6
17 - 20	19	0	2	22	22
21 - 24	22	1	5	28	28
TOTAL	88	2	10	100	100

FUENTE: Guía de entrevista elaborada para el efecto.

CUADRO No. 9

FRECUENCIA DIARIA DE LACTANCIA DE LOS NIÑOS DE 0-5 AÑOS.
SEGUN ENTREVISTAS A 100 MADRES. ALDEAS LOS PALMARES, EL
EL REMOLINO, EL ARCO Y EL MILAGRO, TECULUTAN.
AGOSTO - SEPTIEMBRE 1992.

FRECUENCIA DE LACTANCIA	Fr.	(%)	TOTAL	(%)
2 - 3 veces	14	15.3	14	15.3
4 - 5 veces	10	10.9	10	10.9
6 - 7 veces	67	63.6	67	63.6
TOTAL	91		91	

FUENTE: Guía de entrevista elaborada para el efecto.

CUADRO No. 10

HORARIO Y TIPO DE ALIMENTACION QUE RECIBIAN LOS NIÑOS
0-5 AÑOS, SEGUN ENTREVISTA A 100 MADRES ALDEAS LOS
PALMARES, EL REMOLINO, EL ARCO Y EL MILAGRO.
TECULUTAN. AGOSTO-SEPTIEMBRE 1992.

HORARIO	TIPO DE ALIMENTACION						TOTAL (%)	
	Materna		Artificial		Mixta		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
REGIDO	7	7	8	8	0	0	15	15
LIBRE DEMANDA	78	78	5	5	2	2	85	85
TOTAL	85	85	13	13	2	2	100	100

FUENTE: Guía de entrevista elaborada para el efecto.

CUADRO NO. 11

TIPO DE LECHE ARTIFICIAL QUE RECIBIAN LOS NIÑOS DE
0-5 AÑOS, SEGUN ENTREVISTAS A 100 MADRES. ALDEAS
LOS PALMARES, EL REMOLINO, EL ARCO Y EL MILAGRO.
TECULUTAN AGOSTO-SEPTIEMBRE 1992.

TIPO DE LECHE	Fr	%	TOTAL No.	%
EN POLVO	10	10	10	10
EVAPORADA	0	0	0	0
FRESCA DE VACA	5	5	5	5
n* 15				

FUENTE: Guía de entrevista elaborada para el efecto.

CUADRO NO. 12

NUMERO DE NIÑOS SEGUN EL TIPO DE ALIMENTOS Y EDAD DE INTRODUCCION, SEGUN ENTREVISTAS A 100 MADRES. ALDEAS LOS PALMARES, EL REMOLINO, EL ARCO Y EL MILAGRO, TECULUTAN. AGOSTO-SEPTIEMBRE 1992.

ALIMENTOS	TOTAL	%	EDAD DE INTRODUCCION DE ALIMENTOS											
			(Meses)											
	No.	%	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
CALDO DE FRIJOL	68	68	-	4	10	15	4	15	10	4	2	1	-	3
YEMA DE HUEVO (pure)	62	62	-	-	-	2	-	2	6	8	2	17	12	15
PURE DE VERDURAS	30	30	-	1	1	7	4	8	3	1	1	1	-	3
PAN CON CAFE	18	18	-	-	6	4	4	2	-	-	1	-	-	1
TORTILLAS (sopas)	35	35	-	1	2	4	1	12	5	3	1	1	-	5
FRIJOL (apachado)	31	31	-	-	3	1	2	7	1	3	4	1	-	12
SOPA DE POLLO	13	13	-	-	5	2	1	4	-	-	1	-	-	-
INCAPARINA	13	13	-	2	2	2	-	4	1	1	-	-	-	1
CARNE EN TROCITOS	4	4	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	2
ATOL DE MAIZENA	3	3	-	-	-	-	-	2	1	-	-	-	-	-
JUGO DE FRUTAS	3	3	-	-	1	-	1	1	-	-	-	-	-	-
PURE DE FRUTAS	3	3	-	-	-	-	1	1	1	-	-	-	-	-
ARROZ (pure)	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
ATOL DE HARINA	2	2	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-
CALDO DE POLLO	7	7	-	-	1	2	-	-	4	-	-	-	-	-

FUENTE: Guía de entrevista.

CUADRO NO. 13

PATRON ALIMENTARIO DE NIÑOS DE 0-5 AÑOS, SEGUN ENTREVISTAS
A 100 MADRES. ALDEAS LOS PALMARES, EL REMOLINO, EL ARCO Y
EL MILAGRO, TECULUTAN. AGOSTO-SEPTIEMBRE 1992.

TIEMPO DE COMIDA	ALIMENTOS
DESAYUNO	CALDO DE FRIJOLES TORTILLA (sopas) CAFE PAN
MERIENDA	ATOL DE MAIZ INCAPARINA GOLOSINAS
ALMUERZO	ARROZ TORTILLAS FRIJOL FRESCO HUEVOS
CENA	FRIJOLES TORTILLA CAFE QUESO

FUENTE: Gufa de entrevista elaborada para el efecto.

CUADRO No. 14

FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS DE NIÑOS DE 0-5 AÑOS.
SEGUN ENTREVISTAS A 100 MADRES. ALDEAS LOS PALMARES,
EL REMOLINO, EL ARCO, EL MILAGRO, TECULUTAN.
AGOSTO-SEPTIEMBRE 1992.

	FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS	
	DIARIO	SEMANAL
	CALDO DE FRIJOLES	CARNE
	FRIJOLES APACHADOS	FIDEOS
	TORTILLA	HUEVOS
ALIMENTOS	ARROZ	VERDURAS
	PAN	

FUENTE: Guía de entrevista elaborada para el efecto.

Resultados de la guía de entrevista sobre creencias y prácticas de la madre en relación a la alimentación del niño de 0-5 años, en las aldeas Los Palmares, El Remolino, El Arco y El Milagro, Teculután. Agosto-Septiembre de 1992.

1. ¿Qué le da usted al niño al nacer? ¿Porque?.

Frecuencia	Porcentaje
89 madres	(89%) respondieron "solo pecho"
11 madres	(11%) respondieron "agua azucarada, agua de cebada".

Razones expuestas por las madres que respondieron.

SOLO PECHO:

- 63....."porque es lo mejor"
9....."porque es lo unico disponible".
5....."porque ayuda a que baje mejor leche"
5....."porque ayuda a evitar infecciones"

- 4....."porque otro alimento no les cae bien".
 3....."porque es buena y ayuda a limpiar
 el estomago.

AGUA HERVIDA AZUCARADA, AGUA DE CEBADA.

- 11....."porque no le había bajado la leche".
2. ¿Al cuanto tiempo de nacido el niño piensa usted que se le debe dar el pecho? ¿Porque?
- | Frecuencia | Porcentaje |
|------------|---|
| 74 madres | (74%) respondieron en las primeras 6 horas de vida. |
| 14 madres | (14%) respondieron a las 24 horas. |
| 8 madres | (8%) respondieron a las 3 días. |
| 4 madres | (4%) respondieron a los 2 días. |

Razones expuestas por las madres que respondieron.

EN LAS PRIMERAS 6 HORAS.

- 50..... Porque esto ayuda a que baje mayor cantidad de leche.
 13..... Porque es el mejor alimento para los niños.
 5..... Porque la primera leche es buena para ellos.
 3..... Porque ayuda a limpiar el estomago del niño.
 3..... Porque ellos la piden.

A LAS 24 HORAS

- 9..... Porque es cuando ha bajado la buena leche.
 5..... Porque la primera leche les hace daño.

A LOS 2 DIAS

- 3..... Porque es cuando ya ha bajado la buena leche.

A LOS 3 DIAS

- 7..... Porque hasta ese tiempo se le llenan los pechos.
 1..... Porque hasta ese tiempo ha bajado la leche que le gusta al niño.

3. ¿Cree usted que es beneficioso o dañino para el recién nacido darle el calostro o primera leche? ¿Porque?

Frecuencia	Porcentaje
76 madres	(76%) respondieron que es beneficioso.
24 madres	(24%) respondieron que es dañino.

Razones expuesta por las madres que respondieron.

BENEFICIOSO

- 42..... Ayuda a limpiar el estomago del niño.
 27..... Es el primer alimento que les cae bien.
 3..... La primera leche protege al niño contra enfermedades.
 2..... Le han dicho que le cae bien al niño.
 2..... Ayuda a amacizar al niño.

DAÑINO

- 20..... Les puede dar una infección.
 3..... Se pueden empachar.
 1..... No sabe.

Dentro de las madres que respondieron que el calostro les puede dar una infección, las madres respondieron: asientos, nausea, diarrea; y "limpiar el estomago" las madres aseguran que el niño al nacer tiene sucio el estomago.

4. ¿Cree usted que debe darsele algún otro alimento al niño al nacer? ¿Cuales? ¿Porque?

Frecuencia	Porcentaje
65 madres	(65%) respondieron "si", agua de cebada, agua azucarrada, de arroz.

- 30 madres (30%) respondieron "no".
 5 madres (5%) respondieron "si" atol de masa, de maizena.

Razones expuestas por las madres que respondieron.

NO

- 18..... Porque a esa edad les hace daño otros alimentos.
 12..... Porque el pecho es el unico alimento para ellos.

SI, AGUA DE CEBADA, AZUCARADA Y DE ARROZ.

- 18..... Porque solo el pacho no sustenta al niño.
 11..... Porque sustituyen al pecho mientras baja la leche.
 31..... Porque es bueno para el mucho fuego en el estomago.
 5..... Porque los alimenta un poco.

SI ATOL DE MASA, MAIZENA.

- 5..... Porque no tenfan leche suficiente.

5. ¿Cada cuanto tiempo hay que darle el pecho a su hijo?
 ¿Porque?

Frecuencia	Porcentaje	
89 madres	(89%)	respondieron "cada vez que lllore".
2 madres	(2%)	respondieron a cada 3 horas.
6 madres	(6%)	respondieron a cada 6-8 horas.

Razones expuestas por las madres que respondieron.

