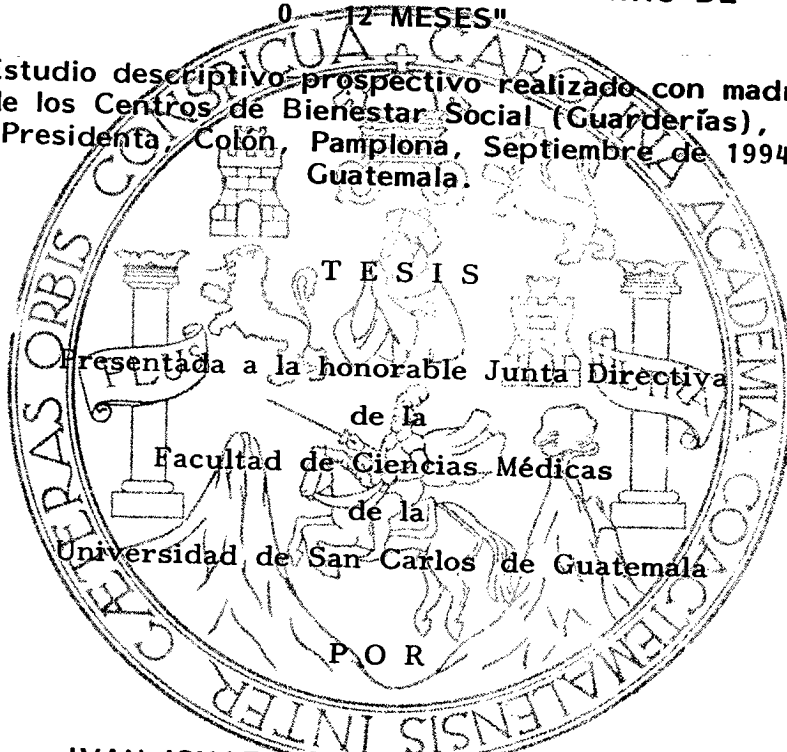


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"DESCRIPCION DE CONOCIMIENTOS, CREENCIAS Y  
PRACTICAS ALIMENTARIAS DEL NIÑO DE  
0 - 12 MESES"

(Estudio descriptivo-prospectivo realizado con madres  
de los Centros de Bienestar Social (Guarderías), La  
Presidenta, Colón, Pamplona, Septiembre de 1994)  
Guatemala.



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

P O R

IVAN ISMAEL GONZALEZ CHINCHILLA

En el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, OCTUBRE DE 1994

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
Biblioteca Central

D2  
05  
T(7272)



FORMA C

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 7 de octubre de 1994

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

Se informa que el: IVAN ISMAEL  
Título o diploma de diversificado, Nombres y apellidos  
GONZALEZ CHINCHILLA.- Carnet No. 88-13021  
completos

Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:  
"DESCRIPCION DE CONOCIMIENTOS, CREENCIAS Y PRACTICAS ALIMENTARIAS DEL NIÑO DE 0 - 12  
MESES".

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 cien-  
tífica del mismo, por lo que firmamos conformes:

[Signature]  
Firma del estudiante

[Signature]  
Asesor  
Firma y sello personal

MARIA ELENA MORALES MODENESI  
MEDICO Y CIRUJANO  
COLG. NO. 3032

[Signature]  
Revisor  
Firma y sello  
Registro Personal 11499

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

HACE CONSTAR QUE:

El (La) Bachiller: IVAN ISMAEL GONZALEZ CHINCHILLA.-

Carnet Universitario No. 88-12321

Ha presentado para su Examen General Público, previo a optar al  
Título de Médico y Cirujano, el trabajo de Tesis titulado:

"DESCRIPCION DE CONOCIMIENTOS, CREENCIAS Y PRACTICAS ALIMENTARIAS DEL NIÑO  
DE 0-12 MESES"

Trabajo asesorado por: DRA. MARIA ELENA MORLAES MODENESI.

y revisado por: DR. RAMIRO VALENCIA.

quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite,  
firma y sello la presente

ORDEN DE IMPRESION:

Guatemala, 7 de Octubre de 1994

DR. EDGAR R. DE LEON BARILLAS  
Por Unidad de Tesis

DR. RAUL A. CASTILLO RODAS

DIRECTOR  
CENTRO DE INVESTIGACIONES  
DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

IMPRIMASE:



Ivan Gonzalez Chinchilla  
AÑO



## I N D I C E :

	CONTENIDO	Página
I	INTRODUCCION.....	1
II	DEFINICION DEL PROBLEMA.....	3
III	JUSTIFICACION.....	5
IV	OBJETIVOS.....	7
V	REVISION BIBLIOGRAFICA.....	9
	A. DEFINICIONES.....	9
	B. LA CULTURA Y LA SALUD.....	9
	C. ANTROPOLOGIA MEDICA Y DE LA SALUD....	10
	D. EL ESTADO CORPORAL.....	11
	E. EL SISTEMA CALIENTE-FRIO EN LA CLASIFICACION DE LOS ALIMENTOS.....	12
	F. FACTORES QUE DETERMINAN LAS PRACTICAS ALIMENTARIAS.....	13
	G. NUTRICION DE LA MUJER EMBARAZADA....	14
	H. CREENCIAS Y PRACTICAS EN RELACION CON LA CRIANZA DEL NIÑO.....	14
	I. LA DESNUTRICION Y LOS MODELOS DE LA DIETA EN LOS ADULTOS Y LOS NIÑOS....	18
	RECOMENDACIONES POR OPS-OMS.....	20
	NORMAS DEL MSPAS, IGSS.....	22
VI	METODOLOGIA.....	24
	A. INSTRUMENTOS DE MEDICION DE LAS VARIABLES.....	27
	B. EJECUCION DE LA INVESTIGACION.....	28
VII	PRESENTACION DE RESULTADOS.....	29
VIII	ANALISIS Y DISCUSION.....	39
IX	CONCLUSIONES.....	44
X	RECOMENDACIONES.....	46
XI	RESUMEN.....	47
XII	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	49
XIII	ANEXOS.....	53

## I. INTRODUCCION .

La alimentación del niño en el primer año de vida es fundamental para lograr un adecuado desarrollo del mismo, así como evitar una serie de enfermedades que se presentan debido a deficiencias nutricionales.

Dentro del grupo de personas responsables en forma directa de la adecuada alimentación del niño, destacan las madres, quienes juegan un rol preponderante en este aspecto, ya que ellas poseen una serie de conocimientos, creencias y prácticas que determinan la alimentación del niño y que redundarán directamente en beneficio o deterioro de la salud.

Teniendo como objetivo identificar los conocimientos, creencias y prácticas alimentarias de las madres de los Centros de Bienestar Social (Guarderías), La Presidenta, Colón y Pamplona, se observó y entrevistó al total de las madres que tuvieran niños de 0 - 12 meses; para clasificarlas en positivas, negativas o inócuas, según las recomendaciones actuales; haciéndose uso del método etnográfico de recolección de datos, que consiste en un conjunto de técnicas de investigación antropológica aplicadas al campo de la salud, como es la observación directa y participativa, conversaciones informales y entrevistas dirigidas formales e informales.

Los conocimientos, creencias y prácticas de una población corresponden al medio sociocultural en que se habita, sin embargo el propósito de este estudio no es justificar dichas conocimientos, creencias y prácticas, sino identificarlas y reflejar su existencia para tratar de estimular las positivas y desestimular las negativas.

## II. DEFINICION DEL PROBLEMA .

Guatemala como muchos países subdesarrollados afronta entre sus múltiples dificultades el de la salud, la cual se ha agudizado aún más en los grupos sociales marginales tanto del campo como de la ciudad. De este problema se han considerado como responsables factores biológicos, económicos y sociales, aislando los elementos culturales arraigados en grandes poblaciones y que inciden en beneficio o deterioro de la salud.(45,46)

Al diseñar materiales educativos y programas de comunicación en salud, es necesario contar con información acerca de los conocimientos, creencias y prácticas de las poblaciones locales; en este caso de la alimentación del niño de 0 - 12 meses (21,30,34), y a través del conocimiento de éstos adecuar o bien realizar mejores acciones educativas y así evitar que el problema de desnutrición se incremente aún más ya que se sabe que en Guatemala un 80% de niños menores de 5 años padecen de algún grado de desnutrición proteico-energética; la cual está presente en más de una tercera parte de las muertes en niños.

Tomando en cuenta que nuestro país es rico en creencias y prácticas, culturas y recursos médicos tradicionales que favorecen buenos o malos hábitos alimenticios (36), consideramos necesario identificar los conocimientos, creencias y prácticas positivas, negativas e inócuas que inciden en la alimentación del niño de 0 - 12 meses, específicamente en los niños de los Centros de Bienestar Social(CBS\*), La Presidenta, Colón, Pamplona de la ciudad de Guatemala.

El presente estudio por sus características eminentemente cualitativas y por llevarse a cabo en un grupo social con costumbres, conocimientos y creencias propias, forma parte de el campo de la Antropología, o más específicamente, está incluido dentro de las investigaciones Antropológicas, aplicadas al campo de la salud; por lo que en este estudio, se hizo uso del método Etnográfico como instrumento de investigación, cuyas características se explican en el apartado de la revisión bibliográfica. (17,21, 35).

(CBS\*)= Son llamados Guarderías.

### III. J U S T I F I C A C I O N :

El mejoramiento de las pautas alimentarias de la madre y su hijo, constituyen uno de los componentes básicos de atención primaria del niño. Sin embargo, las acciones sistemáticas en materia de alimentación y nutrición han tenido, en general, carácter poco práctico, dado que tradicionalmente se han orientado a la curación de enfermedades y no a su prevención.(49) Además hay que hacer mención de las costumbres y prácticas locales, las cuales en nuestro medio han sido poco estudiadas; por lo que nos hemos convertido en aplicadores de experiencias importadas de otros lugares en los cuales sus costumbres, tradicionales y realidades son muy distintas a la nuestra, lo cual se debe directa o indirectamente a la tendencia "urbanizante" del médico actual, cuya formación no está en función de la realidad propia sino en función de las necesidades de la población que posee los recursos económicos; creando así indiferencia por las necesidades de la población de escasos recursos económicos que aún conservan sus costumbres y tradiciones.(1,2,3,41)

Tomando en cuenta que contamos con muy pocos estudios con respecto a los conocimientos, creencias y prácticas de la población hacia la alimentación del niño, los cuales están dirigidos especialmente a poblaciones rurales del altiplano del país y a poblaciones urbanas marginales, donde se ha encontrado que los conocimientos, creencias y prácticas negativas exceden en gran medida a las positivas; lo cual nos pone en evidencia la situación real de esas zonas que a pesar de estar en el perímetro urbano, sus prácticas son deficientes (10.14.26). Hemos considerado necesario conocer los conocimientos, creencias y prácticas de la alimentación del niño en una población donde aún se conservan aspectos sociales y culturales que son más numerosos que los aspectos médicos y técnicos por lo que debemos acabar con nuestra indiferencia hacia las culturas locales, conociendo las creencias y costumbres propias y podamos desarrollar una adecuada comunicación con el paciente y las madres de los niños que asisten a los Centro de Bienestar Social, mediante actividades educativas de parte de los estudiantes que prestan su servicio a dichos Centros.

#### IV. O B J E T I V O S .

##### GENERALES:

- Identificar los conocimientos, creencias y prácticas alimentarias de las madres de lactantes de 0 - 12 meses de los Centros de Bienestar Social, La Presidenta, Colón, Pamplona.
- Clasificar los conocimientos, creencias y prácticas alimentarias en Positivas, Negativas e inócuas según el conocimiento médico contemporáneo.

##### ESPECIFICOS:

- Promoveer actividades educativas sobre alimentación adecuada del lactante con estudiantes de medicina, personal y madres de los Centros de Bienestar Social en estudio.