CADA VEZ QUE LLORE.

- 59..... Porque así no se empachan.
 17..... Porque tiene hambre.
 7..... Porque así deja de llorar.
 6..... Porque ayuda a que baje más leche.

CADA 3 HORAS

- 1..... Porque es suficiente tiempo para ellos.

1..... Porque ellos la piden.

CADA 6-8 HORAS.

3..... Porque la tiene en poca cantidad.

2..... Es dañino darle muy seguido.

1..... Porque no tiene tiempo ya que trabaja.

De las madres que respondieron que daban el pecho "cada vez que llora el niño", es importante aclarar que lo daban así para mantener siempre lleno al niño y evita que se mantengan llorando. En promedio dan el pecho entre 2-4 horas.

6. ¿Cuanto tiempo deja usted que mame su niño en cada pecho?

¿Porque?

Frecuencia	Porcentaje
74 madres	(74%) respondieron entre 15-20 min.
26 madres	(26%) respondieron entre 5-10 min.

Razones expuestas por las madres que respondieron.

ENTRE 5-10 MINUTOS.

24..... Porque con ese tiempo el niño queda lleno.

2..... Porque más tiempo ya no baja leche.

ENTRE 15-20 MINUTOS.

54..... Porque es un tiempo suficiente para que se llenen.

16..... Porque el niño rapido se llena.

4..... Porque los pechos ya quedan vacíos.

7. ¿Cuando la madre está enojada o sufrió una colera, se les puede dar de mamar al niño? Si No ¿Porque?.

Frecuencia	Porcentaje
95 madres	(95%) respondieron "No"
4 madres	(5%) respondieron "Si"

Razones expuestas por las madres que respondieron.

NO

- 24..... Les da colico
 68..... Les produce infección en el estomago.
 3..... Porque se empachan.

SI

- 3..... Porque ya se la ha dado y no se enferma.
 2..... Porque no les hace daño.

8. ¿Cuándo usted está enferma que le da al niño? ¿Porque?

Frecuencia	Porcentaje	
63 madres	(65%)	respondieron atol de harina, incaparina y agua de cebada.
15 madres	(15%)	respondieron solo pecho.
18 madres	(18%)	respondieron leche en polvo.
2 madres	(2%)	respondieron jugo de frutas.
2 madres	(2%)	respondieron no se ha enfermado.

Razones expuestas por las madres que respondieron.

ATOL DE HARINA, INCAPARINA Y AGUA DE CEBADA

- 63..... Porque a través de la leche les baja la enfermedad, pues la leche está caliente.

SOLO PECHO

- 12..... Porque no les hace daño.
 3..... Porque es el unico alimento disponible.

LECHE EN POLVO.

- 17..... Porque se puede pegar la enfermedad por la leche de pecho.

- 1..... Ayuda para que no se desnutran.

JUGO DE FRUTAS

- 2..... Porque se les pega la enfermedad.

Es importante aclarar que las madres respondieron que cuando está enferma no le dan el pecho al niño, porque la leche está caliente y se les puede pasar la enfermedad mencionando (gripe,

fiebre, etc).

9. ¿Hasta que edad es bueno darles pecho a los niños?

¿Porque?

Frecuencia	Porcentaje
44 madres	(44%) respondieron hasta 18 meses.
46 madres	(46%) respondieron hasta 1 año.
10 madres	(10%) respondieron 2 años 6 meses.

Razones expuestas por las madres que respondieron.

18 MESES.

31..... Porque si se les da más tiempo les produce sangrado de nariz.

6..... Porque ya están grandes y ya no se produce leche.

1 AÑO

28..... Porque más tiempo les produce sangrado de nariz.

8..... Porque más tiempo la leche ya no sirve.

6..... Porque es suficiente, pues ya comen otros alimentos.

4..... Porque le ha dicho que más tiempo les hace daño.

2 AÑOS 6 MESES

7..... Porque es bueno y no les hace daño.

3..... Le dio porque aun no tomaba otros alimentos.

10. ¿Como cree usted que es recomendable destetar a los niños?

¿Gradualmente?

¿Subitamente?

¿Porque?

Frecuencia	Porcentaje
82 madres	(82%) respondieron gradualmente
18 madres	(18%) respondieron subitamente.

Razones expuestas por las madres que respondieron.

GRADUALMENTE

- 24..... Porque el niño puede sentir la quitada del pecho si se hace de repente.
- 33..... Porque al hacerlo de romplon se enferman.
- 25..... Porque si se quita de repente se pueden empachar.

SUBITAMENTE (de repente)

- 14..... Porque si se les quita poco a poco les puede dar infección.
- 4..... Porque es la mejor forma.

11. ¿Que debe hacerse para que los niños dejen el pecho? Si se les da alguna sustancia o alimento, cuales son estos?

Frecuencia	Porcentaje	
62 madres	(62%)	respondieron sustituir el pecho por otro alimento.
20 madres	(20%)	separar al niño de la madre.
10 madres	(10%)	disminuir el número de mamadas y dar otro alimento.
8 madres	(8%)	aplicarse pasta dental, sabila en los pechos y dar otro alimento.

SUSTANCIA O ALIMENTO A DAR.

Atol de masa de maíz	37	37%
Incaparina	45	45%
Leche en polvo	11	11%
Leche de vaca	3	3%
Comida	4	4%

12. ¿A que edad le comenzaría a dar otros alimentos al niño además del pecho o sin el pecho? ¿Porque?

Frecuencia	Porcentaje	
40 madres	(40%)	respondieron entre 3-5 meses.
43 madres	(43%)	respondieron entre 6-8 meses.
17 madres	(17%)	respondieron entre 9-12 meses.

Razones expuestas por las madres que respondieron.

ENTRE 3-5 MESES

- 19..... Porque la leche ya no les sustenta.
 16..... Porque esto ayuda al niño a acostumbrarse a otros alimentos.
 5..... Porque el niño va creciendo y necesita de otros alimentos.

ENTRE 6-8 MESES

- 13..... Para que se acostumbren a otros alimentos.
 23..... Porque ya la leche materna no es suficiente.
 7..... Porque así los niños van agarrando macisés.

ENTRE 9-12 MESES

- 10..... Porque si se les dan antes se pueden empachar.
 7..... Porque así se acostumbran a otros alimentos.

13. ¿Hay alguna enfermedad del niño por la cual no se le debe dar de mamar o comer?

Cuales?

Porque?

Frecuencia	Porcentaje	
78 madres	(78%)	respondieron que "No"
22 madres	(22%)	respondieron que "Si"

Cuales? diarrea, vomitos, fiebre.

Razones expuestas por las madres que respondieron.

NO

- 43..... Porque la comida y pecho ayuda a que resistan las enfermedades.
- 21..... Porque aunque estén enfermos se les debe dar comida.
- 8..... Porque se pueden desnutrir si se les quita el pecho/comida.
- 7..... Porque si se retira el pecho/comida se pueden deshidratar.

SI

- 19..... Es dañino, pues les aumentan los vomitos y asientos.
- 3..... Aunque esté enfermo hay que darle comida.

14. ¿Cuales son los mejores alimentos para los niños pequeños?

¿Porque?

Frecuencia	Porcentaje	
53 madres	(53%)	respondieron arroz, caldos de pollo, de frijol, atol de maíz.
27 madres	(27%)	respondieron verduras, frutas, incaparina, leche.
20 madres	(20%)	respondieron tortilla, huevos, carnes, fideos.

Razones expuestas por las madres que respondieron.

ARROZ, CALDOS DE POLLO, DE FRIJOL, ATOL DE MAÍZ.

- 28..... Porque tienen más vitaminas.
- 20..... Porque son los mejores alimentos.
- 5..... Porque no les cae mal.

VERDURAS, FRUTAS, INCAPARINA, LECHE.

- 10..... Porque tienen más vitaminas.
- 8..... Porque les cuesta menos digerir.
- 6..... Porque son los mejores alimentos.
- 3..... Porque son los más fáciles de comprar.

TORTILLAS, HUEVOS, CARNES, FIDEOS.

- 15..... Porque son los más nutritivos.
 5..... Porque con éstos alimentos se mantienen gordos.

15. ¿A que edad cree usted que el niño puede ya comer los alimentos que la familia consume? ¿Porque?

Frecuencia	Porcentaje	
59 madres	(59%)	respondieron a los 2 años.
34 madres	(34%)	respondieron al año de edad.
7 madres	(7%)	respondieron a los 3 años.

Razones expuestas por las madres que respondieron.

AL AÑO DE EDAD

- 19..... Porque ya mastican mejor los alimentos.
 10..... Porque ya tolera mejor todos los alimentos.
 5..... Porque ya estan acostumbrados a todos los alimentos.

A LOS 2 AÑOS.

- 42..... Porque ya mastica y digiere mejor los alimentos.
 10..... Porque a esa edad ya tiene maciso el estomago.
 7..... Porque ya se ha acostumbrado a otros alimentos.

A LOS 3 AÑOS.

- 5..... Porque ya mastican bien los alimentos.
 2..... Porque si se dan antes se pueden empachar.

VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Al analizar el cuadro No. 1 se puede observar que un 65% de madres saben leer y escribir, alcanzando el nivel primario en un 65% según cuadro No. 2, pero apenas logran en su mayoría alcanzar los tres primeros grados de primaria.

Estos resultados, vienen a apoyar estudios ya efectuados, en los que se describe que el nivel de educación, tiene una marcada repercusión en el estado nutricional del niño. Pues entre las familias con niños malnutridos, las madres apenas han estudiado más allá del segundo o tercer año de primaria. (35)

Por otro lado, en el cuadro No. 3 destaca como dato importante que un 66% de los jefes de familia son jornaleros, trabajando por temporadas solo en épocas de cosecha.

En lo que respecta a la tenencia de vivienda en el cuadro No. 4 se observa que un 96% de familias tienen vivienda propia, con un número de ambientes de 2 (sala y cocina) en un 84%, según cuadro No. 5. Siendo las condiciones precarias, pues son hechas de paredes de adobe y bajareque, techo de palma, suelo de tierra, con un marcado hacinamiento, según las observaciones hechas por las visitas domiciliarias.