## V. REVISION BIBLIOGRAFICA.

### A. DEFINICIONES:

1. ACTITUD: Reacción afectiva, positiva o negativa hacia un objeto, proposición u otra. Ejemplo: La madre no le daría suero oral al niño en caso de diarrea.
2. CREENCIA: Expresión de lo que una persona da por cierto. Ejemplo: La "mollera caída" es la causa de la diarrea del niño. (21,42)
3. PRACTICA: Uso, costumbre, estilo; lo que se hace con frecuencia. Ejemplo: En algunas comunidades, los niños reciben inmediatamente después del nacimiento un jarabe medicinal o aceite de oliva con el objeto de "limpiar internamente al niño".(23,42)

### B. LA CULTURA Y LA SALUD:

La medicina tradicional forma parte de toda cultura y conforma un campo de investigación especial para las personas involucradas en las áreas de la salud, su propósito es investigar y analizar todos aquellos recursos positivos que beneficien la salud de la colectividad; así como también descartar las creencias y/o elementos negativos o nocivos. En diversos países ha sido motivo de estudio en los últimos años.(41,44,45)

La Organización Mundial de la Salud considera que solamente a través de la práctica médica científica no se puede alcanzar un objetivo trazado como es: Salud para todos en el año 2,000, por lo que busca apoyarse en la práctica médica tradicional y articularse íntimamente, con lo que se beneficiará a poblaciones mayoritarias que por diversas razones no hacen uso de la medicina institucionalizada.(45)

Guatemala es un país rico en creencias, prácticas y recursos médicos tradicionales. Esto obedece a la fusión de los conocimientos médicos alcanzados por la cultura maya con los aportes médicos populares traídos por los españoles durante la conquista y colonización. Aunado todo ello a los avances médicos contemporáneos, se ha formado una amalgama de conocimientos que ha despertado interés científico. Por ello en nuestro país cada grupo social y étnico ha seleccionado sus elementos y los ha jerarquizado de acuerdo a sus necesidades.

Estos conocimientos han sido condicionados por su proceso histórico, el ambiente y la cultura.(45)

### C. ANTROPOLOGIA MEDICA O DE LA SALUD:

Un interés marcado por profundizar en el estudio de ésta disciplina se dió durante finales de la segunda guerra mundial, cuando antropólogos comenzaron a mostrar interés en los procesos sociales, culturales y psicológicos involucrados cuando servicios de salud "modernos" se adentraron a comunidades que dependían históricamente de Medicina Tradicional. (15)

Cuando se hicieron presentes servicios de salud oficiales, académicos u occidentalizados en área de competencia de la medicina tradicional, ésta era cuestionada dándoseles a estas poblaciones otra opción para elegir (la occidental). Pero numerosas personas frecuentemente han buscado ayuda en ambos sistemas médicos.(15,19)

#### 1.DIVISION DE GRUPOS GUATEMALTECOS ATENDIENDO A SUS HABITOS ALIMETARIOS:

En algunas comunidades de Guatemala, los hábitos alimentarios como lo demuestra el estudio realizado por Solien, han sido objeto de cambio muy marcados. Esta autora divide a los grupos así:

- a. POBLACIONES RURALES TRADICIONALES: Que están formadas por aquellas comunidades, familias y personas indígenas que mantienen características materiales y espirituales, pensamientos y supersticiones, formas sociales y poder mágico religioso. Se trata de poblaciones indígenas que, a lo largo de siglos, desde la conquista, la colonia y la vida republicana se han ubicado en áreas geográficas y culturales donde vive la cultura dominante; que han soportado una serie de presiones y fuerzas destructoras de sus formas, modalidades y abusos, que pese a todos esos factores, han sobrevivido con formas propias. Con el nombre de comunidades, comunas, parcialidades, tribus, barrios, caseríos y otros.(10,40)
- b. POBLACIONES RURALES CON ALGUNOS CAMBIOS: Formadas por una gama de comunidades indígenas, que se encuentran en procesos de integración, sin que hayan aceptado adquirir ciertas formas fundamentales de la cultura nuestra. Los procesos de cambio corresponderían expresamente a los correspondientes a la cultura de los bajos estratos. Hay asimilación de

características y patrones de nuestra cultura; pero, al mismo tiempo, se mantienen con mayor o menor grado, las formas y características de su propia cultura, de su propio pensamiento.(10,40)

- c. SECTOR URBANO POBRE: Son aquellos que están integrados, los que por motivos de procesos espontáneos, de relaciones con los grupos no indígenas, o por operaciones planificadas y frecuentes; por obra de agencias y agentes que actúan intencionalmente para el cambio, han llegado a integrarse plenamente a la cultura dominante, la nuestra. Son indígenas que están identificados como tales, gracias a la conservación de ciertos valores culturales; en cambio, en la vida material como espiritual, en las formas sociales y políticas, están participando de varios patrones de nuestra cultura. (40,45).

Más adelante se describirá que cada uno de estos grupos de manera característica, posee prácticas negativas y positivas en cuanto a patrones dietéticos.

#### D. EL ESTADO CORPORAL:

Hay dos modelos para tratar de describir el estado del cuerpo; en estado normal y como mantenerlo sano.

##### 1. MODELO I:

Neueswander considera a este modelo como "lo ideal"; se mantiene por medio del balance y contrabalance de las condiciones internas y externas. Este balance o equilibrio se pierde en caso de enfermedad y en los estados transitorios como menstruación, embarazo y embriaguez (los cuales son clasificados "Caliente"). 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 enfermedad.(22)

##### 2. MODELO II:

"Lo real" se basa en el concepto de que el estado 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. (22,32)

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

El sistema de calor y frío incluye, no solamente remedios y enfermedades, sino también se extiende a la clasificación de los alimentos. Los términos caliente y frío se refieren más bien a una calidad simbólica inherente a las entidades clasificadas; la idea de temperatura tiene poco que ver aquí. (17,22)

Los parámetros principales empleados en la determinación de las calidades de caliente y frío en los alimentos siguen.

Con respecto a los alimentos, sus cualidades muchas veces dependen de:

**1. EDAD:**

Con el tiempo intensifican el calor, Ej: el queso recién hecho es "frío" mientras que el seco es "caliente"; el maíz tierno (elote) es frío y el sazón, cocido en cal o tortilla es caliente.

**2. EL SEXO:**

La carne de gallina es más caliente que la del gallo.

**3. LOCALIDAD:**

Los que crecen en el agua y bajo la tierra son fríos (pez, berro, cebolla, remolacha, zanahoria, papa, etc.), plátano y caña de azúcar son calientes porque crecen en la tierra cálida.

**4. 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 mucho más caliente que el blanco, aunque ambos son fríos cuando están tiernos (elotes) y ambos son calientes cuando están sazones en forma de tortilla; la yema de huevo y el plátano amarillo son calientes; los alimentos blancos tienden hacia lo frío (clara de huevo, maíz blanco, azúcar blanca, frijoles blancos, sal y leche); y los alimentos rojos y negros son calientes [azúcar morena (panela) frijoles colorados, frijoles negros, y chile rojo.]

**5. DOMESTICACION Y DIETA (De los animales)**

La carne de los animales domésticos (pollo, pavo,

vaca, ovejas y cabras), es caliente; mientras que, la de los animales anteriormente salvajes (ardillas, conejos, marranos y aves) es fría.

#### 6. SENSACION PRODUCIDA:

Las especies y bebidas que poseen un color penetrante o sensación muy picante (ajo, café, licor, miel, cacao, chile seco y otros), se clasifican como calientes; las cebollas y chile verde son excepciones. Las cosas que son más blandas como arroz y las pastas, son frías.

#### 7. SUCULENCIA:

La mayoría de frutas y verduras son frías Ej: chile verde (frío) en contraste al desecado (caliente) y el elote (frío) en contraste al maíz sazón (caliente). (10,17,22,26,32,45,47)

Los cambios dietéticos son importantes en todos los grupos; las comidas se seleccionan no por su calidad nutritiva, sino con el criterio de que dañen a la madre o al niño, corrientemente basándose en la categoría cognitiva calor-frío según la cual muchos alimentos de alto valor protéico con frecuencia son clasificados como fríos y se recomienda evitarlos.(23

#### F. FACTORES QUE DETERMINAN LAS PRACTICAS ALIMENTARIAS:

Estas prácticas, que son transmitidas por grupos de una generación a otra, y que son de alta significancia vienen a constituir los hábitos alimentarios. Las prácticas alimentarias varían conforme los factores que les dan origen.

##### 1. GEOGRAFICOS:

La situación geográfica, la calidad de la tierra, el clima, el suministro de agua, la caza y la pesca, así como la capacidad de producción de la población en materia de agricultura, ejercen una influencia determinante sobre la disponibilidad de alimentos y por ende de los hábitos alimentarios.

##### 2. ECONOMICOS:

Los factores económicos son de vital importancia en la determinación de los estilos y costumbres alimentarias. El costo de los alimentos es una gran barrera en la aceptación de los mismos, especialmente en los países en desarrollo.

### 3. BIOLÓGICOS:

De acuerdo a edad, salud, ciclo de vida (embarazo, puerperio, lactancia, adolescencia, etc.)

### 4. EDUCATIVOS:

La educación o nivel educativo de la familia y en especial del miembro encargado de planificar la alimentación es determinante en los hábitos alimentarios de esa familia.

### 5. SOCIO-CULTURALES:

La preparación y consumo de los alimentos está subordinada a ciertas creencias y métodos tradicionales que se van transmitiendo de una generación a otra, dictados principalmente por experiencias que han sido beneficiosas para un grupo y son inculcadas a los niños pequeños. (18,38,43)

## G. NUTRICION DE LA MUJER EMBARAZADA:

Dentro de los aspectos de nutrición de la mujer embarazada ocupa un lugar importante el "antojo" o deseo imperioso que la futura madre puede tener de ciertos alimentos o ingestión de determinadas substancias y se considera que de no ser satisfechos sus deseos, pueden ocurrir daños al niño producirse aborto. En algunas comunidades se les cuida el hábito de comer barro que es considerado mortal. (23)

Algunas de las limitaciones con la creencia de no perjudicar al niño lo constituye el consumo de la carne, la cual constituye una práctica negativa el restringírsele un aporte protéico. Por lo general la dieta siempre se basa en el sistema calor-frío de los alimentos. (10,26)

## H. CREENCIAS Y PRACTICAS EN RELACION CON LA CRIANZA DEL NIÑO:

En nuestro país respecto a los hábitos alimentarios y en particular la lactancia natural, estudios realizados con antelación demuestran que es variable así: En los grupos indígenas más tradicionales la lactancia materna se inicia unas horas después del nacimiento, considerándose adecuado. Sin embargo, en otros sectores de la población consideran que el calostro no es conveniente darlo, por considerarlo "crudo" y por lo tanto dañino, y mientras está presente no permiten que el niño tome pecho, por lo que otra mujer que esté lactando se encarga de alimentar al recién nacido hasta

el momento que la madre ya tenga leche lo cual ocurre al 3o. o 4o. día cuando la leche está "cocida"(4,43). Esto se observa en poblaciones no indígenas tanto del área rural como urbana. (4,23)

Estudios en comunidades rurales no indígenas del país indican que del nacimiento al tercero o cuarto día algunos recién nacidos reciben agua azucarada o infusiones de hojas con pequeña cantidad de azúcar, utilizando cuchara o botella hasta que la secreción de leche se establezca. La práctica de suministrar un laxante es casi universal, por lo general es un jarabe medicinal o aceite de oliva que los niños reciben inmediatamente después del nacimiento con el objeto de "limpiar internamente", y se basa en la idea de que los niños siempre nacen o pueden nacer con parásitos que de no ser expulsados pueden ocasionar su muerte. Posteriormente la alimentación al seno materno se hace a libre demanda y en cualquier sitio donde se encuentre la madre.(4,23)

Bajo circunstancias ideales se considera que la leche materna es el único alimento que en realidad necesita el niño en los primeros 4 a 6 meses de su vida; el tiempo de la lactancia es variable según los grupos y áreas; para los grupos indígenas puede estimarse aproximadamente un promedio de 2 años, aunque en circunstancias especiales puede prolongarse mucho más (5,12,23,25,33,38). A la madre que lacta, se recomienda tomar ciertas hierbas que se consideran galactogénicas, entre las que se menciona: El Ixbut (*Euphorbia lancifolia*) que durante centurias se ha recomendado por las poblaciones indígenas para aumentar la producción de leche, también se hace mención al Anis (*Pimpinella Ansum*), la harina de avena, el té, etc. (26)

La experiencia en los grupos de condición socioeconómicamente alta en nuestro país muestran que el período de lactancia materna cuando ocurre, ocasionalmente sobrepasa los 4 meses de edad.

El destete en los grupos indígenas generalmente se da en forma abrupta y con frecuencia se aplican sustancias de sabor desagradables en el pezón como: limón, chile o heces de gallina, tabaco; también se saca al niño de la cama de los padres y ocasionalmente se les envía a vivir a la casa de familiares por un período relativamente corto. Las razones más frecuentes para el destete entre los indígenas y no indígenas pobres; la reaparición de la menstruación o un nuevo embarazo. Las razones antes de los tres meses entre los grupos urbanos son diferentes; se me secó la leche, el niño era muy grande,

por el uso de pastillas anticonceptivas, empleo fuera de casa, rechazo del pecho por el niño, consejo del personal de salud, dolor de pecho, etc. (4,11,23,24,29,37,38)

Dentro de los grupos indígenas, es raro que se empleen otros alimentos antes de la edad de 1 año y si se hace es en forma ocasional, comenzando con avena, incaparina o caldo de frijol. El pan, las tortillas, y los huevos vienen después. Los niños también toman café. (23,38)

Cuando el destete ocurre antes de los 8 meses de edad por lo general se le da al niño leche de alguna clase muy diluida para que no produzca indigestión o diarrea y no se alcanza una nutrición adecuada y se presenta el problema de contaminación a través del uso de un equipo mal lavado. (12,23)

El uso de alimentos complementarios tardíamente y de manera muy deficiente como se observa en la población indígena tiene efectos dañinos en la nutrición infantil ya que éstos se brindan cuando el niño ya ha perdido el hambre y por lo tanto no demanda muchos alimentos. Esta introducción tardía de alimentos ha sido tradicionalmente asociada a un fenómeno cultural llamado MIEDO AL ALIMENTO que es común en el medio rural; este consiste en que la madre le atribuye al alimento más efectos negativos que positivos; por ésta razón siempre inician la complementación con timidez y tardíamente. Todos los alimentos, con la única excepción del maíz, pueden ser considerados responsables de cualquier enfermedad de los niños. Algunos alimentos como las frutas, las verduras, las carnes y los huevos son los acusados con mayor frecuencia por ésta razón en este período es corriente el uso de alimentos preparados a base de almidones, los cuales se sabe quitan el hambre. (9,10,23)

En nuestro medio el sistema calor-frío también se considera como factor influyente en la práctica de la alimentación al seno, pues se tiene la costumbre de no dar ésta en caso de enfermedad de la madre como resfrío o gripe o bien que la madre se encuentra acalorada o expuesta a situaciones consideradas como calientes. También se suspende la alimentación natural en caso que la madre haya sufrido una cólera o enojo. (23)

Atendiendo la división de los grupos guatemaltecos, Solien hace un enfoque global de las prácticas alimentarias de algunas comunidades:



1. POBLACIONES RURALES TRADICIONALES:

a. PRACTICAS POSITIVAS:

- i. Colocar al niño al seno materno, pocas horas después del nacimiento, lo cual permite que el niño rebida el calostro.
- ii. Dar el pecho cuantas veces llora el niño.
- iii. Observar un período de lactancia no menor de 18 meses.

b. PRACTICAS NEGATIVAS:

- i. Dar tardíamente alimentos suplementarios.
- ii. Contar con una variedad y cantidad de alimentos muy restringidos (tortillas, café).

2. POBLACIONES RURALES CON ALGUNOS CAMBIOS:

- a. 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 mala" y que "no sirve para nada". En el transcurso de este período el niño es alimentado por otra mujer lactante, por lo que no reciben calostro. Con relación al tiempo de lactancia y suplementación alimentaria no existen diferencias significativas con el grupo anterior.

3. POBLACIONES URBANAS POBRES:

a. PRACTICAS POSITIVAS:

- i. La complementación del alimento es poco más temprana, empezando aproximadamente a los 6 meses en la que les proporcionan principalmente: Tortilla, pan, guicoy (preparados en purés y sopas), así como café y leche.

b. PRACTICAS NEGATIVAS:

- i. El recién nacido no recibe ninguna clase de leche.
- ii. Sosteniéndolo únicamente con agua azucarada, hasta el momento en que a la madre le baja la leche.

iii. Teniendo la creencia que el calostro no sirve para alimentar al niño.

iv. El período de lactancia materna o natural no va más allá de los 6 meses de edad. Después de este corto período al niño se le proporciona leche de vaca muy diluída. Se considera que si no se la diluye es muy fuerte y produce asientos (diarrea). (10,16,45)

Estudios más recientes efectuados en nuestro medio como el de Liu (oct. 1985) con respecto a las creencias y actitudes en la alimentación e higiene del neonato, y el de Chavéz (nov. 1986) con respecto a las creencias y actitudes en la alimentación del niño de 1 a 4 años de edad; nos vienen a corroborar los datos anteriores en lo que respecta a las prácticas de alimentación del niño en los cuales hay evidencia de un predominio de actitudes negativas sobre las positivas principalmente en la lactancia natural, pero debemos tomar muy en cuenta que estos estudios fueron realizados en el perímetro urbano de la república. (10,26)

#### I. LA DESNUTRICION Y LOS MODELOS DE DIETA DE LOS ADULTOS Y LOS NIÑOS:

En la sociedad Maya, era característica cultural una gran sobriedad en la alimentación. El indígena no comía por placer sino por necesidad y su régimen alimentario era por lo tanto sobrio y simple, aunque variado. La alimentación del indígena guatemalteco moderno no ha cambiado mucho en relación al patrón alimentario de sus antecesores, salvo en lo que a variedad se refiere.

La población Mesoamericana sufre de una serie de problemas nutricionales severos. Los problemas reconocidos como más importantes para los países de Centro América son: La desnutrición proteíca-calórica, la deficiencia de vitamina A, la de riboflavina, las anemias nutricionales. Estos problemas predominan en Guatemala especialmente entre los niños de baja edad y preescolares. (2,11,27,43)

Por medio de encuestas dietéticas se ha determinado que el consumo de productos animales es muy limitado, constituyen una parte muy pequeña y poco frecuente en la dieta regular, debido a su alto costo y poca disponibilidad, afectando especialmente aquellos de edades comprendidas entre uno y cinco años. El modelo dietético general de las comunidades indígenas; consiste en maíz, alimento básico que proporciona del 70-80% de las calorías, así como del 60-70% de las proteínas que se consumen. La dieta es complementada con el consumo

de leguminosas, de las que el frijol procura proteínas. Los productos animales son muy poco consumidos y el uso de grasas es limitado. Se consumen bebidas en las cuales el maíz es el principal ingrediente y café endulzado con azúcar no refinada. La situación nutricional del niño es mala y el problema es la desnutrición protéico-calórica.(2,11,27,43)

Para los niños en el primer año de vida el alimento básico es la leche materna; un amplio sector de la población mantiene la creencia de que durante tal período, es el único alimento necesario para el niño. Esta creencia es un factor limitante para la introducción de alimentos no-lácteos.(11)

Al final del primer año de vida durante el destete se inicia la administración de pequeñas cantidades de alimentos, pero éstos son de pobre valor nutritivo y no contribuyen en forma significativa en la nutrición del niño. No son preparadas especialmente y solamente ocurre una selección de los mismos en base a características como consistencia, textura, ideas acerca de su digestibilidad u otras; diferentes almidones, caldo de frijoles o agua en la que se ha cocido el frijol o maíz son usuales, cuando se dispone de pan se ofrece remojado en café, el uso de tortillas es limitado. Frecuentemente el criterio más importante es el de usar los alimentos que se consideran "menos dañinos", siendo obvio que el valor nutritivo de los alimentos que se introducen en la dieta es desconocido.(2,11,27,43)

La cantidad de alimentos que se da al niño después del destete es proporcionalmente inferior al que deberían de ingerir si los alimentos totales consumidos por la familia fueran compartidos de acuerdo a las necesidades nutricionales de sus distintos miembros. Por lo tanto los niños sufren no solamente una mayor restricción alimenticia que la que sufre el resto de la familia, sino que también se les restringe la ingestión de calorías. Solamente cuando llegan a la edad de 3 o 4 años comienzan a compartir los alimentos en una forma más equitativa.

Las comunidades ladinas pobres siguen en general el mismo patrón de las poblaciones indígenas y las diferencias que pueden señalarse son pequeñas; tendencia a usar más grasa, preferencia por el maíz blanco lo que implica menor disponibilidad de vitamina A, el empleo de azúcar refinada y eventualmente el consumo de productos animales.(11)

Debe mencionarse como muy importante el hecho de que durante la enfermedad los patrones dietéticos son considerablemente modificados, las actitudes y prácticas notadas eliminan parte de los alimentos de la dieta del niño cuando existe la más mínima manifestación de enfermedad siendo ampliamente distribuidos; esta práctica tiene efectos particularmente nocivos en los niños desnutridos. La diarrea no es considerada como una enfermedad y probablemente es una en las que se imponen las mayores restricciones dietéticas; otro tanto sucede con la fiebre, también considerada como enfermedad y no como síntoma.(2,23,33)

Según la OMS y OPS es importante una información básica sobre los alimentos; además refieren que para que el crecimiento del niño se desenvuelva normalmente, es indispensable contar con el aporte de una dieta adecuada en cuanto a calidad, cantidad y proporción armónica de sus componentes.(49)

Los alimentos, al ser ingeridos, aportan los nutrientes que permiten la formación y mantenimiento de los tejidos, el funcionamiento de los órganos y la provisión de la energía necesaria para la vida.

En la naturaleza existen seis tipos de nutrientes: proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas, minerales y agua. Cada uno de ellos desempeña una función específica en el organismo, a saber:

**\*Función Energética:** Provee la energía necesaria para la formación de nuevos tejidos y para el funcionamiento del organismo, el aporte de proteínas es de 4 calorías, grasas es de 9 calorías y carbohidratos es de 4 calorías.

**\*Función Plástica:** Provee el material para la formación de nuevos tejidos y para el funcionamiento del organismo. Pertenecen a este grupo las proteínas y algunos minerales.

**\*Función Reguladora:** Favorece el desarrollo de las funciones plásticas y energéticas. Se encuentran presentes en las frutas y verduras y proveen minerales (potasio, calcio, hierro, zinc, cobre y flúor) y vitaminas (A, C, etc.)(49)

La alimentación durante el primer año de vida:

La alimentación al seno materno es suficiente para asegurar un crecimiento óptimo durante los primeros 6 meses de vida, posteriormente inicia el período de ablactación o destete, comprende la incorporación progresiva de alimentos hasta alcanzar una dieta completa, y se extiende desde los

seis meses (o antes), hasta el cese definitivo de la lactancia natural. La desnutrición es más frecuente durante este período. En general, la proporción de madres que incorporan precozmente alimentos es mayor a nivel urbano que en las regiones rurales. La diferencia está condicionada por múltiples factores, entre los que se pueden enumerar la influencia de los medios de comunicación, la adaptación a otros hábitos de vida, la necesidad de trabajo materno, etc. La necesidad de incorporar un alimento complementario tiene carácter individual y surge de las características del crecimiento de cada niño en particular.

En la primera etapa, la incorporación de alimentos actúa como un elemento de estimulación sensorial y psicomotriz. De ésta manera el niño establece el contacto con nuevos estímulos (sabor, olor, textura, consistencia, etc.), que le permitirán una adaptación progresiva a una amplia familia de alimentos.

Es pertinente destacar algunas reglas que orientan la introducción de la alimentación complementaria:(49)

- 1.- La incorporación de nuevos alimentos debe ajustarse a las reales necesidades biológicas del niño, y debe permitir un crecimiento y un desarrollo adecuados.
- 2.- Los alimentos debe incorporarse en forma gradual, de menor a mayor consistencia:

LIQUIDOS--- SEMISOLIDOS (papillas) --- SOLIDOS.