En el aspecto económico, se pudo observar en el cuadro No. 6 que un 53% de familias entrevistadas poseen un ingreso económico familiar mensual que oscila entre Q.351.00 a Q.400.00, con un salario promedio de Q.12.00 diarios.

De los datos anteriores, hay que hacer énfasis, que aunque el presente estudio va enfocado hacia los aspectos culturales en alimentación materno-infantil; es importante mencionar que el ingreso económico familiar representa uno de los factores causales más importantes en la calidad de los alimentos que se ingieren. Ya que en grupos de bajo nivel socioeconómico, los requerimientos calóricos se satisfacen básicamente a base de cereales, raíces, tuberculos, azúcares y leguminosas, y en la medida que el ingreso mejora, aumenta el consumo de alimentos de origen animal, así como la proporción de azúcares y grasas.

(36,50)

Por lo que los escasos recursos económicos de la familia campesina no le permite diversificar su alimentación mediante compra de alimentos distintos a los de subsistencia. (50)

Pasando a los datos obtenidos, sobre los patrones de alimentación; se obtuvieron como datos importantes en el cuadro No. 7, que un 93% de madres dan lactancia materna en el transcurso de las primeras 36 horas de vida, mientras que en el cuadro No. 8, se observó que un 88% dan lactancia materna al momento del estudio, y solo un 10% dan lactancia artificial. Siendo la frecuencia de amamantamiento de 6-7 veces al día en un 73.6% según cuadro No. 9 y bajo un horario a libre demanda en un 78%, según cuadro No. 10.

Mientras que el cuadro No. 11 reporta que unicamente un 10% de madres dan leche en polvo y un 3% leche fresca de vaca, como los tipos más frecuentes de leche artificial dados.

Estos datos obtenidos viene a corroborar que la lactancia materna representa la principal fuente de elementos nutritivos en el primer año de vida, ya que se mantiene la creencia por un amplio sector de la población, que es el unico alimento necesario para el niño; pues aunque se introducen otros alimentos en forma progresiva, se hace en pequeñas cantidades, y contribuyen muy poco a su nutrición. (51)

Refiriendonos a suplementación alimenticia, se puede observar en el cuadro No. 12 que la misma se inicia entre los 2-3 meses de edad, siendo los alimentos que con mayor frecuencia se introducen: el caldo de frijol en un 68%, la yema de huevo en un 62%, el frijol apachado en un 31% y la tortilla en forma de (sopas) en un 35%; mientras que la carne en trocitos, se introduce a partir de los 9 meses tan solo en un 4%.

Siendo notorio que la introducción de alimentos en su mayoría es de origen calórico, pues los unicos alimentos que son fuente de proteínas, como lo son los huevos y la carne, se introducen tardíamente con mayor frecuencia entre los 10 meses y al año de edad.

En cuanto al recordatorio de 24 horas de consumo de alimentos, se puede observar que el patrón alimentario consta de tres tiempos de comida y una merienda, según cuadro No. 13. Consumiéndose en el desayuno alimentos tales como: caldo de frijol, tortillas en sopas, pan, café; en el almuerzo: arroz, tortilla (sopas), frijol, fresco y a veces huevos; en la cena: frijoles (apachados) tortilla (sopas) queso, café, y una merienda a base de: atol de maíz, incaparina y golosinas.

El cuadro No. 14, reporta datos sobre frecuencia de consumo de alimentos, siendo el caldo de frijol y apachados, tortillas, arroz, pan; consumidos a diario y la carne, fideos, huevos, verduras semanalmente (sábados y domingos).

La descripción anterior sobre consumo alimentario, viene a conformar un patrón dietético común para estas áreas rurales estudiadas, en donde el maíz representa una gran parte de las proteínas y calorías consumidas; pues el mismo se consume en forma de tortillas, atoles y café complementados con leguminosas (frijo negro).

Así mismo, es importante mencionar que las madres, la suplementación alimenticia la llevan a cabo con temor, pues introducen alimentos de acuerdo a su consistencia física y siguiendo creencias en cuanto a tolerancia, dando alimentos a base de carbohidratos, mientras que los sólidos de origen proteico los inician ya en edades tardías, por considerarlos los dañinos para el niño (huevos, carnes).

Por lo que obviamente, la selección y consumo de los alimentos es un fenómeno en gran parte cultural y económico a la vez, y el valor nutritivo de aquellos que se proporcionan al niño es desconocido; encontrándose como principal problema el dar una dieta deficiente, que proporciona alimentos de origen calórico en forma escasa y los de origen proteico son pocas veces consumidos.

Todo lo anterior viene a confirmar, que los aspectos culturales en gran parte, son condicionantes de la malnutrición existente en la niñez del área rural.

Del formulario de datos sobre creencias y prácticas inves-

tigadas sobre alimentación materno-infantil, se obtuvieron los datos siguientes:

En relación a que alimento se le debe dar al niño al nacer el 89% de las madres son partidarias en dar exclusivamente lactancia materna al niño desde que nace, lo que pone de manifiesto que en ninguno de los casos se tengan inconvenientes en no administrarla, siendo las principales razones expuestas; que es el mejor alimento en un 63%, porque es lo unico disponible en un 9% y porque ayuda a evitar infecciones en un 5%. Lo cual establece que la leche calostroal no es un simple alimento más, sino que posee también los constituyentes nutritivos que ayudan a prevenir infecciones, además de poseer grandes cantidades de proteínas.

Solo un 11% de las madres consideran que se debe dar "agua hervida azucarada, agua de cebada", porque no les había bajado leche en suficiente cantidad.

Con respecto al cuanto tiempo de nacido el niño se le debe dar el pecho, el 74% da lactancia materna dentro de las primeras 6 horas de vida, exponiendo entre las razones, que ayuda a que baje mayor cantidad de leche (50%); lo cual es una práctica beneficiosa para la buena salud y nutrición del niño, ya que desde temprana edad se empieza a promover la lactancia natural, lo cual según estudios, ayuda a promover el inicio y uso de la misma.

El 14% administrarian la leche materna hasta las 24 horas, refiriendo que es hasta ese tiempo cuando ha bajado la buena leche.

En lo que concierne al beneficio o daño en dar calostro al niño, el 76% de madres creen que es beneficioso, argumentando que el calostro "ayuda a limpiar el estomago" y lo protege contra enfermedades, lo cual es una práctica de múltiples beneficios para el niño; pues el calostro le provee de los nutrientes necesarios adecuados para su edad y además de las defensas necesarias para protegerse contra muchas enfermedades. (25,42)

Mientras que solo un 24% manifestaron que el calostro es dañino, opinando que les puede dar una infección.

En lo que respecta, a que si cree la madre que debe darsele algún otro alimento al nacer, 65% respondieron que si.

Mencionando que se les debe dar algunas sustancias, tales como: agua de cebada, de arroz, azucarada; exponiendo como razones que es bueno para el mucho fuego en el estomago del niño y porque solo el pecho no sustenta.

En mi opinión estas creencias son negativas y van en contra de la buena nutrición del niño, ya que algunos estudios afirman que el recién nacido se le debe dar unicamente lactancia materna, por ser un alimento completo ya que reúne todas las ventajas nutricionales adecuadas para su edad. (21)

Respondiendo que "no" un 30%, pues consideran a otros alimentos dañinos para el, lo cual viene a favorecer una práctica positiva en nutrición.

En cuanto a que tiempo hay que darle el pecho, el 89% de madres respondieron que se le debe dar "cada vez que llora", argumentando, que el hacerlo de esta forma el niño no se empacha (59%) y que el niño llora porque tiene hambre; lo cual es de suma importancia, ya que la lactancia es practicada a libre demanda, es decir sin horario fijo.

Solo un 6% respondieron darla cada 6-8 horas exponiendo que la tienen en poca cantidad y que es dañino darles muy seguido.

Continuando con lo que es lactancia materna y el tiempo que la madre deja que el niño mame en cada pecho, un 74% respondieron entre 15-20 minutos, informando que lo hacen en ese lapso, porque consideran que es suficiente para que el niño se llene y los pechos queden vacios, y un 26% respondieron que lo dan por 5-10 minutos, porque más tiempo ya no baja la leche.

De dicha información, podemos decir que según estudios, el darle de mamar en cada pecho un promedio de 10 minutos, es un tiempo suficiente para que los mamas se vacien y dejen satisfecho al niño. (40)

Al preguntar a las madres, sobre si es conveniente o no dar lactancia al sufrir una colera/enojo, un 95% respondieron que no es conveniente darlo, argumentando que la leche está

"caliente y les puede producir alguna infección en el estomago (empacho), mientras que solo un 5% respondieron que sí se les puede dar al niño aunque tengan colera/enojo, argumentando que por experiencia ya lo han hecho y el niño no se enfermó.

Catalogando estas creencias como negativas, pues el creer que la leche está caliente y puede enfermar al niño es negativo, ya que la leche es pura y libre de cualquier ente infeccioso, y nada tiene que ver con los cambios emocionales de las madres; esto se encuentra relacionado con el sistema caliente-frío. (42)

En caso de enfermedad materna (fiebre, resfrío, gripe) un 63% respondió que omitían la lactancia materna y daban algunos alimentos como: atol de incaparina, de harina o agua de cebada; aduciendo que en ese estado se puede pasar la enfermedad al niño. Además tenemos que un 15% de las madres no suspenden el amamantamiento por enfermedad materna, refiriendo que la leche no tiene nada y que el niño necesita alimentarse, especialmente si es muy pequeño.

Con respecto a esto se considera oportuno hacer mención que por enfermedad materna que no ponga en peligro la vida de la madre, no se debe omitir la alimentación al pecho, pues el niño necesita su alimento ideal.

Pasando a lo que corresponde al tiempo de duración de amamantamiento, un 46% de madres amamantan hasta el año de edad, el 44% por 18 meses y un 10% por 2 años y medio; argumentando que es un tiempo suficiente y que si sobrepasa estas edades, se corre el riesgo que el niño se enferme (sangrado de nariz) o que la leche ya no sirve.