- 3.- Los alimentos deberán ser fácilmente digeribles.
- 4.- Debe evitarse la incorporación simultánea de varios alimentos.
- 5.- En el caso de rechazo, no debe forzarse al niño a ingerir la alimentación.
- 6.- Los volúmenes deberán progresar de acuerdo con la capacidad gástrica del niño (alrededor de 30 ml/kg de peso corporal).
- 7.- Los alimentos se administrarán después de haber amamantado al niño.
- 8.- Se extremarán las medidas de higiene en manos, utensilios y alimentos.
- 9.- Deben protegerse los alimentos del contacto con insectos y polvo ambiental.
- 10.- En aquellos sitios de clima cálido, los alimentos cocidos no deberán mantenerse más de 1-2 horas a temperatura ambiente.
- 11.- Al inicio se administrará el alimento una vez por día, luego se aumentará gradualmente la frecuencia hasta alcanzar 2 a 4 raciones diarias.
- 12.- El equipo de salud deber ser profundamente respetuoso de las pautas alimentarias de la población y no deben incorporarse en forma intempestiva alimentos que no respondan a los propios hábitos. Deben tenerse en cuenta las

características regionales y los patrones culturales alimentarios de cada región.(49)

Dentro de las Normas de Atención de Salud Materno-Infantil (MSPAS, IGSS), con respecto a la alimentación del niño estan: (50)

a) DURANTE EL PUERPERIO:

\* El personal de salud:

- 1.- Colocará al niño/a al seno inmediatamente después del parto y ese primer contacto piel a piel, deberá ser por lo menos durante 30 minutos. Cubriendo a ambos para evitar enfriamiento. Favoreciendo la lactancia materna.
- 2.- Evitará el uso de biberones o mamonos y pacificadores (pepes) y no suministrará, ni recomendará dextrosa, agua o fórmula láctea al recién nacido/a.
- 3.- Reforzará la confianza de la madre sobre su capacidad de lactar, se le instruirá sobre la forma de producción de leche y el vaciamiento total de los pechos y la necesidad de un ambiente de tranquilidad para amamantar.
- 4.- Educará a la madre sobre las técnicas adecuada para la iniciación y el mantenimiento de la lactancia materna, teniendo en cuenta que:
  - La succión frecuente del niño/a al pecho y la confianza en sí misma asegura una buena cantidad y secreción de leche.
  - Para favorecer la producción de leche, debe ingerir líquidos abundantes satisfaciendo su sed.
- 5.- Orientará a la madre a dar el pecho al niño/a cada vez que lo pida, sin horario fijo, tanto de día como de noche.

b) DURANTE LOS PRIMEROS 2 AÑOS:

\* El personal de salud:

- 1.- velará porque el niño/a sea alimentado exclusivamente con leche materna durante los primeros seis meses de edad.
- 2.- Indicará a la madre que a partir del sexto mes, además de lactancia materna, dependiendo de la disponibilidad en el hogar, se le deberá dar:

- Papillas de cereales preparados en casa (arroz, mosh, trigo, maíz) puré de verduras (guicoy sazón, zanahoria, ichintal, yuca, plátano) y puré de frutas (banano, manzana, papaya).
  - Puré de yema de huevo, frijoles colados, carne picada o molida (pollo, res), sopa espesa de trocitos de tortilla.
  - No deberá condimentarse la comida del niño/a ni agregarle demasiada sal ni azúcar.
  - Es importante para ayudar en la ingesta calórica agregar 1/2 cucharadita de aceite comestible, margarina o mantequilla a las comidas enumeradas arriba.
- 3.- A los 9 meses se agregará además de la lactancia materna y los alimentos anteriores carne en trocitos. A esta edad puede iniciarse con jugos de cítricos y otro tipo de líquidos, NO ANTES y deberán ser administrados con vaso o taza. No deberá recomendarse el uso de biberón ya que es un elemento de fácil contaminación que causa problemas diarreicos, caries, etc.
  - 4.- Indicará a la madre que al cumplir un año de edad el niño/a deberá comer la dieta familiar además de la lactancia materna, vigilando la limpieza de la superficie de los dientes de cada comida, por medio de un dedil de tela o gasa y agua. Esta práctica deberá iniciarse al apareamiento de la dentadura, la cual deberá completarse alrededor de los dos años de edad.
  - 5.- Velará porque la lactancia materna con alimentación complementaria, se administre hasta los dos años de edad.
  - 6.- Orientará a la madre que la sustitución de la lactancia materna con otros alimentos, se iniciará cuando el niño/a ya ingiera suficiente cantidad de alimento en sus tres tiempos de comida.
  - 7.- Orientará a la madre que este proceso deberá ser gradual y no brusco, para no causar problemas emocionales en el niño/a.(50)

## VI. METODO A SEGUIR :

### 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 comprendidos entre 0 - 12 meses, que asistan a los Centros de Bienestar Social(CBS\*), La presidenta, Colón y Pamplona, se seleccionó a las madres de familia ya que son ellas las que están en contacto con los niños. Además se cuentan con estudiantes de Medicina, quienes pueden realizar acciones educativas para fomentar las prácticas positivas de las madres.

(CBS\*)=Llamados Guarderías, para fines prácticos.

### C. TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Por ser ésta una investigación antropológica aplicada a la salud, en relación a la cantidad de la muestra es necesario, señalar que las técnicas de investigación antropológica son característicamente CUALITATIVAS y NO CUANTITATIVAS y la cantidad ocupa un plano de menor interés en la investigación. Se tomaron el total de las madres que asistían a las guarderías y que tengan niños de 0 - 12 meses.

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

#### 1. INCLUSION:

- a. Ser madre de familia con niños de 0 - 12 meses.
- b. Estar inscrita en la Guardería.
- c. Estar activa en la Guardería, asistiendo regularmente.

#### 2. EXCLUSION:

- a. Madres con hijos mayores de 12 meses.
- b. No estar inscritas en las Guarderías.
- c. No ser activas.
- d. Personas que no quieran ser entrevistadas.



**E. VARIABLES A ESTUDIAR:**

**1. CREENCIAS:**

- a. Positiva
- b. Negativa
- c. Inócua.(ver Anexo II)

**2. PRACTICA:**

- a. Positiva
- b. Negativa
- c. Inócua (ver Anexo II)

**F. RECURSOS:**

**1. MATERIALES:**

- a. ECONOMICOS:
  - i. Viajes a cada una de las Guarderías por 4 semanas.

**2. FISICOS**

Lápiz, lapiceros, cuadernos de apuntes, computadora, impresora, hojas de papel bond, boletas de entrevistas, Guarderías de estudio.

**3. BIBLIOGRAFICOS:**

- i. Biblioteca Facultad de Ciencias Médicas,
- ii. Biblioteca INCAP.
- iii. Bibliteca APROFAM
- iv. Biblioteca Hospital Roosevelt.

**4. HUMANOS:**

Investigador, Madres que asisten a las Guarderías, Estudiantes de Medicina, Niñeras de las guarderías.

**G. METODO UTILIZADO:**

El presente estudio está orientado a recoger información sobre creencias y prácticas en relación a la alimentación del niño de cero a doce meses de las madres que asisten a las Guarderías La presidenta, Colón, Pamplona. Para su ejecución se hizo uso del METODO ETNOGRAFICO DE RECOLECCION DE DATOS, el cual consiste en un conjunto de técnicas características del trabajo de campo antropológico, destacando; las

conversaciones formales y entrevistas dirigidas.  
a.-El investigador, primeramente debe establecer contacto y acercamiento a las Guarderías.  
b.- Establecer un nexo de simpatía entre el investigador y las madres de las Guarderías.  
c.- El investigador debe informar sobre el estudio que se realizará en las Guarderías.  
d.- Respetar a aquellos sistemas de creencias en las cuales las madres no permiten la entrada de ningún foráneo.

#### 1.- 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. A veces las personas se encuentran más cómodas en estas situaciones y hablan con mayor libertad.

#### 5. 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. Se toman notas de estas entrevistas. En una forma más formal, se pueden elaborar guías con una serie de preguntas pertenecientes a temas específicos. Estas preguntas se le hacen a todos los informantes y las respuestas se registran detalladamente.

Las técnicas características de la investigación antropológica son CUALITATIVAS y NO CUANTITATIVAS, relegándose a un segundo plano la cantidad de la muestra. (21).

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.**

**GRAFICA DE GANTT**

**SEMANAS**

ACTIVIDADES	AGOSTO					AGO/SEP					SEPTIEMBRE					SEPTIEMBRE					SEPTIEMBRE					SEPTIEMBRE				
	1					2					3					4					5					6				
	22	23	24	25	26	29	30	31	1	2	5	6	7	8	9	12	13	14	15	16	19	20	21	22	23	26	27	28	29	30
ESCOGENCIA DE REVISOR	X																													
ESCOGENCIA DE ASESOR		X																												
PRESENTACION PROTOCOLO A BIENESTAR INFANTIL			X																											
AUTORIZACION EN B.I. DR. TULIO HERNANDEZ						X																								
AUTORIZACION PROTOCOLO ASESORA: ELENA MORALES							X																							
AUTORIZACION PROTOCOLO REVISOR: RAMIRO VALENCIA									X																					
PRESENTACION PROTOCOLO DR. DE LEON BARILLAS										X																				
TRABAJO DE CAMPO											X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
PRESENTACION INFORME FINAL																											X			

A. INSTRUMENTO DE MEDICION DE LAS VARIABLES:

A. CREENCIA:

1. DEFINICION CONCEPTUAL:

Expresión de lo que una persona da por cierto.  
(21,42)

2. DEFINICION OPERACIONAL:

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

3. INSTRUMENTO:

- a. OBSERVACION
- B. GUIAS DE ENTREVISTA.

4. ESCALA:

- a. POSITIVA
- b. NEGATIVA
- c. INOCUA. (VER ANEXO II)

B. PRACTICA:

1. DEFINICION CONCEPTUAL:

Uso, costumbre, estilo; lo que se hace con frecuencia. (21,23,42)

2. DEFINICION OPERACIONAL:

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

3. INSTRUMENTO:

- a. OBSERVACION.
- b. GUIAS DE ENTREVISTA.

4. ESCALA:

- a. POSITIVA.
- b. NEGATIVA.
- c. INOCUA (ver ANEXO II)

## B. EJECUCION DE INVESTIGACION:

El presente estudio fue realizado por el investigador (estudiante), quien estuvo realizando visitas a las guarderías de estudio.

Para la ejecución de la investigación se entrevistaron a 35 madres de las Guarderías La Presidenta, Colón y Pamplona, de acuerdo a la metodología descrita. El estudio se realizó durante el período del 6 al 26 de septiembre de 1994. Tomando en consideración los siguientes aspectos:

A. Se solicitó autorización a Bienestar Infantil con el Doctor Tulio Hernandez, para realizar dicho estudio, llevando a Junta Directiva el protocolo, el cual fue aceptado.

### B. ETAPA DE RECOLECCION DE DATOS:

Etapa de gran interés para el investigador, se realizó durante las cuatro semanas del mes de septiembre del año de 1994. Dicha etapa se efectuó de la siguiente semana:

a) Se realizaron visitas de presentación a las Guarderías, aprovechando no solo la presentación con el personal de las Guarderías, sino con las madres de estudio, explicándoles en que consistía el estudio, además solicitándoles su colaboración para realizar dicho estudio.

b) Se realizaron entrevistas del total de las madres que asistían a las Guarderías y que tenían niños entre 0 - 12 meses, la cual sirvió para recolectar datos familiares por medio de una guía de entrevista, obteniéndose de esta manera información acerca de los conocimientos, creencias y prácticas sobre la alimentación del niño, la entrevista fue elaborada en tal virtud que la madre no se viera influenciada por el tipo de pregunta. Fue necesario formular las preguntas de diversas maneras, hasta que comprendieran ampliamente lo que se les cuestionaba, se realizaron preguntas auxiliares cuando se deseaba profundizar las respuestas proporcionadas. Durante el desarrollo de las entrevistas se tuvo que realizar visitas en la tarde y en la mañana, ya que en la mañana las madres tenían que presentarse a sus respectivos trabajos y el tiempo era muy limitado, en la tarde se podía conversar con más tranquilidad. Se realizaron anotaciones por aparte sobre observaciones directas e indirectas, conversaciones informales y entrevistas dirigidas, esto para evitar confusiones con la recolección de información.

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS:

NOTA: Se emplearon comillas (") para señalar que debe ponerse atención especial a las palabras que encierran, ya que son transcripciones textuales de algunas respuestas.