Esta práctica de amamantamiento se puede catalogar como positiva, ya que se observa en su mayoría altos porcentajes de amamantamiento arriba del año de edad, siendo lo ideal hacerlo hasta un año y medio, como lo más adecuado en lo que respecta al tiempo de duración en la lactancia materna. (37)

La mayor parte de las entrevistadas (82%) realizan el destete gradualmente, exponiendo que si se hace en forma repentina; el niño se puede deswejar (desnutrir) o empachar. Lo cual

considero favorable para el buen desarrollo del niño, pues le evita problemas de tipo nutricional, y por otro lado le es mucho más fácil adaptarse a la dieta familiar. Por otra parte tenemos que un 18% lo hace en forma repentina argumentando que es la mejor forma.

De esto podemos deducir, que la mayoría de las madres optan por una práctica positiva (destete en forma gradual), que permite al niño una mejor nutrición, sin crear problemas de desequilibrios nutricionales por los cambios de alimento a que está sujeto.

Siendo la forma de como lo hacen, un 62%, sustituyen el pecho por otro alimento; un 20% separan al niño de la madre un 10% disminuyen el número de mamadas y dan otro alimento, y solo un 8% opinan que debe aplicarse alguna sustancia en los pechos (sabila, pasta dental).

Encontrándose que en su mayoría los sustitutos del pecho fueron, el atol de maíz en un 37%, incaparina en un 45%; alimentos que según las madres creen que no son dañinos, pues por su consistencia fácil de digerir, y por su alto valor nutritivo ayudan a que el niño se alimente bien.

En lo referente a la edad propicia para iniciar la complementación alimenticia a la lactancia materna, un 43% de madres respondieron entre 6-8 meses, un 40% entre 3-5 meses, argumentando que a estas edades al niño ya no le sustenta la leche, y porque ayuda a acostumbrarlo desde temprana edad a otros alimentos.

Mientras que solo un 17% lo hace entre 9-12 meses, exponiendo que si se hace antes los niños se pueden empachar.

Lo recomendable es iniciar otros alimentos entre los 4-6 meses, como edad promedio, y la introducción alimenticia debe hacerse gradualmente, con alimentos semisólidos y en pequeñas cantidades, teniendo mucha paciencia hasta que el niño se acostumbre a diferentes sabores y olores. (42)

El hecho que algunas madres inicien la complementación hasta edades tardías (9-12 meses) es porque tienen temor que el alimento puede hacerle mal al niño, es decir que les atribuyen

más efectos negativos que positivos y por eso la inician con miedo y en poca cantidad.

Por enfermedad del niño hay un 78% de madres que respondieron que no se le debe suspender el pecho/comida, argumentando que en este estado (diarrea, vomitos) es cuando más necesitan de alimentos para que resistan las enfermedades y evita que se desnutran.

Solo un 22% respondieron que el tener el niño "diarrea, vomitos", se le debe quitar el pecho/comida, pues les hace daño y les aumentan los asientos y vomitos.

De esto podemos decir, que la mayoría de madres optan por una medida ventajosa para su nutrición, ya que según investigaciones hechas por O.P.S., el niño enfermo necesita de alimentos para luchar contra la infección, y si la dieta es adecuada, generalmente los síntomas van a ser menos severos. (42)

En cuanto a las madres que suspenden la alimentación en niños enfermos es una práctica negativa.

Con respecto a cuales consideran las madres como los mejores alimentos para los niños pequeños; un 53% opinaron que el arroz, caldo de pollo, de frijol y el atol de maizena son los mejores, por tener más vitaminas y porque no les hace daño.

Esto se debe a que las madres desconocen los valores nutritivos de los alimentos y los consideran como los mejores tomando en cuenta que son los "menos dañinos", y por su consistencia (alimentos líquidos o blandos).

Siendo notorio, que en su mayoría son alimentos del grupo de los carbohidratos.

Mientras que solo un 14% consideran a los de origen proteico como los más nutritivos.

Y con respecto a la edad que los niños, ya deberían comer la dieta de los adultos, un 59% de madres creen que hasta los 2 años, y un 34% hasta el año de edad; aduciendo que a estas edades el niño mastica mejor los alimentos, pues ya le han salido todos los dientes y porque el estomago del niño "ya está macizo".

De lo cual podemos decir que la gran mayoría de madres llevan a la práctica algo que es negativo, ya que lo ideal sería

que el niño ya al año de edad esté adaptado a la dieta del adulto.

Se presentará a continuación un listado acerca de las creencias y prácticas populares en cuanto a alimentación del niño de 0-5 años; clasificado en base al conocimiento médico contemporáneo, en creencias y prácticas positivas, negativas e inocuas.

CREENCIAS Y PRACTICAS POSITIVAS:

1. Dar la lactancia materna exclusivamente al niño al nacer como unico alimento.
2. Brindar lactancia natural en las primeras 6 horas de nacido el niño.
3. Considerar al calostro como un alimento beneficioso para proteger al niño contra infecciones.
4. Dar el pecho al niño cada vez que lllore y a libre demanda.
5. Dar de mamar al niño en cada pecho por 5-10 minutos.
6. Continuar la lactancia materna aunque la madre sufra de colera o enojo.
7. Continuar la lactancia materna a pesar de que la madre esté enferma.
8. Proporcionar lactancia natural por tiempo prolongado (1 año y medio hasta por 2 años).
9. Destetar al niño en forma gradual.
10. Iniciar la suplementación alimenticia a temprana edad. (3-5 meses).
11. Continuar dando comida/pecho aunque el niño esté enfermo (diarrea, vomitos).
12. Considerar que al año de edad el niño ya debe consumir los alimentos de la dieta familiar.

CREENCIAS Y PRACTICAS NEGATIVAS:

1. Desconocer la importancia del calostro.
2. Considerar el dar "agua hervida azucarada y de cebada en vez del pecho al recién nacido por creer que no ha bajado

la leche materna.

3. Desconocer la importancia de la succión precoz en la psicofisiología de la lactancia.
4. Dar el pecho al recién nacido hasta las 24 horas.
5. Considerar al calostro como dañino al niño.
7. Tener la intención de dar el pecho bajo un horario fijo.
8. Dejar que el niño mame en cada pecho hasta los 20 minutos.
9. Suprimir la lactancia materna en caso de colera/enojo en la madre.
10. Cambiar la lactancia materna por otros alimentos cuando la madre sufre de alguna enfermedad.
11. Considerar al destete repentino como la mejor forma de destetar al niño.
12. Aplicar sustancias desagradables al niño en los pechos (pasta dental, sábila) para destetarlo.
13. Iniciar la suplementación alimenticia tardíamente con alimentos de pobre valor nutritivo.
14. Usar alimentos poco nutritivos como sustitutos del pecho al destetar al niño.
15. Considerar a algunos alimentos como no dañinos para el niño en base a su consistencia sin tomar en cuenta su valor nutritivo.
16. Restringir la alimentación en el niño cuando sufre de diarrea, vomitos y fiebre.
17. Considerar que el niño ya debe comer la dieta del adulto hasta los 2 y 3 años.
18. Contar con una variedad y cantidad de alimentos muy restringida (tortilla, café, frijol).

CREENCIAS Y PRACTICAS INOCUAS.

1. Atribuir efecto refrescante al agua de cebada y azucarada.
2. Dar calostro con el objeto de que sirva para limpiar el estomago del niño.

IX. CONCLUSIONES

1. La lactancia materna representa la principal fuente de elementos nutritivos para el niño desde que nace hasta el año y dos años de edad.
2. El horario de amamantamiento es a libre demanda por un gran porcentaje de madres.
3. La suplementación alimenticia, aunque se hace tempranamente (2-3 meses) es a base de alimentos de origen calórico (caldo de frijol, tortillas (en sopas), frijol apachado), los cuales se seleccionan siguiendo creencias en cuanto a tolerancia y tomando en cuenta su consistencia.
4. El patrón dietético encontrado consta de tres tiempos de comida y una merienda, comuniéndose en su mayoría alimentos de pobre valor nutritivo (caldo de frijol, tortilla, café, atol de maizena), es decir de origen calórico, mientras que los de origen proteico se consumen en poca frecuencia (fin de semana).
5. Un 82% de madres llevan a cabo el destete en forma gradual utilizando sustitutos alimenticios a base de una dieta pobre (atol de maizena, incaparina).
6. Con respecto a creencias y prácticas de las madres en relación a la alimentación del niño, se observó una mayor tendencia hacia las negativas en lo referente a dieta alimenticia, pero predominando las positivas en lo que respecta a lactancia materna.
7. Por medio de los resultados del presente estudio se confirma que el mismo llena los objetivos previstos, ya que los patrones dietéticos encontrados están conformados por una dieta pobre a base de alimentos de origen calórico, y predo-

minan las creencias y prácticas negativas en lo referente a suplementación y complementación alimenticia, lo que viene a condicionar la mal nutrición existente.

X. RECOMENDACIONES

1. Incluir en el pensum de estudios de la Universidad de San Carlos, cursos sobre Antropología Médica y Etnomedicina, a fin de adquirir conocimientos más a fondo sobre aspectos socioculturales de nuestras comunidades rurales y con ello obtener una mejor comunicación medico-paciente, y lograr mejores resultados del plan educacional que reciben las madres.
2. Que los planificadores del ramo de la salud tomen en cuenta los patrones culturales en alimentación de las madres para con los niños de 0-5 años, con el fin de promover cursillos de orientación sobre alimentación materno-infantil a comadronas, promotores y enfermeras, para poder modificar la dieta alimenticia tradicional de nuestras comunidades.
3. Que se continuen realizando estudios sobre aspectos culturales en nutrición materno-infantil, para tener un enfoque más amplio de nuestra realidad nacional, sobre los aspectos que determinan el desarrollo y crecimiento de nuestra niñez y darles las soluciones adecuadas.
4. Fomentar más el consumo de alimentos de alto valor nutritivo propios de las comunidades y de acuerdo a los recursos disponibles, respetando a la vez los aspectos culturales propios de las comunidades.