RESULTADOS DE LA GUIA DE ENTREVISTA SOBRE CONOCIMIENTOS  
CREENCIAS Y PRACTICAS DE LA MADRE EN RELACION A LA  
ALIMENTACION DEL NIÑO DE 0 - 12 MESES.

1.-Qué le da usted al niño al momento de nacer?

FRECUENCIA	PORCENTAJE	
35	(100)	respondieron "solo pecho".

Razones expuestas por las madres que respondieron

- 21... "Porque es lo mejor".
- 5... "Porque es lo primero que se les da".
- 4... "Porque hay que alimentarlo".
- 3... "Porque tiene defensas".
- 2... "Porque es lo único y especial para ellos".

Entre las madre que respondieron "solo pecho" es de hacer mención que algunas respondieron "chiche y leche materna" pero para fines prácticos se icluyó como se hizo mención anteriormente.

2.-Al cuanto tiempo de nacido el niño, piensa usted que se le debe dar el pecho?

FRECUENCIA	PORCENTAJE	RESPONDIERON
20	(57.2)	"entre 0 - 2 horas".
9	(25.7)	"entre 3 - 6 horas".
3	( 8.6)	"A las 24 horas".
2	( 5.7)	"Entre 10 - 12 horas".
1	( 2.8)	"No sabe".

Razones expuestas por las madres que respondieron

ENTRE 0 - 2 HORAS:

- 13... "Porque tienen hambre".
- 3... "Porque es bueno".
- 1... "Porque así se adaptan al pecho".
- 1... "Porque protege de enfermedades".
- 1... "Porque así lo hacen en el Hospital".
- 1... "No sabe la razón".

ENTRE 3 - 6 HORAS:

- 6... "Porque así lo hacen en el Hospital".
- 2... "Porque es cuando lo necesitan".
- 1... "Porque hasta esa hora esta uno en condiciones para darles".

A LAS 24 HORAS:

- 1... "Porque hasta esa hora empiezan a llorar".
- 2... "Porque hay que esperar para que tenga buena digestión".

ENTRE 10 - 12 HORAS:

- 2... "Porque así lo hacen en el Hospital".

NO SABE:

1... "Porque no le han explicado".

Se observó que algunas madres entrevistadas, contestaban "al rate de nacido", por lo que hubo necesidad de calcular ese rato en un tiempo en horas aproximado de 0 a 2 horas.

3.-Cree usted que debe dársele algún otro alimento al nino al nacer? Cual(es)?

FRECUENCIA	PORCENTAJE	RESPONDIERON
22	(62.9)	"NO"
12	(34.2)	"Sí, Agua hervida, agua de arroz, cebada".
1	( 2.9)	"Sí, Leche Artificial".

Razones expuestas por las madres que respondieron:

NO:

12... "Porque solo pecho es suficiente".

9... "Porque solo pecho es lo mejor".

1... "Porque no toleran otra cosas solo el pecho".

AGUA HERVIDA, AZUCARADA, ARROZ, CEBADA:

4... "Para que les limpie el estómago".

3... "Porque tienen sed".

2... "Porque hay que alimentarlos".

2... "Para que se acostumbren y tengan algo en el estómago".

1... "Por Tradición".

LECHE EN POLVO:

1... "Porque no se llenan".

4.-Cada cuánto tiempo hay que darle el pecho a su hijo?

FRECUENCIA	PORCENTAJE	RESPONDIERON
22	(62.9)	"cada vez que lllore".
12	(34.2)	"a cada 2 - 3 horas".
1	( 2.9)	"a las 6 horas".

Razones expuestas por las madres que respondieron:

CADA VEZ QUE LLORE

22... "Porque tienen hambre".

A CADA 2 - 3 HORAS:

8... "Porque a esa hora ya les hizo digestión y tienen hambre".

3... "Porque hay que acostumbrarlos a un horario".

1... "Porque es el tiempo apropiado".

A CADA 6 HORAS:

1... "Porque hay que acostumbrarlos a un horario".



5.- a) Sabe usted que es el Calostro?

FRECUENCIA	PORCENTAJE	RESPONDIERON
30	(85.7)	SI
5	(14.3)	NO

Razones expuestas por las madres que respondieron:

SI

22... "Es un líquido amarillo que sale antes de la leche".

8... "Es la Primera Leche".

NO

3... "No habían escuchado ese nombre".

2... "No les habían explicado".

5.-b) Para que sirve?

FRECUENCIA	PORCENTAJE	Razones expuestas:
18	(51.5)	"Para limpiarles el estómago".
*9	(25.7)	"No sabe".
4	(11.4)	"Para defensas".
2	( 5.7)	"Para que haga digestión la Leche".
2	( 5.7)	"Para alimentarlo".

\*Aquí se incluyeron a las 5 madres que no sabían ni que era el calostro.\*

Es de hacer notar que las madres entrevistadas han recibido mas de una vez orientación sobre lo que es el calostro, no se encontró que tuvieran conocimientos, creencias inapropiadas, sino que le atribuían el papel de "Limpiar el estómago" del niño.

6.- Cuando usted esta enferma que le da al niño?

FRECUENCIA	PORCENTAJE	RESPONDIERON
26	(74.3)	"solo pecho".
6	(17.2)	"Pacha con cebada, agua de arroz".
2	( 5.7)	"Consultan con médico".
1	( 2.8)	"No se ha enfermado".

Razones expuestas por las madres que respondieron SOLO PECHO:

7... "Porque no altera en nada seguir con el pecho".

6... "Porque hay que alimentarlos"

5... "Para que no se desnutra".

5... "No hay razón para quitarselo".

3... "Para que los niños conozcan las enfermedades".

PACHA CON AGUA DE ARROZ, CEBADA

4... "Para que no se contamine con la leche materna enferma".

2... "Para que no se desnutran los niños".

CONSULTA CON MEDICO

- 1... "Primero consulta antes de darle el pecho".  
 1... "Consulta con médico pero sigue con el pecho".

7.-Continúa dandole Lactancia Materna?

N	%	N	%
SI =29	(82.9)	NO = 6	(17.1)

8.-Qué recomienda usted para una mayor producción de leche, si la madre la tiene en poca cantidad?

FRECUENCIA	PORCENTAJE	RESPONDIERON
16	(45.7)	"Atoles (incaparina)"
11	(31.4)	"Tomar abundantes líquidos"
3	( 8.6)	"Dar mas de mamar".
3	( 8.6)	"Tomar aluzema, afrecho, chocolate".
2	( 5.7)	"Buena alimentación".

Razones expuestas por las madres que respondieron

ATOLES:

- 9... "Porque hace que baje la leche".  
 6... "Porque hace que se espese y dé más leche".  
 1... "No sabe".

ABUNDANTES LIQUIDOS:

- 11... "Porque hacen que baje mas leche".

DAR MAS DE MAMAR:

- 2... "Porque así baja mas leche".  
 1... "Porque estimula el cerebro para que haya una mayor producción de leche".

ALUZEMA, AFRECHO, CHOCOLATE:

- 2... "Porque así baja mas leche".  
 1... "Para que le abunde la leche".

BUENA ALIMENTACION:

- 2... "Para que tenga una buena producción de leche".

9.-Hasta que edad es bueno darles solo pecho a los niños, (hay diferencia por sexos)?

FRECUENCIA	PORCENTAJE	RESPONDIERON
15	(42.8)	"A los 6 meses".
6	(17.1)	"A los 4 meses".
6	(17.1)	"A los 3 meses".
5	(14.3)	"A los 5 meses".
1	( 2.9)	"A los 2 meses".
1	( 2.9)	"A los 7 meses".
1	( 2.9)	"A los 8 meses".

10.-A que edad se comienzan a dar otros alimentos al niño además del pecho/o sin el pecho?

FRECUENCIA	PORCENTAJE	RESPONDIERON
14	(40.0)	"A los 6 meses".
7	(20.0)	"A los 3 meses".
7	(20.0)	"A los 4 meses".
5	(14.2)	"A los 5 meses".
1	( 2.9)	"A los 7 meses".
1	( 2.9)	"A los 8 meses".

Razones expuestas por las madres que respondieron:

A LOS 6 MESES:

- 6... "Porque necesitan otro tipo de alimento".
- 4... "Para que se acostumbren".
- 4... "Porque la leche no les alcanza".

A LOS 3 MESES:

- 3... "Porque necesitan otro alimento".
- 2... "Porque es la edad ideal".
- 1... "Porque no les llena la leche de pecho".
- 1... "Para que se adapte el estómago".

A LOS 4 MESES:

- 4... "Porque no les alcanza la leche".
- 2... "Porque es la edad recomendada".
- 1... "Porque así no se enferman tan rápido".

A LOS 5 MESES:

- 2... "Porque necesitan otro alimento".
- 2... "Porque ya no es suficiente el pecho".
- 1... "Porque es la edad ideal".

A LOS 7 MESES:

- 1... "Porque ya no les alcanza el pecho".

A LOS 8 MESES:

- 1... "Porque no les alcanza el pecho".

11.-Cuales alimentos empieza a dar?

FRECUENCIA	PORCENTAJE	RESPONDIERON
22	(62.8)	"Pures de cereal, verduras".
6	(17.1)	"Sopas deshidratada, de frijol".
3	( 8.6)	"Pan con café".
3	( 8.6)	"Compotas y verduras".
1	( 2.9)	"Comidas suaves".

Razones expuestas por las madres que respondieron:

PURES DE CEREAL, VERDURAS:

- 14... "Porque lo toleran bien".

- 4... "Porque son suaves".
- 3... "Porque hay que acostumbrarlos".
- 1... "Porque complementan la alimentación".

SOPAS DESHIDRATADAS, DE FRIJOL:

- 3... "Porque son tolerados por los niños".
- 2... "Porque son suaves".
- 1... "Porque es lo único que pueden comer".

PAN CON CAFE:

- 1... "Porque no les hace mal y no es pesado".
- 1... "Porque lo toleran bien".
- 1... "Porque es lo único que hay al alcance".

COMPOTAS Y VERDURAS:

- 1... "Porque lo asimilan más rápido".
- 1... "Porque lo toleran bien".
- 1... "Porque no esta preparado su estómago para comidas pesadas".

COMIDAS SUAVES:

- 1... "Porque lo toleran bien".

12.-Que alimentos no deben darsele?

FRECUENCIA	PORCENTAJE	RESPONDIERON
15	(42.9)	"Comidas enteras".
9	(25.7)	"Carne, pollo, frijol".
6	(17.1)	"Comidas pesadas, grasosas".
2	( 5.7)	"Aguacates, frijoles, elote"
2	( 5.7)	"Carne de marrano".
1	( 2.9)	"Comidas secas".

Razones expuestas por las madres que respondieron:

COMIDAS ENTERAS:

- 8... "Porque no los toleran".
- 4... "Porque no hacen buena digestión".
- 3... "Porque no pueden digerirlo".

CARNE, POLLO, FRIJOL:

- 3... "Porque no los toleran".
- 3... "Porque son muy pesados".
- 3... "Porque no pueden digerirlos".

COMIDAS PESADAS, GRASOSAS:

- 4... "Porque no los toleran".
- 1... "Porque se enferman los niños".
- 1... "Porque se descompone el estómago".

AGUACATE, FRIJOLES, ELOTES:

- 1... "Porque producen diarrea".
- 1... "Porque son comidas muy pesadas".

CARNE DE MARRANO:

- 2... "Porque es pesada para su estómago".

COMIDAS SECAS:

- 1... "Porque son muy pesadas".  
 13.-Qué debe hacerse para que los niños dejen el pecho? Sí se le da alguna sustancia o alimento, Cuál(es) es (son) ésta(s).

FRECUENCIA	PORCENTAJE	RESPONDIERON
20	(57.1)	"Alternarle con pacha (Incaparina, leche en polvo)
5	(14.3)	"Nada, ellos lo dejan solo"
5	(14.3)	"No sabe".
2	( 5.7)	"Quitarselo poco a poco".
2	( 5.7)	"Iniciarle la alimentación".
1	( 2.9)	"Ya no dormir con ellos".

- 14.-Cree usted que debe dársele el pecho al niño cuando se está embarazada? SI\_\_\_ NO\_\_\_

FRECUENCIA	PORCENTAJE	RESPONDIERON
32	(91.4)	NO
2	( 5.7)	SI
1	( 2.9)	NO SABE

Razones expuestas por las madres que respondieron

NO

- 10... "Porque los niños se enferman".  
 9... "Porque la leche ya no es buena".  
 9... "Porque no se nutre bien al feto".  
 2... "Porque ya no tiene las mismas vitaminas".  
 1... "Porque la leche se termina".  
 1... "Porque la mujer se queda débil".

SI

- 1... "Para que no se desnutra el niño".  
 1... "Porque no le afecta en nada".

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

FRECUENCIA	PORCENTAJE	RESPONDIERON
19	(54.2)	"1 año".
6	(17.1)	"2 - 3 años".
5	(14.3)	"18 meses".
3	( 8.6)	"9 meses".
1	( 2.9)	"8 meses".
1	( 2.9)	"6 meses".

Es de hacer notar que las madres en estudio han recibido mas de alguna orientación en cuanto alimentación del niño. Y a pesar de eso las razones que presentaron algunas madres para dar alimentación después de los 18 meses, fue que "el estómago aún está tierno y que la comida a esa edad les produce asientos".

16.-Cuántas veces al día come el niño?\_\_\_ Qué come en cada tiempo de comida (cuando no está enfermo)?

FRECUENCIA	PORCENTAJE	RESPONDIERON
24 madres	(68.5)	"come 3 veces al día; leche en polvo, pan dulce, guicoy, caldo de frijoles, tortilla, papillas de verduras, cerelac, lactancia materna".
5 madres	(14.3)	"Come 2 veces al día; sopa de frijol, tortilla, sopa de fideos, incaparina, papillas de verduras, huevo tibio, banano, compotas, lactancia materna".
5 madres	(14.3)	"Come a cada rato; leche en polvo (similac, NAN 1, al 110, y lactancia materna".
1 madre	( 2.9)	"pan dulce, incaparina, caldo de frijol, tortilla, lactancia materna".

Se observa que en la totalidad de las madres además de "pecho, el 68.5% acostumbran a dar 3 tiempos de comida, y, en menor porcentaje acostumbran menos tiempos de comida, esto la razón de que algunas madres trabajan incluso hasta días domingos, y las encargadas de darles las comidas son a veces las abuelas, otra de las razones expuestas por las madres es que en las guarderías les dan 2 veces al día de comer a los niños. Además se observó que la mayoría de madres alimentan con pan y cereales a sus niños.

17.-Qué hace cuando el niño no quiere comer?

FRECUENCIA	PORCENTAJE	RESPONDIERON
15 madres	(42.9)	"Lo contemplan".
11 madres	(31.4)	"Consulta con médico".
4 madres	(11.4)	"Le da lo que él reciba".
3 madres	( 8.6)	"No le da".
2 madres	( 5.7)	"Piensa que está enfermo".

18.-Alguna vez ha obligado al niño a comer? SI\_\_\_ NO\_\_\_

FRECUENCIA	PORCENTAJE	RESPONDIERON
28 madres	(80)	NO
7 madres	(20)	SI

Razones expuestas por las madres que respondieron:

NO:

- 19... "Si no quiere no le da, se puede enfermar".
- 7... "Porque come de todo".
- 1... "Si no recibe es porque no tiene hambre".
- 1... "Si no le gusta le da otra clase de comida".

SI:

- 4... "Porque si no se pueden enfermar y/o desnutrirse"
- 1... "Porque se preocupa que el niño no coma".
- 1... "Porque se tiene que acostumbrar a un horario".
- 1... "Porque es necesario que coma".

19.-Qué comidas le obliga a comer?

FRECUENCIA	PORCENTAJE	RESPONDIERON
28 madres	(80)	"Ninguna".
7 madres	(20)	"Alguna".

ALGUNA:

- 2... "Fideos".
- 2... "Pures de verduras".
- 1... "Frijoles".
- 1... "Comidas formales".
- 1... "Lo del día".

De las razones expuestas por las madres que respondieron alguna; fueron que "sino se podían enfermar", "no iban a crecer", "no le gusta la comida y se tenía que acostumbrar a todo"; algunas madres dijeron que a veces los regañaban y les decían por ejemplo: "que si no comía iba a llevarlos al doctor para que les ponga una inyección", o a veces los "engañan" para que coman; Ej: "que no los va a llevar a pasear en la camioneta", "Que se los va a llevar el viejo o el loquito".

### VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS:

En relación a qué se le debe dar al niño al nacer el 100% de las madres son partidarias de dar exclusivamente lactancia materna; lo cual pone de manifiesto que en ninguno de los casos se tenga inconveniente en no administrarla, las razones que explicaron las madres dejan entrever a la vez el desconocimiento de las propiedades de la leche calostrada, que no es simplemente un alimento más, sino que posee también constituyentes responsables de la resistencia a la infección.

Con respecto al cuánto tiempo de nacido el niño se le debe dar el pecho, el 82.9% da lactancia materna dentro de las primeras 6 horas de vida argumentando que le dan antes de ese tiempo "para quitarle el hambre al niño" o bien "para que se adapten al pecho", lo cual es una práctica positiva para la salud y nutrición del niño ya que empiezan desde ese momento a promover la lactancia natural, inmediatamente cuando el niño nace; lo cual según estudios promueve inicio y curso de la lactancia natural. El 14.3% por diversas razones administraría la lactancia entre 10 y 1 día de vida, lo argumentado por las madres entre otros están "que así lo hacían en el Hospital", o "que las madres antes de ese tiempo no están en condiciones para darles de mamar". Encontrándose que no tienen ningún inconveniente en suministrar la leche calostrada; importante como se mencionó por el buen aporte de inmunoglobulinas y proteínas para el niño. Se encontró un 2.9% el cual no sabía el tiempo necesario para iniciarle la alimentación al recién nacido, lo argumentado fue que "nadie le había explicado el tema", pero lo importante de esto es que no encontraba ninguna razón para no darle lactancia natural.

El 62.9% de las madres considera que no debe administrarse ninguna otra sustancia para alimentar a sus hijos, argumentando la mayoría "que el pecho es suficiente para alimentarlos". El 37.1% respondió que si se debía dar otro alimento durante los primeros días, siendo éstos en su mayoría carbohidratos. La razón de administrarlos fue que "no tenían aún en suficiente cantidad leche", otro argumento fue "que tenían que limpiarles el estómago a los niños". Con respecto a cada cuánto tiempo se debe dar el "pecho", el 62.95% tienen la creencia que "lloran porque tienen hambre", por lo que se les da el pecho "cada vez que lloran", esto es de suma importancia ya que la lactancia materna es practicada a libre demanda, es decir sin horario fijo. Solo 37.1% de las madres se observó horario fijo, argumentando que la tenían en poca cantidad, o, porque tenían que acostumbrarlos a un horario, por lo que había la necesidad de administrar lactancia artificial, con el inconveniente de aumentar el riesgo de producir enfermedades principalmente gastrointestinales por la inadecuada preparación y limpieza de los biberones.



Con respecto a si sabían que era el calostro, el 85.7% respondieron que SI argumentando que era "un líquido amarillo que sale antes de la leche" o "es la primera leche"; el 14.3% respondieron que No sabían y los argumentos fueron "No habían escuchado ese nombre", "Nadie les había explicado el tema". No encontrándose conocimiento, creencia o práctica negativa para no darle al niño la leche calostrada lo que argumentaron en un 51.5% fue que "era para limpiarles el estómago", esto ayuda a dar una lactancia natural a libre demanda.

En caso de enfermedad de la madre, el 82.9% respondió que continuaría la lactancia en caso de diarrea, catarrros o fiebre; ellas referían que eran transitorios y que en poco tiempo se les pasaba, además que cuando los niños son pequeños no se les puede dar otra cosa, y el omitirla "produciría desnutrición" en los niños, algunas madres argumentaron que es "bueno darles pecho así conocen la enfermedad". El 17.1% respondió que no sigue con lactancia para "que no se contamine con la leche enferma", o "primero consulta con médico antes de darle lactancia", le da pacha con agua hervida, cebada o agua de arroz para que no se desnutra el niño.

Con respecto a qué recomienda para una mayor producción de leche materna, las madres recomendaron "tomar abundantes líquidos, atoles, dar mas de mamar, una buena alimentación", lo que consideraron correcto porque la madre necesita para una buena producción de leche lo recomendado por ellas, las razones expuestas fueron "Hace que baje la leche", "hace que se espese la leche y dé más".

En cuanto a la edad de darle solo lactancia a los niños el 57.1% respondieron que a los 5 - 6 meses, argumentando "que era la edad ideal; un 37.1% respondieron que debía ser menor tiempo entre 2 - 4 meses, argumentando que "necesitan más alimentos"; solo un 5.8% respondieron por arriba de los 6 meses, argumentando "que con la leche era suficiente"; encontrándose que la mayoría tiene el conocimiento o la idea de darle por 5 - 6 meses, lo cual es una actitud positiva para beneficio del niño.

En cuanto a la complementación de la lactancia, se observa que el 54.2% la introduce entre los 5 - 6 meses. El 40% entre los 3 - 4 meses, y solo el 5.8% después de los 6 meses. Se observa una complementación tardía en un 60% y solo el 40% la introducen en la edad recomendada por los especialistas.

Con respecto a los alimentos recomendados para iniciarles la complementación, el 62.8% inician con pures de verduras y/o cereal, en menor porcentaje con sopas de frijoles, sopas deshidratadas, pan dulce remojado con café ya que sus posibilidades no les permiten darles cereales todos los días.

Creo que estos conocimientos no son perjudiciales para el niño, los ayuda en la complementación de la lactancia.

Dentro de los alimentos que no deben iniciarse en la complementación de la lactancia, el 42.9% respondieron "comidas enteras", el 25.7% "pollo, frijoles, carne, el 31.4% aguacate, elote, carne de marrano, comidas secas", las razones expuestas por las madres fueron "porque no las toleran", "porque no hacen una buena digestión", "porque se enferman los niños", "porque son comidas pesadas". El conocimiento, creencia y práctica con respecto a estos alimentos es positivo y beneficioso, ya que saben que cualquiera de estos alimentos perjudican a los niños.

Con respecto a que se haría para que los niños dejen el pecho, el 57.1% respondieron "alternarles con pacha (incaparina, leche en polvo)", el 14.3% dijeron "que nada porque ellos la dejan solo", el 14.3% no sabe que hacer, esto tal vez porque es su primer hijo o no ha recibido alguna orientación, el resto, 12.3% respondieron que "hay que quitarselo poco a poco", "ya no dormir con ellos"

Durante el embarazo el 91.4% respondió que NO le seguirían dando el pecho, las razones expuestas, "porque los niños se enferman, "porque la leche ya no es buena", "porque ya no se nutre bien al feto", aunque se encontró un 5.7% que SI seguirían con el pecho, lo argumentado es "para que no se desnutra el niño", "porque no afecta en nada que se siga dando el pecho", llama la atención esto ya que es una población urbana, donde mas de una vez han recibido alguna orientación sobre este tema, y aún existen criterios como los descritos, por otro lado la mayoría piensa que ya no es bueno darles el pecho lo que nos orienta a decir que los conocimientos van evolucionando, aunque falta todavía más.

El 54.2% de las entrevistadas creen que al año de edad el niño ya debería de consumir los alimentos que suelen ingerir los adultos. En el 31.4% se observó que entre los 18 meses y 3 años "ya podría comer sin ningún problema en su estómago". El resto considera que antes del año los niños ya pueden comer lo que consumen los adultos.

El 68.5% de las madres consideran que el niño debe de comer 3 veces al día (desayuno, almuerzo y cena), siendo en su mayoría variada pero restringida. Como parte de la dieta virtualmente establecida se encontró que acostumbraban pan dulce, huevo tibio, frijol, tortilla y café. De la totalidad se observó que la dieta en su mayor parte incluye carbohidratos, seguido en menor frecuencia el consumo de proteínas, lo cual es atribuido a patrones culturales y sociales además del alza inmoderada de los precios; razones todas que influyen en la disponibilidad de alimentos en la dieta. Solo el 2.9% incluyen refacción consistiendo en "atoles" (incaparina) y alguna fruta.