XI. RESUMEN

El presente estudio se llevó a cabo en las aldeas Los Palmares, El Remolino, El Arco y El Milagro de Teculután; sobre patrones culturales en alimentación del niño de 0-5 años, durante los meses de Agosto-Septiembre de 1992.

Teniendo como objetivo identificar los patrones culturales, creencias y prácticas alimenticias de las madres para con sus hijos, para establecer si son condicionantes de la mala alimentación del niño, dependiendo si son costumbres creencias y prácticas negativas o positivas. Por lo que su enfoque fue antropológico y se empleó el método etnográfico de recolección de datos en el que se emplearon técnicas de observación y entrevista abierta y dirigida. La muestra (100 madres) al igual que la presentación, análisis y discusión de resultados, se hicieron en base a los lineamientos de este método.

Se tomaron en cuenta aspectos tales como: lactancia materna, suplementación alimenticia, destete, recordatorio de 24 horas de consumo de alimentos y su frecuencia, y creencias y prácticas alimenticias.

Los resultados indicaron que el patrón alimentario consta de tres tiempos de comida y una merienda, consumiéndose en su mayoría alimentos de pobre valor nutritivo de origen calórico; además al suplementar al niño con otros alimentos se hace con alimentos de bajo valor nutritivo, los cuales se seleccionan en base a creencias en cuanto a tolerancia y por su consistencia.

Se encontró un predominio de las creencias y prácticas alimenticias negativas sobre las positivas, en lo que respecta a complementación alimenticia y prevaleciendo las positivas en lo que concierne a lactancia materna. Se mencionan entre las negativas: a) restringir la alimentación cuando el niño está enfermo b) iniciar la complementación alimenticia tarde-mente.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Alarcón, J. y J. Rivera. Impacto de los cambios en el poder adquisitivo del ingreso, sobre el consumo de alimentos en grupos marginales de la población urbana; estudio de caso en La Colonia El Milagro. Guatemala, INCAP. 1987. 6p. (Documento Técnico INCAP NO. 14).
2. Annel, M.V. Una experiencia guatemalteca: quién dirige es la comunidad y no el médico. Foro Mundial de la Salud. 1982. 3(3)325-327.
3. Aranda-Pastor, J. y L. Saénz. La problemática alimentaria nutricional y la variable demográfica. 2da. edición. Guatemala, Limusa. 1985 5(pp. 13-29).
4. Arroyave, G. y et al. El nivel socioeconómico de la familia y la nutrición en el área rural de Centro América y Panamá. Archivos Latinoamericanos de Nutrición. 1976 marz; 31(1)47-54.
5. Barrera, Marta. Factores socioculturales que influyen en la malnutrición; estudio de 400 familias en 40 comunidades rurales de Guatemala. Tesis (Trabajadora Social) Escuela de Servicios Social de Guatemala. Guatemala, 1986 150p.
6. Behar, M. La nutrición, un problema social. Organización Mundial de la Salud. 1976. jun; 35(1)533-539.
7. Castillero, Verónica. Patrón alimentario y estado nutricional según los indicadores peso/talla de lactantes menores de un año del área rural y urbana del distrito de la Chorrera, República de Panamá. Tesis (Nutricionista) Escuela de Nutrición. Guatemala. 1981. 85 p.

8. CEFOL. La alimentación materna y sus implicaciones en la salud de la madre y el niño. Guatemala. CEFOL, 1985 E.V. 75. 7p.
9. Chávez, Edgar. Creencias y actitudes en la alimentación del niño de 1-4 años; estudio descriptivo-prospectivo de 20 mujeres en la población de ciudad Satélite (Mixco). Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala. 1986. 106p.
10. Delgado, H.L. y et al. Health and nutrition conditions in the Central America Countries. MOBIUS. 1985. jul; 5(3) 116-126.
11. Delgado, H.L. y et al. Lactation in rural Guatemala; nutritional effects on the mother and the infant. Food and Nutrition Bulletin. 1981. jun; 7(1) 15-25.
12. De Lira, P.I. y et al. Estado nutricional de criancas menores de seis años, según pose de terra, en áreas rurais do estado de Perhambuco, nordeste do Brasil. Archivos Latinoamericanos de Nutrición. 1985. jun; 5(3) 116-127.
13. Foster, G.M. Prácticas socioculturales que afectan la inocuidad de los alimentos. Alimentos y nutrición. FAO-Roma). 1983; jun; 9(2) 54-58.
14. García, B. y et al.^{*} Creencias y conocimientos sobre biología de la reproducción en Santa María Cauqué. Guatemala Indígena. 1977. ene-jun; 12(1-2)68-70 p.
15. García, J. y J. Luján. guía de técnicas de investigación y cuaderno de trabajo. Ed. No. 1. Guatemala. Serviprensa centroamericana. 1988. 194(120-142).

16. González, N.N. Creencias médicas de la población rural de Guatemala. Guatemala Indígena. 1971. ene; 20(1-2) p.169 179.
17. Guatemala. Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Area de Ciencias de la Conducta. Unidad Alimentación. Fase IV. Alimentación y Salud. 1982. marz; 2p. (fotocopiado).
18. Guatemala. Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Area de Ciencias de la conducta. Unidad Alimentación. Fase IV. Aspectos de la malnutrición y de los hábitos alimentarios. 1982 marz; 5p. (fotocopiado).
19. Guatemala. Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Area de Ciencias de Conducta Colectiva. Unidad VII. Aproximaciones generales sobre la nutrición como un problema social. 1984. jun; 15pp. (mimeografiado).
20. Guatemala. Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Area de Conducta Colectiva. Unidad IV. Caracterización de la estructura productiva y social en el agro guatemalteco. 1984. jun; 9pp. (mimeografiado).
21. Guatemala. Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Programa Medicina Familiar. Alimentación del niño. 1986. Nov; 31 pp. (mimeografiado).
22. Guatemala. Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Area de Ciencias de la Conducta. Unidad Alimentación. Desnutrición una enfermedad social. 1982. febr; 3pp. (mimeografiado).
23. Guatemala. Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Area de Conducta Colectiva. Unidad VII. El carácter social de la desnutrición en Guatemala. 1984.

sept: 10 pp. (mimeografiado).

24. Guatemala. Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Area de Ciencias de la Conducta. Unidad Alimentación. Hábitos alimentarios. 1982. marz; 3pp. (fotocopiado).
25. Guatemala. Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Area de Ciencias de la Conducta. Unidad Alimentación. Lactancia materna. 1982. marz; 6pp. (fotocopiado)
26. Guatemala. Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Fase III. Magnitud y trascendencia del problema nutricional en Guatemala. 1979. 15 pp. (mimeografiado).
27. Guatemala. Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Area de Ciencias de la Conducta. Unidad Vida de Relación. Práctica de alimentación infantil observadas en una aldea de Guatemala y su significado desde el punto de vista de salud pública. 1986. jul; 15pp. (fotocopiado).
28. Henne. M.G. La comida quiché: su estructura cognitiva en Chichicastenango. Guatemala Indígena. 1980 ene-jun; 15(12)pp. 112-136.
29. Hurtado, Elena. Manual de estudios antropológicos aplicados a salud y nutrición. INCAP. Guatemala. 1985; 66pp.
30. Hurtado. J.J. Práctica relacionada con el embarazo, parto y crianza del niño y su efecto sobre la salud y el estado nutricional de las madres y niños de edad baja, en Latinoamérica. Guatemala Indígena. 1979. ene-jun; 14(1-2) pp. 149-234.

31. INCAP. El destete y alimentos para el destete. Informe del Centro Regional de Documentación sobre Nutrición Materno Infantil, Lactancia y Destete. Guatemala. 1984. 7p.
32. INCAP. Problemática alimentario nutricional. Guatemala. INCAP. Informe anual. 1989. pp. 6-11.
33. Jelliffe, D.B. Nutrición infantil en países en desarrollo. 4ta. ed. Brasil, Limusa. 1989. 97p. (pp.15-89).
34. Juez, G. y et al. Lactancia materna exclusiva: crecimiento del lactante en un grupo seleccionado de niños chilenos. Rev. Chilena Pediatría. 1984. Abr; 55(4) pp.225-230.
35. La malnutrición y los hábitos alimentarios. Informe de una Conferencia Internacional. Io. New Hampshire, 1963. La malnutrición como problema de salud pública. Washington Dic; 1963. (publicación científica O.P.S. No. 91).
36. Lowengerg, M.e. y et al. Los alimentos y el hombre. 3ra. ed. México, Limusa. 1985. 4 (pp. 98-115).
37. Mata, L. J. Alimentación y nutrición FAO. 1980. Ene; 6(1) pp. 8-16.
38. Menéndez, Luis. Prácticas y creencias sobre el destete en el área rural de Guatemala; estudio comparativo en 30 familias de los municipios de Atescatempa y Santa Cruz Balanya. Tesis (Médico y Cirujano)-Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala. 1987. 60p.
39. Mejía, V. Características económicas y socioculturales de cuatro aldeas ladinas de Guatemala. Guatemala Indígena 1972. jul-sept; 7(3) pp.35-48.

40. Morales, Juan Carlos. Creencias, actitudes y prácticas sobre la lactancia materna en una población rural del oriente de la república; estudio descriptivo-prospectivo de 100 madres comprendidas entre 15-45 años de edad de la Aldea El Jute, Municipio de Usumatán, departamento de Zacapa. Tesis (Médico y Cirujano)-Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala. 70p.
41. Nelson, E.W. Alimentación del lactante. En su: Tratado de Pediatría. 9a. ed. México, Interamericana, 1988. t.1 pp. 152-163.
42. Neuensvander, H. El síndrome caliente-frío, húmedo-seco; entre los quichés de Joyabaj; dos modelos cognitivos. Guatemala Indígena. 1980. ene-jun; 12(1-3) pp. 139-169.
43. Organización Panamericana de la Salud. Lactancia y prevención de la diarrea. Memorandum de una reunión de la Universidad Johns Hopkins y la O.M.S. Baltimore, 1988. 9p. (publicación científica O.P.S. No. 110).
44. Perry, E.H. La influencia de la cultura. Foro Mundial de la Salud. 1984. Feb; 5(1) pp. 58-62.
45. Pelto, G. Etnographic studies of the effects of food availability and infantil. Bulletin Food and Nutrition. 1984. Marz; 6(1) pp.32-42.
46. Reunión conjunta O.M.S./UNICEF. Sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño. Crónica de la O.M.S. 1980. Dic; 33(2) pp.499-508.
47. Scotney, N. Debemos acabar con nuestra indiferencia hacia las culturas locales. Foro Mundial de la Salud. 1981. Abr. 2(4) pp. 617-618.