Con respecto a que hace cuando no quiere comer el niño el 42.9% "contempla" a los niños, el 31.4% "consulta al médico", y el 25.7% restante "le da lo que le recibe", "no le da" o "piensa que esta enfermo".

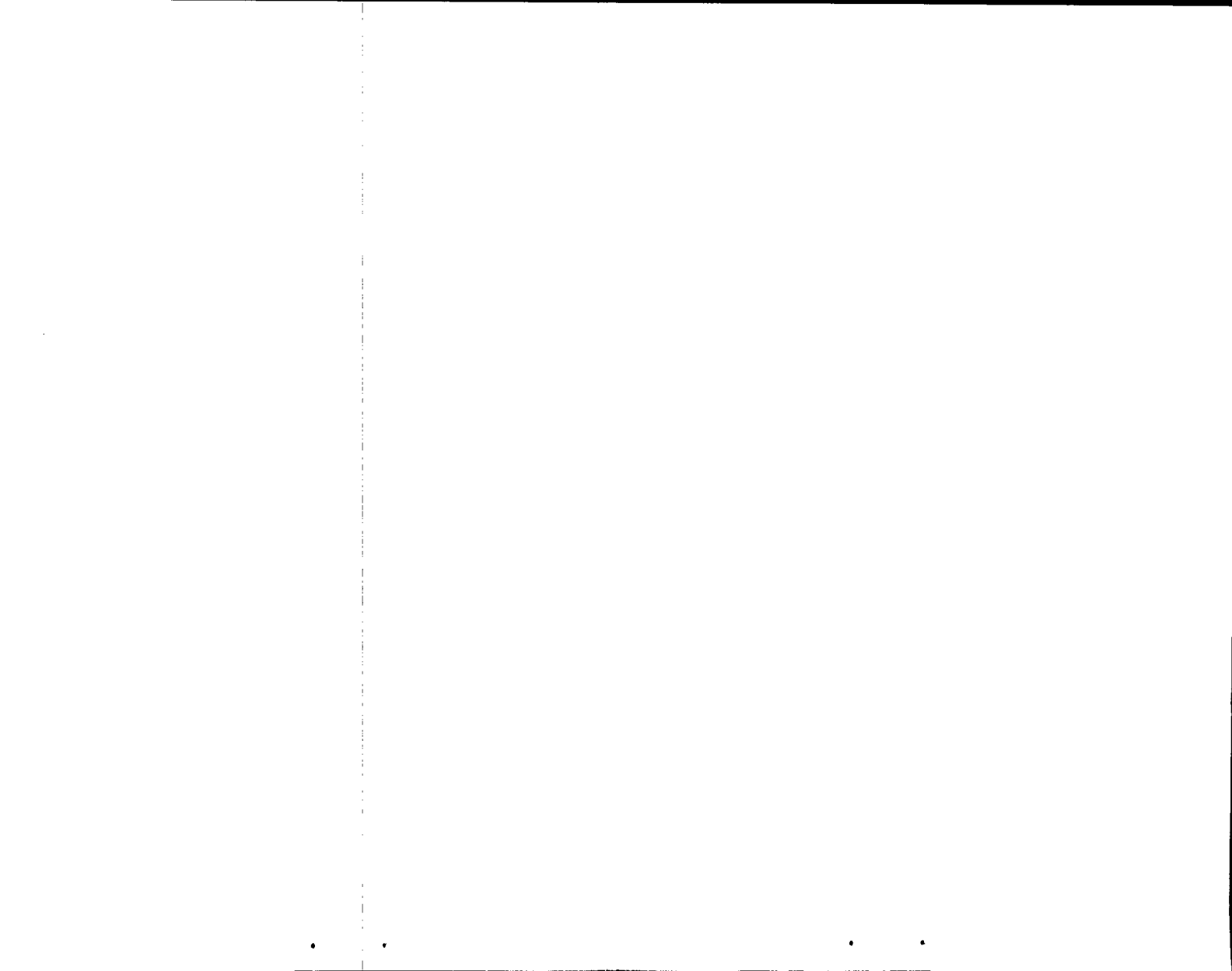
Siempre y cuando un niño no esté enfermo, no estoy de acuerdo en obligarlo a comer, y las madres entrevistadas tienen conocimiento y creencias adecuadas ya que el 80% de las madres respondió que NO han obligado a comer a los niños, las razones "porque si no quiere no le da", "porque come de todo", "porque si no quiere es porque no tiene hambre". El 20% respondió que SI ha obligado al niño a comer las razones "porque sino se puede enfermar y/o desnutrirse", "porque se tiene que acostumbrar a horarios", o "porque es necesario que coma".

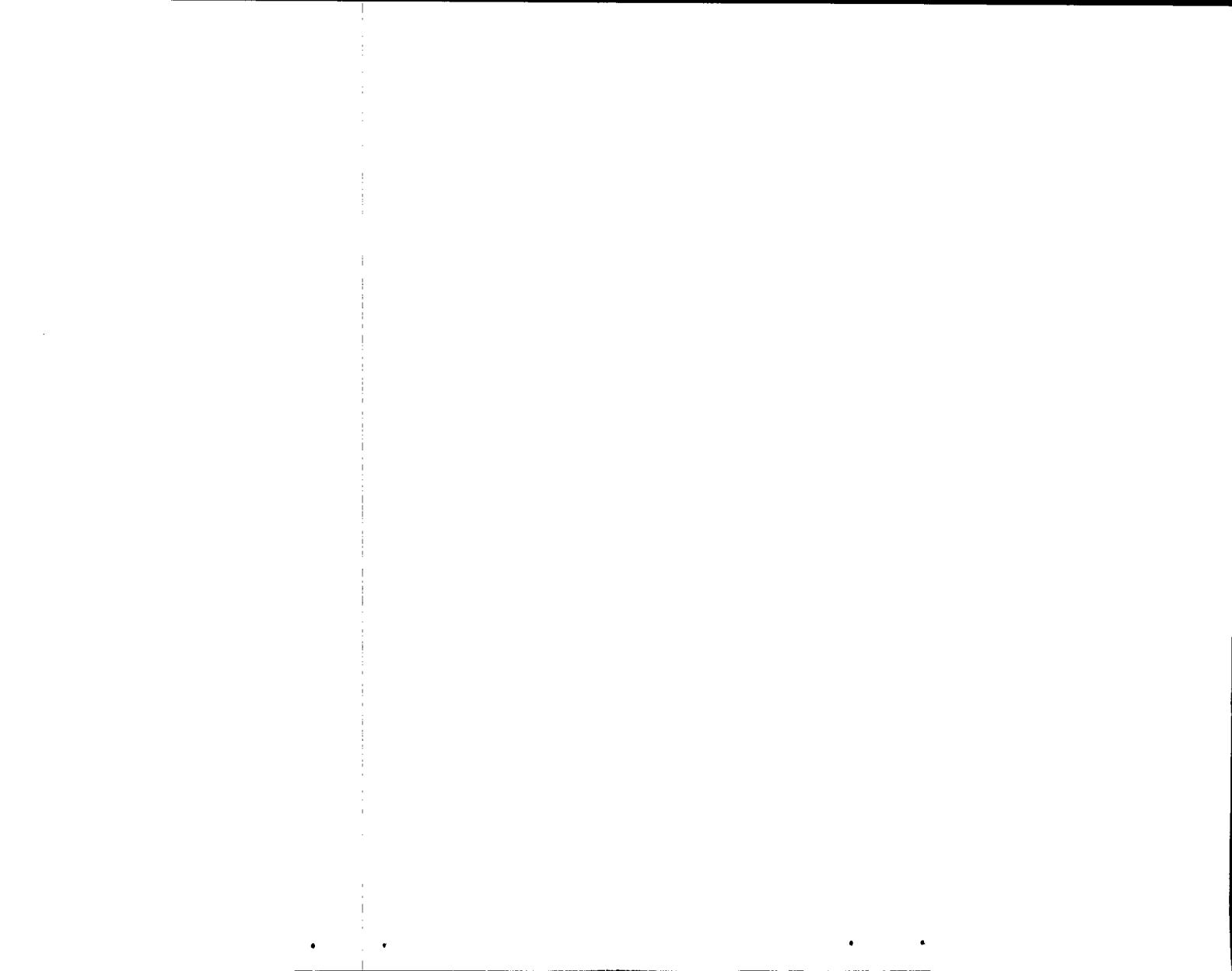
El 80% de las madres entrevistadas respondieron que ninguna comida obligan a comer a sus niños, y el 20% respondió que alguna dentro de las cuales están "fideos, pures, frijoles, comidas formales, o, lo del día", algunas de las razones expuestas fueron que "se podían enfermar", "se tienen que acostumbrar a todo", "no iban a crecer".

Se presenta a continuación un listado acerca de los conocimientos, creencias y prácticas populares en cuanto a la alimentación del niño de 0 - 12 meses; clasificado en positivas, negativas e inócuas.

#### CONOCIMIENTOS CREENCIAS Y PRACTICAS POSITIVAS:

- 1.- Tener la intención de alimentar al seno materno al niño.
- 2.- Brindar lactancia natural en las primeras 6 horas de nacido el niño.
- 3.- Considerar que sólo lactancia materna es el único alimento que necesita el niño al nacer.
- 4.- Proporcionar lactancia materna a libre demanda del niño es decir cada vez que lllore.
- 5.- Continuar con lactancia materna en caso de enfermedades de la madre que no lo ameriten.
- 6.- Tomar abundantes líquidos para mejorar la lactación
- 7.- Proporcionar lactancia materna por tiempo prolongado.
- 8.- Continuar la lactancia materna y/o alimentación suplementaria en caso de diarrea o fiebre en el niño.
- 9.- Relacionar el concepto desnutrición con la falta de alimento.
- 10.- Considerar que al año de edad el niño ya debería consumir los alimentos que la familia consume.
- 11.- No proporcionar leche materna en caso de embarazo.
- 12.- Iniciar la ablactación con alimentos semisólidos.
- 13.- Respetar la elección de la comida del niño en caso que no la quiera recibir, por otra de fácil digestión.





## IX. CONCLUSIONES :

- 1.- En el total de las madres observadas y/o estudiadas existe la intención de dar lactancia materna a sus hijos, desconociendo las propiedades fundamentales de ésta, así como también las técnicas adecuadas para un mejor aprovechamiento de la actividad.
- 2.- Todas las madres estudiadas amamantan a sus hijos, con el conocimiento que la leche materna es el alimento ideal para ellos y porque no cuentan con otro sustituto.
- 3.- Se concibe la necesidad de dar lactancia materna en las primeras 6 horas, no solo con el objeto de calmar el llanto sino también mitigar el hambre; la cual es a libre demanda.
- 4.- Las madres en estudio consideran que el tiempo ideal de lactancia materna exclusiva es de 5-6 meses.
- 5.- La mayoría de las madres concuerdan en que la alimentación complementaria debería iniciarse cuando el niño tiene una edad entre 5 - 6 meses, contando con una variedad de alimentos muy restringida.
- 6.- La mayoría de las madres conocen lo que es el calostro.
- 7.- Entre los conocimientos, creencias y prácticas positivas de las madres se encontraron:
  - a) Proporcionar lactancia materna por tiempo prolongado.
  - b) No suspender la lactancia materna y/o alimentación suplementaria en caso de enfermarse la madre, que no lo amerite.
  - c) Relacionar el concepto desnutrición con la falta de alimentos.
  - d) Respetar la elección de comida del niño en caso que no la quiera recibir, por otra de fácil digestión.
- 8.- Entre los conocimientos, creencias y prácticas negativas de las madres se encontraron:
  - a) Desconocer la importancia del calostro.
  - b) Tener la creencia que al nacer el niño tiene "sucio" el estómago.
  - c) La intención de dar lactancia materna con horario fijo.
  - d) Retrazar y/o adelantar la suplementación alimentaria.
  - e) La mayoría de las madres concibe la necesidad de proporcionar alimentos en el niño, pero se ignora la importancia de una dieta balanceada para el organismo del niño; que si bien es capaz de satisfacerse con

cualquier dieta, ésta no lo hace necesariamente como la más adecuada para un óptimo crecimiento y desarrollo.