48. Scott, P. Introducción a la investigación y evaluación educativa. Guatemala, Universitaria. 1990. 147 p. (pp. 5-60).
49. SEGEPLAN. Plan de desarrollo social, desarrollo humano, infancia y juventud. Informe de la Secretaría General de Planificación Nacional. Guatemala. Dic: 1991. 5p. (publicación científica No. 3).
50. Seminario latinoamericano sobre interrelación desnutrición población y desarrollo social y económico. 1o. Antigua Guatemala. Desnutrición, pobreza, población y desarrollo. Guatemala. 1980. 4 p. (publicación científica O.P.S. No. 9).
51. Solien de González, N. y M. Behar. Costumbres sobre la crianza de niños y su relación con nutrición y salud. Guatemala, CEFOL, 1984. 120p. (publicación científica No. 4).
52. Tejada, C. Nutrición y prácticas alimentarias en Centro América. Revista de la USAC. 1984. Febr; 62(1) p. 73-111.
53. Teller, C. La demografía de la desnutrición en Guatemala. Informe de la Secretaría General del Consejo Nacional de Planificación Económica. Guatemala. 1978. 24p.
54. UNICEF/SEGEPLAN. Análisis de la situación del niño y la mujer. Guatemala, 1991. 24p.
55. Villatoro, E.M. Estudio histórico etnográfico de la medicina tradicional en Guatemala; cuatro enfermedades populares. Tesis (Licenciatura en Historia) Universidad de San Carlos, Escuela de Historia. Guatemala. 1982 75p.

56. Villatoro, E. M. La medicina tradicional y los problemas de salud en Guatemala. Boletín del centro de estudios folklóricos, Universidad de San Carlos. Guatemala. 1991. 16p.

XIII. ANEXO

ANEXO I

- CREENCIA POSITIVA:** Si el conocimiento empírico que expresa la madre en ese momento es beneficioso, si se relaciona con el conocimiento médico contemporáneo.
- CREENCIA NEGATIVA:** Si el conocimiento empírico que posee la madre se contrapone con el conocimiento médico contemporáneo.
- CREENCIA INOCUA:** Si el conocimiento empírico que expresa la madre no produce daño ni beneficio según el conocimiento médico contemporáneo.
- PRACTICA POSITIVA:** Si a raíz del conocimiento médico contemporáneo el uso, costumbre o estilo de alimentación del niño que emplea la madre es beneficioso.
- PRACTICA NEGATIVA:** Si a raíz del conocimiento médico contemporáneo el uso, costumbre o estilo de alimentación del niño que emplea la madre es dañino.
- PRACTICA INOCUA:** Si a raíz del conocimiento médico contemporáneo el uso, costumbre o estilo de alimentación del niño que emplea la madre no produce daño ni beneficio.

ANEXO II

- COSTUMBRES BUENAS:** Es decir que contribuyen a hacer más sanos a los niños y a protegerlos de las enfermedades.
- COSTUMBRES MALAS:** Que pueden producir enfermedades.
- COSTUMBRES SIN IMPORTANCIA:** Son costumbres que no parecen tener efectos ni malos ni buenos sobre la salud del niño.
- COSTUMBRES DUDOSAS:** Son aquellas respecto a las que es difícil decidir si son buenas o malas.
(7).

ANEXO III

FORMULARIO DE DATOS No. 1

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS SOBRE ASPECTOS SOCIO-
ECONOMICOS DE LOS PADRES CON NIÑOS DE 0-5 AÑOS.

NUMERO: _____

A) DATOS GENERALES

FECHA: _____ EDAD: _____

LOCALIDAD: _____

B) DATOS SOCIOECONOMICOS:

LEE Y ESCRIBE EL JEFE DE LA FAMILIA: _____

ESCOLARIDAD: _____

OCUPACION DEL JEFE DE LA FAMILIA: _____

TENENCIA DE LA VIVIENDA: _____

NUMERO DE AMBIENTES: _____

INGRESO ECONOMICO: _____

FORMULARIO No. 2

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS SOBRE PATRONES DE
ALIMENTACION DE LA MADRE EN RELACION AL NIÑO DE 0-5 AÑOS.

I. ALIMENTACION DEL LACTANTE:

1. Qué fue lo primero que le dió de tomar/o comer a su niño después del nacimiento? _____

Cuántas horas después? _____

2. Qué tipo de lactancia está dando a su niño actualmente?

a. Materna

b. Mixta

c. Artificial

En caso de contestar lactancia artificial pasar a la pregunta No. 5.

3. Cuántas veces da de mamar a su niño durante el día?

4. Tiene horario fijo para dar de mamar a su niño? _____

_____ cada que tiempo? _____

5. Qué tipo de leche le está dando a su niño?

a. Fresca

b. Evaporada

c. En polvo

d. Otra: especificar: _____

6. Además de la leche le da otros alimentos al niño? _____

(En caso de contestar no, pasar a la parte No. II).

Alimento	Edad que lo introduce	Forma que lo introduce
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

No. Veces/Día _____

II. ANAMNESIS ALIMENTARIA (recordatorio de 24 horas)

	Tiempo de comida.
Tipo de alimentos	DESAYUNO
Tipo de alimentos	ALMUERZO
Tipo de alimentos	CENA

1. Alimentos consumidos entre comida: _____
3. La alimentación de este día fue diferente de la dieta usual del niño? _____

III. FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS:

Alimentos	Frecuencia de consumo		
	Diario	Semana	Mensual
Carnes: res, cerdo, ave.			
Huevos.			
Leche: fresca			
evaporada			
en polvo.			
Queso			
Frijoles			
Arroz			
Maíz: tortilla			
Pan			
Fideos			
Vegetales verdes y amarillos			
Plátano			
Frutas			
Dulces			

FORMULARIO No. 3

INSTRUMENTO SOBRE RECOLECCION DE DATOS SOBRE CREENCIAS Y PRACTICAS DE LA MADRE EN RELACION A LA ALIMENTACION DEL NIÑO DE 0-5 AÑOS.

EDAD DEL NIÑO: _____

GUÍA 3.1 LACTANCIA MATERNA

- 3.1.1. ¿Qué le da usted al niño al nacer? _____
Porque? _____
- 3.1.2. ¿Al cuánto tiempo de nacido el niño, piensa usted que se le debe dar el pecho? _____
Porque? _____
- 3.1.3. ¿Cree usted que es beneficioso o dañino para el niño recién nacido darle el calostro o primera leche? _____
Porqué? _____
- 3.1.4. ¿Cree usted que debe dársele algún otro alimento al niño al nacer? _____ Cuales? _____
Porqué? _____
- 3.1.5.. ¿Cada cuánto tiempo hay que darle el pecho a su hijo? _____
Porqué? _____
- 3.1.6. ¿Cuánto tiempo deja usted que mame su niño en cada pecho? _____ Porqué? _____
- 3.1.7. ¿Cuanto la madre está enojada o sufrió una cólera, se le puede dar de mamar al niño? Si _____ No _____
Porqué? _____
- 3.1.8. ¿Cuánto usted está enferma que le da al niño? _____
Porqué? _____
- 3.1.9. ¿Hasta qué edad es bueno darles pecho a los niños? _____
Porqué? _____

- 3.1.10. ¿Cómo cree usted que es recomendable destetar a los niños? Gradualmente _____
 Subitamente _____
 Porqué? _____
- 3.1.11. ¿Qué debe hacerse para que los niños dejen el pecho?

¿Si se le da alguna sustancia o alimentos, cual (es) es (son) esto(s)? _____

GUIA 3.2. DIETA DE NIÑOS

- 3.2.1. ¿A qué edad le comenzaría a dar otros alimentos al niño además del pecho/o, sin el pecho? _____
 Porqué? _____
- 3.2.2. ¿Hay alguna enfermedad del niño por la cual no se le debe dar de mamar o comer? _____
 Cuales? _____
 Porqué? _____
- 3.2.3. ¿A que edad cree usted que el niño puede ya comer los alimentos que la familia consume? _____
 Porqué? _____
- 3.2.4. ¿Cuáles son los mejores alimentos para los niños pequeños? _____
 Porqué? _____

ANEXO IV

MONOGRAFIAS DE LAS COMUNIDADES

LOS PALMARES

A. TOPOGRAFIA Y DISTRIBUCION DEMOGRAFICA:

La aldea de Los Palmares, está ubicada al este del Municipio de Teculután, dista de la cabecera municipal aproximadamente 3 kms. y de la cabecera departamental (Zacapa) 23 Kms. siendo su extensión territorial aproximada 500 mts².

Su extensión incluye terrenos planos y quebrados por lo que su situación topográfica es irregular, su clima es calido.

Hay una carretera de terracería transitable en invierno y verano, hacia Teculután, esta aldea es bañada por quebradas y riachuelos.

Como hasta el momento de realizar el estudio no se había efectuado ningún censo poblacional, se estimó que la población para final del año 1992 era de 225 habitantes en total. Esta cantidad se obtuvo de multiplicar el número de casas construidas por el número de habitantes por casa, es decir $45 \times 5 = 225$. Aunque dicho dato no es del todo confiable.

Los habitantes de Los Palmares están constituidos en su mayoría por el grupo étnico mestizo e indígena y se habla el idioma español.

B. ORGANIZACION POLITICA Y SOCIAL:

La aldea Los Palmares cuenta actualmente con dos alcaldes auxiliares, los que son nombrados por el alcalde municipal; estas personas no devengan ningún salario por prestar sus servicios, y entre sus funciones están el informar a la municipalidad de actividades que se realizan en la comunidad que tienen alguna trascendencia, además se encargan de darles la solución respectiva a lo casos menores que se presentan.