9.- Entre los conocimientos, creencias y prácticas inócuas se observaron:

- a) La ingesta de "atoles" para una mayor producción de leche.
- b) Proporcionar "agua azucarada, cebada" al niño con el objeto que "éste bien del estómago".
- c) Creer que el calostro es alimento "para limpiarle es estómago al niño".

10.- La influencia de los medios de comunicación y del personal de salud en las Guarderías para promover la lactancia y alimentación complementaria al parecer es mínima, situación sentida en las madres que asisten a dichas instituciones.

## X. RECOMENDACIONES :

- 1.- Incluir dentro del pensum de estudios del médico y cirujano de la Universidad de San Carlos de Guatemala, cursos sobre antropología, en especial de antropología médica y etnomedicina; para adentrarse en el conocimiento de aspectos socioculturales de nuestra población y así establecer un canal de comunicación más estrecho en la relación médico-paciente y por ende encaminar en mejor forma el plan educacional.
- 2.- Continuar la realización de este tipo de estudios en otras latitudes con problemas prioritarios de salud en Guatemala, porque desconocemos muchos aspectos de la realidad social en la cual interactúa el médico de nuestro país, ya que existen problemas tangibles y que sin embargo no se han encontrado todavía soluciones.
- 3.- Realizar actividades educativas sobre la alimentación del niño de 0 -12 meses, con el personal de salud que labora en las Guarderías, áreas de salud de la república, y, con los estudiantes de medicina; para que através de ellos por la relación estrecha, se fomenten los conocimientos, creencias y prácticas positivas y desestimular las negativas, en beneficio de los niños.
- 4.- Que los planificadores en el ramo de la salud tomen en cuenta los conocimientos, creencias y prácticas de las madres en relación a la alimentación del niño durante el primer año de vida, en sus programas del campo de la salud.
- 5.- Implementar la promoción de la alimentación del niño como una herramienta básica en la atención primaria de salud.
- 6.- Realizar en forma periódica actividades educativas con respecto a la alimentación del niño en el primer año de vida, entre las madres de los niños que asisten a las Guarderías, personal de las Guarderías y estudiantes de medicina.



## XI. RESUMEN .

El presente estudio se realizó en Los Centros de Bienestar Social (Guarderías), La Presidenta, Colón y Pamplona de la ciudad capital, durante el mes de Septiembre de 1994, con las madres que tuvieran niños entre 0 - 12 meses.

Por las características del estudio que son eminentemente cualitativas y por llevarse a cabo en un grupo social con costumbres, conocimientos, creencias y prácticas propias, está incluido dentro de las investigaciones Antropológicas aplicadas al campo de la salud; por lo que en éste estudio se utilizó el método Etnográfico de recolección de datos, como instrumento de investigación, cuyas características son: observaciones participativas, conversaciones informales y entrevistas formales e informales.

La investigación consistió: Primero se hizo contacto con las madres de las Guarderías, explicándoles quien era, en que consistía el estudio y solicitando la colaboración de las madres para la realización de dicho estudio. Segundo se realizaron entrevistas formales e informales visitándolas tanto en la mañana como en la tarde, haciendo preguntas sobre alimentación en el primer año de vida, se tuvo que preguntar de diferentes formas para que las madres comprendieran lo que se les estaba preguntando.

Después de la recolección de datos, se procedió a tabular encontrándose las siguientes conclusiones:

- Que el total de las madres tienen la intención de dar lactancia materna a sus hijos.
- Todas las madres amamantan a sus hijos con el conocimiento que la leche materna es el alimento ideal para ellos.
- Las madres consideran que el tiempo ideal para dar lactancia materna exclusiva es de 5 - 6 meses.
- La mayoría de las madres saben que es el calostro.
- Proporcionar lactancia materna por tiempo prolongado.
- Relacionar el concepto desnutrición con la falta de alimentos.
- Existen mas conocimientos, creencias y prácticas positivas que negativas.
- entre otras.

Dentro de las recomendaciones estan:

- Incluir dentro del pensum de estudios del médico y cirujano de la Universidad de San Carlos de Guatemala, cursos sobre Antropología médica y etnomedicina.

- Realizar actividades educativas sobre alimentación del niño de 0 - 12 meses, con el personal de salud que labora en las Guarderías, áreas de salud y estudiantes de medicina.
- Implementar la promoción de la alimentación del niño como una herramienta básica en la atención primaria de salud.
- Realizar en forma periódica actividades educativas con respecto a la alimentación del niño en el primer año de vida con las madres de los niños que asisten a las Guarderías, personal de las Guarderías y estudiantes de medicina.

## XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- 1.- Angate, A.Y. Compresión de la medicina tradicional. Rev. Mundial de la salud. 1981 2(2) 279-283.
- 2.- Annel, M.V. Una experiencia guatemalteca: Quien dirige es la comunidad y no el médico. Foro Mundial de la salud. 1982; 325-327.
- 3.- Bond, J.T. et al. A case Study of infant feeding practice in Guatemala. Infant and Child Feeding. New York Academic Press 1981; 205-211.
- 4.- Béhar, M. et al. Creencias y conocimientos sobre biología de la reproducción en Santa María Cauqué. Guatemala Indígena. 1977 Ene-Jun; 12(1-2): 53-81.
- 5.- Béhar, M. La nutrición y el futuro de la humanidad. Crónica de la O.M.S. 1980; 30: 151-154.
- 6.- Berganza, CE, et al. La personalidad y las actitudes maternas como causa de impetencia infantil. Estudio sistemático de 20 casos. Guatemala-pediátrica. 1983; Marzo; 5(3): 165-77.
- 7.- Castejón, Mario. Salud y educación herramienta para el progreso Guatemala 1990. 65pp.
- 8.- Colindres, J.J. Enfoque científico del valor terapéutico de las técnicas utilizadas en Guatemala para diagnosticar y curar el "empacho". Segundo seminario de medicina tradicional, Comité de Aprovechamiento de las plantas medicinales. CEFOL, 1986: 1-8.
- 9.- Chávez, A y C. Martínez. Importancia de la lactancia en la nutrición infantil. Nutrición y desarrollo infantil. México, Interamerica, 1980: 24-51.
- 10.-Chávez, E.E. Creencias y actitudes en la alimentación del niño de 1-4 años. Estudios Descriptivo-Prospectivo de 20 mujeres en la población de Ciudad Satélite (mixco). Tesis (médico y cirujano) USAC, Facultad de CC.MM Guate. 1986. 206pp.

- 11.-Delgado, H.L. et al. Crecimiento físico. nutrición e infección en los primeros años de vida. Guatemala, INCAP, 1988: 250-261.
- 12.-Diálogo sobre diarrea; El destete, la lactancia materna y la diarrea. El boletín internacional sobre el control de enfermedades diarreicas. 1990; No. 32:1-8.
- 13.-Dinámica de la lactancia natural. Crónica de la O.M.S., 1983 37(1): 7-11.
- 14.-Estudio Antropológico sobre creencias de la medicina maya, OPS/OMS. Nov. 1989; 1-40.
- 15.-Foster, G y B. Gallatin. The new field of Medical Antrhopology. Medical Anthropology. 1978: 1-10.
- 16.-Foster, G.M. Prácticas socioculturales que afectan a la inocuidad de los alimentos. Alimentos y Nutrición (FAO, ROMA) Jun. 1983; 9(2): 54-58.
- 17.-Ghidinelli, A. La investigación etnomédica y su sectorialización. Guatemala Indígena. 1981 Ene-Jun; 16(1-2): 1-46.
- 18.-González, N.L. Creencias médicas y nutricionales en un grupo socio-económico bajo, de la ciudad de Guatemala. Guatemala, INCAP. 1978: 1-3.
- 19.-Helman, C. Anthropology and clinical practice. Anthropology today. Aug. 1985; 1(4): 7-10.
- 20.-Hunter, S.S. Historical perpectives on the development of health systems modeling in medical anthropology. 1985, Soc. Sci. Med. 21(12); 1297-1307.
- 21.-Hurtado, E. Procedimientos de Asesoría Rápida: Manual de estudios antropológicos aplicados a la salud y nutrición. Guatemala, INCAP. 1988: 66pp.
- 22.-Hurtado, J.J. Calor-frío una categoría cognitiva. Guatemala Indígena. 1980 Jul-Dic: 15(1-2): 1-18.
- 23.-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): 149-234.

- 24.-Juez, G. Lactancia materna exclusiva: Crecimiento en un grupo seleccionado de niños Chilenos. Rev. Chil. Pediatr. 1984, Abr: 55(4): 225-230.
- 25.-Lactancia natural; una prioridad mundial. Madre y niños. 1990: 9(3): 1-3.
- 26.-Liu León, H.E. Creencias y actitudes en la alimentación e higiene del neonato; estudio descriptivo de 60 mujeres de control prenatal del Hospital General San Juan de Dios. Tesis (Médico y Cirujano) USAC, Facultad de CC.MM. Guate, 1985: 79pp.
- 27.-La lucha de la malnutrición en el mundo. Crónica de la O.M.S. 1977:31: 307-310.
- 28.-La salud de los niños del mundo.1979; 33(4): 136-140.-
- 29.-Mardones, F. marco histórico para el análisis de las causas del descenso en la práctica de la lactancia materna. Rev. Chil Pediatr. 1985 Jun; 53(6): 607-611.
- 30.-Menchaca, F.J. Aspectos socioculturales del crecimiento y desarrollo del niño. Guatemala-INCAP. 1980. 169-175.
- 31.-Naranjo, P. Medicina Indígena y popular de América Latina y Medicina contemporánea. Guatemala Indígena. 1978 Ene-Jun; 13(1-2): 186-219.
- 32.-Neuenswander, H.L. y S.D. Souder. El Síndrome caliente-frío húmedo-seco entre los quichés de Joyabaj: Dos modelos cognitivos. Guatemala Indígena. 1980 Ene-Jun; 15(1-2): 139-169.
- 33.-Noticias de Nutrición. Crónica de la OMS. 1978; 32: 347-353.
- 34.-Parry, E.H. La influencia de la cultura. Foro Mundial de la Salud. 1984; 5; 58-62.
- 35.-Pelto, G.H. Ethnographic studies of the effects of food availability and infant feeding practices. Food and nutrition Bulletin. 1985; 6(1): 6-11.
- 36.-Problemática Alimentario-Nutricional. Guatemala INCAP. INF. Anual. 1989; 6-11.

- 37.-Reunión conjunta OMS/UNICEF sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño. Crónica de la OMS. 1980 Dic; 33: 499-508.
- 38.-Rogoff, B. Etnografía del desarrollo del niño en una comunidad maya en proceso de modernización. Guatemala Indígena. 1977 Jul-Dic; 12(3): 207-224.
- 39.-Rubio O, G. Medicina Indígena actual. Guatemala Indígena. 1982; 11(1-2): 91-130.
- 40.-Scotney, N. Debemos acabar con nuestra indiferencia hacia las culturas locales. Foro Mundial de la Salud. 1981; 2(4): 617-618.
- 41.-Sopena, R. Diccionario enciclopédico ilustrado. Tomo 4, Editorial Sopena, S.A. Barcelona 1978; 1167, 3435.
- 42.-Tejada V, C. Nutrition and Feeding Practices of the Maya in Central América. The maya in Central América. 1979 Nov: 54-85.
- 43.-Vargas, L.A. Factores culturales que influyen en la capacidad de producir servicios médicos. Actas du XXII congress International des amercantes. (París) 1976. Sept; 2(9): 1-4.
- 44.-Villatoro, E.M. La medicina tradicional y los problemas de salud en Guatemala. La tradición popular (Guatemala). 1983; (42-43): 1-16.
- 45.-Villatoro, E.M. La comunicación popular y salud materno infantil. Tradiciones de Guatemala. 1988 (28-30); 61-73.
- 46.-Villatoro, E.M. La medicina tradicional en Guatemala: Necesidades y prespectivas. Revista tradiciones de Guatemala. CEFOL, USAC 1991: 1-12 (en prensa).
- 47.-Manual para atención del niño. WYETH-AYERST INTERNATIONAL INC. Philadelphia, PA 19101 U.S.A. JUNIO 1990.
- 48.-Manual de Crecimiento y Desarrollo del niño. Serie PALTEX NUMERO 8 Washington, D.C. 1986 páginas 87 - 109.
- 49.-Normas de Atención de