En la aldea se cuenta con una dependencia gubernamental como lo es la escuela nacional.

Esta aldea no cuenta con ningún comité de vecinos que se preocupe por el mejoramiento y desarrollo comunitario.

Se cuenta en la aldea con un número aproximado de 45 viviendas, las que están construidas principalmente de adobe, bajareque, lamina y palma; además se cuenta con los servicios de agua potable y luz eléctrica.

Referente a la religión, cuenta con una iglesia católica, por lo que la mayoría profesa la religión católica.

C. ORGANIZACION ECONOMICA:

La mayor parte de los habitantes de la población se dedican al trabajo de jornaleros, cuando es tiempo de cosechas, principalmente tabaco, tomate; y en poca escala a la agricultura, ya que les es difícil obtener tierra arrendada para trabajar. Son pocas las personas que trabajan en fábricas, gasolineras o son comerciantes.

La crianza y engorde de cerdos constituye otra forma de ingreso económico.

La mayor parte de las mujeres de la población son amas de casa, pero en épocas de cosechas contribuyen a la economía del hogar realizando trabajos en el campo; cuenta la aldea solo con una tienda, donde se pueden obtener algunos artículos de primera necesidad.

D. RECURSOS DE SALUD BIOMEDICOS Y TRADICIONALES:

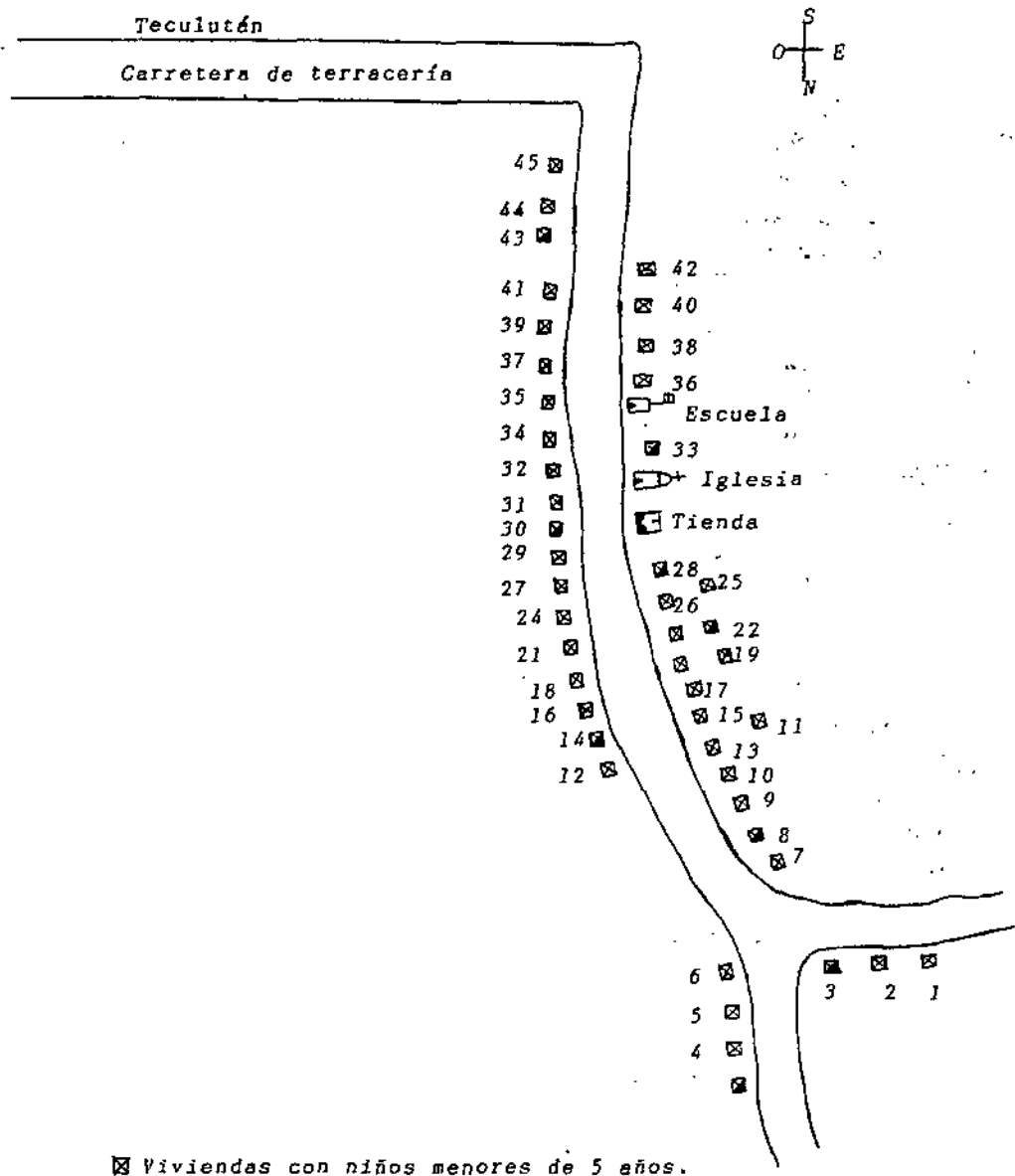
En la cabecera municipal se cuenta con un centro de salud, el cual es atendido por una Doctura Graduada, tres enfermeras auxiliares, un técnico en salud rural, nombrados por el Ministerio de Salud Pública. Existen además en la aldea dos promotores en salud rural y dos comadronas tradicionales, hay curanderos, sobadores (sin saber cantidad exacta).

E. MEDIOS DE TRANSPORTE Y COMUNICACION:

Existe el transporte terrestre unicamente, que tiene un recorrido hacia la carretera municipal, siendo el recorrido en su mayoría a pie y en bicicletas.

Nos existe ningún medio de comunicación.

ALDEAS LOS PALMARES



EL REMOLINO**A. TOPOGRAFIA Y DISTRIBUCION DEMOGRAFICA:**

El Remolino cuenta con una extensión territorial aproximada de 1 Km², siendo su altura promedio de 200 metros sobre el nivel del mar. Su clima es calido, observándose temperaturas de 43 grados en los meses de marzo y abril.

La distancia que hay de la aldea a la cabecera municipal es de aproximadamente 10 kms, sobre carretera de terracería transitable en toda época del año. Está ubicada en lugares planos y quebrados, por lo que su situación topográfica es irregular, siendo atravesada por una quebrada y su posición es de este a oeste.

La aldea cuenta con un número de 35 viviendas, con un número aproximado de 5 habitantes por vivienda, es decir hay 175 habitantes en total.

B. ORGANIZACION POLITICA Y SOCIAL:

En la aldea se cuenta con dos alcaldes auxiliares, los que son nombrados por el alcalde municipal; estas personas no devengan ningún salario por prestar sus servicios, y entre sus funciones están el de informar a la comunidad sobre algún trabajo a realizar que requiera su participación, y a la vez mantener una relación constante con la municipalidad a fin de informar sobre actividades que tengan alguna trascendencia.

En la aldea se cuenta con una dependencia gubernamental, como lo es la escuela nacional.

Se cuenta con un número de 35 viviendas las que están construidas en su mayoría de adobe, bajareque, palma, lamina.

C. ORGANIZACION ECONOMICA:

La mayoría de habitantes de esta comunidad se dedica a trabajar como jornaleros, trabajando por temporadas en épocas

de cosechas, principalmente tabaco, tomate.

La crianza de cerdos, constituye otra forma de ingreso económico.

La mayor parte de las mujeres de la población son amas de casa, dedicándose por temporadas a trabajos en el campo en épocas de cosechas a cortar tabaco, corte de tomate, contribuyendo en esta forma a la economía del hogar.

La aldea cuenta con dos tiendas en donde se pueden comprar algunos artículos de primera necesidad.

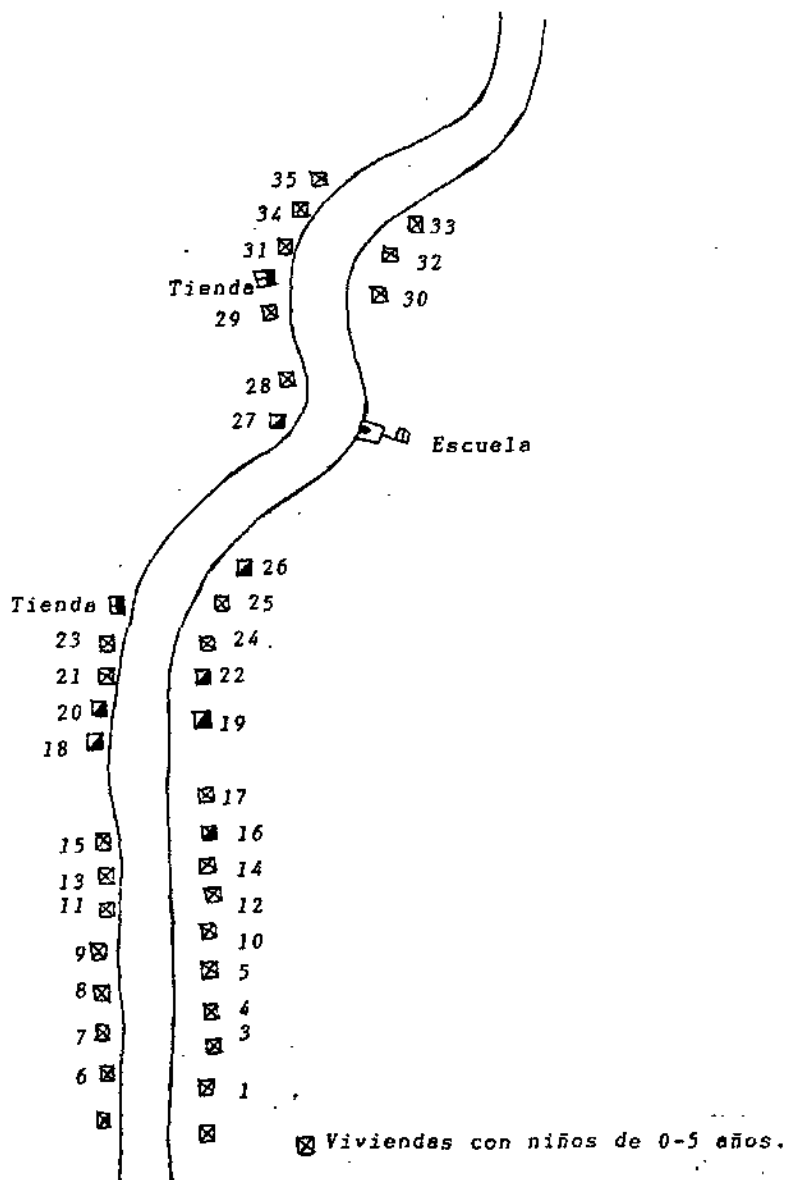
D. RECURSOS DE SALUD BIOMEDICOS Y TRADICIONALES:

La comunidad se sirve del centro de salud del municipio que cuenta con personal capacitado y nombrado por el Ministerio de Salud Pública, además existen 3 promotores en salud rural, 2 comadronas tradicionales, y sobadores y curanderos (sin saber cantidad exacta).

E. MEDIOS DE TRANSPORTE Y COMUNICACION:

En la comunidad no existe ningún medio de comunicación (es decir telegrafos y correos), usan como medios de transporte algunas personas bicicletas y la mayoría se conduce a pie.

EL REMOLINO



EL ARCO

A. TOPOGRAFIA Y DISTRIBUCION DEMOGRAFICA:

El Arco tiene una extensión territorial aproximada de 2 kms², con clima templado, a una distancia de aproximadamente 12 kms. de la cabecera municipal.

Su extensión incluye terrenos quebrados y accidentados rodeados por montañas, por lo que su situación topográfica es del tipo irregular.

La aldea es atravesada en su parte media por una quebrada y además hay pequeños riachuelos.

Por un censo efectuado en 1991 por Conalfa, se obtuvo un total de 400 habitantes, mientras que por censo efectuado personalmente en el año 1992 se encontró una población de niños menores de 5 años de 70.

Los habitantes constituyen una población inmigrante y de variada procedencia, siendo en su mayoría mestizos, hablando el idioma español.

B. ORGANIZACION ECONOMICA:

Las más importantes fuentes de trabajo están representadas por (obreros, jornaleros). Algunos habitantes se dedican al cultivo del maíz y frijol, pero únicamente para consumo, pues es difícil conseguir tierras arrendadas. Además la crianza y engorde de porcinos en pequeña escala, representa otra fuente de ingreso económico.

La mayor parte de las mujeres son amas de casa, y algunas trabajan en fábricas, contribuyendo en alguna forma a la economía del hogar.

La comunidad cuenta con dos tiendas en donde se pueden adquirir algunos productos de primera necesidad.

C. ORGANIZACION POLITICA Y SOCIAL:

En la comunidad se cuenta con dos alcaldes auxiliares los cuales son nombrados por el alcalde municipal; estas personas no devengan ningún salario por prestar sus servicios, y entre sus funciones están el de informar a la municipalidad sobre actividades que tengan alguna trascendencia. En la aldea se cuenta con una dependencia gubernamental, como lo es la escuela nacional.

La comunidad está organizada por un comité de vecinos que se encargan de velar por el mejoramiento y desarrollo comunitario (velar por servicios de carretera, agua potable).

Se cuenta con un número de 60 viviendas las que están construidas en su mayoría de adobe, lamina, palma bajareque. Además se cuenta con servicios de agua potable y luz eléctrica. La mayoría de la población son mestizos y hablan español. Hay un templo evangelico, siendo la mayoría protestantes.

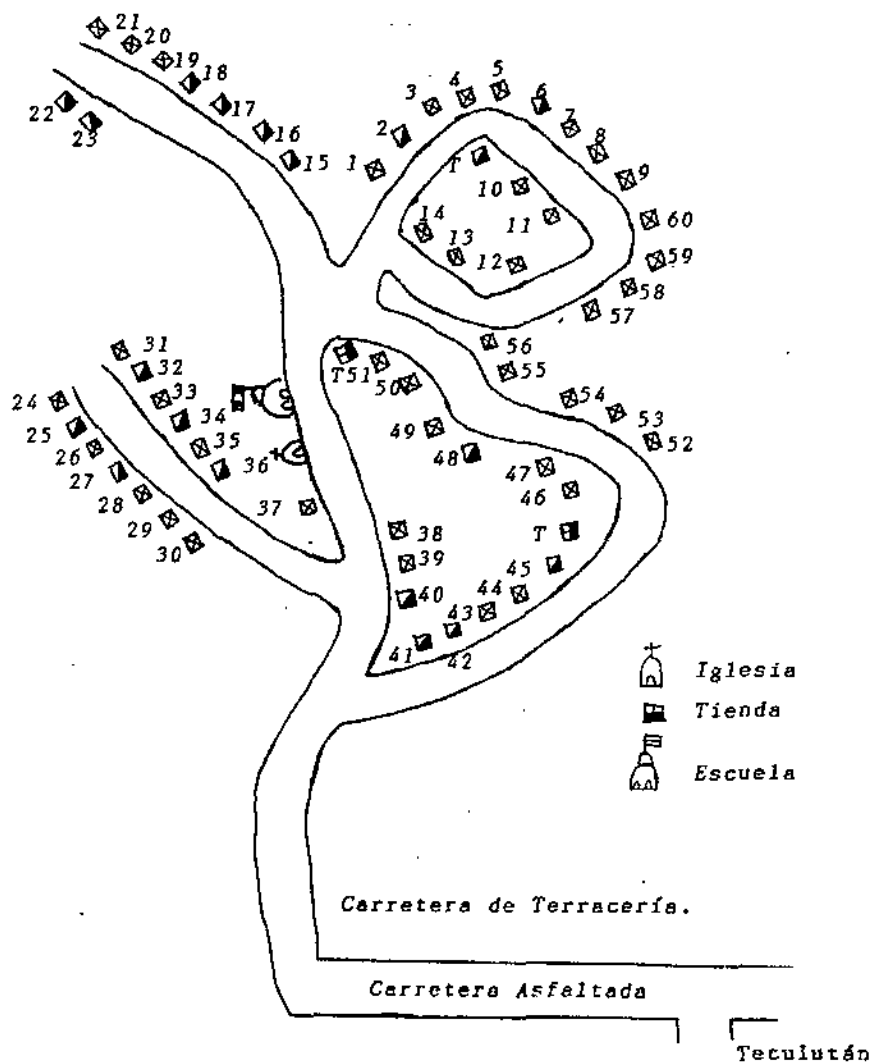
D. RECURSOS DE SALUD BIONEDICOS Y TRADICIONALES:

Además de contar la comunidad con el Centro de Salud de la cabecera municipal, hay 2 promotores en salud rural y 3 comadromas tradicionales, sobadores, curanderos (sin saber cantidad exacta).

E. MEDIOS DE TRANSPORTE Y COMUNICACION:

En la comunidad no existe ningún medio de comunicación (correo o telegrafo) la mayoría de personas se conduce a pie y otras usan bicicleta.

EL ARCO



EL MILAGRO

A. TOPOGRAFIA Y DISTRIBUCION DEMOGRAFICA:

El Milagro cuenta con una extensión territorial aproximada de 1 km², su clima es calido observándose temperaturas de 42 grados en los meses de marzo y abril.

La distancia que hay de esta comunidad a la cabecera municipal es de aproximadamente 2 kilometros, sobre carretera de terracería transitable en toda época del año. Está ubicada en lugares planos, por lo que su situación topográfica es regular, siendo atravesada por corrientes pequeñas de agua denominadas (tomos). Su posición es de norte a sur.

La aldea cuenta con un número de 40 viviendas, con un número aproximado de 5 habitantes por vivienda, es decir hay 200 habitantes en total.

B. ORGANIZACION POLITICA Y SOCIAL:

En la aldea se cuenta con dos alcaldes auxiliares, los que son nombrados por el alcalde municipal; estas personas no devengan ningún salario por prestar sus servicios, y entre sus funciones están el de informar a la municipalidad sobre actividades que tengan alguna trascendencia.

En la comunidad solo hay una dependencia gubernamental como lo es la escuela nacional.

La comunidad está organizada por un comité de vecinos, que se encarga de velar por el mantenimiento de algunos servicios (agua potable, carreteras, limpieza).

Se cuenta con un total de 40 viviendas las que están construidas en su mayoría de adobe, lamina, ladrillo, palma. Contando con servicios de agua potable y luz eléctrica.

En la referente a religión, existe un templo evangélico, encontrándose habitantes que profesan la religión protestante y algunos que son católicos viajan a la cabecera municipal los fines de semana.

C. ORGANIZACION ECONOMICA:

La mayor parte de los habitantes trabajan como obreros de fábrica, y algunos son jornaleros; dedicándose en poca escala a la agricultura, ya que les es difícil obtener tierra arrendada para trabajar.

La crianza y engorde de cerdos constituye otra forma de ingreso económico.

La mayor parte de las mujeres de la población son amas de casa, pero en épocas de cosechas contribuyen a la economía del hogar realizando trabajos en el campo, además algunas desempeñan trabajos en fabricas.

Cuenta la aldea con tres tiendas, donde se pueden obtener algunos artículos de primera necesidad.

D. RECURSOS DE SALUD BIOMEDICOS Y TRADICIONALES:

Además de contar con los servicios de un Centro de Salud en la cabecera municipal, existen tres promotores en salud rural y dos comadronas tradicionales, hay curanderos, sobadores (sin saber cantidad exacta).

E. MEDIOS DE TRANSPORTE Y COMUNICACION:

Existe el transporte terrestre unicamente, conduciendose por medio de moticicletas, bicicleta y a pie.

No existe ningún medio de comunicación (correos o telegrafos).

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

EL MILAGRO

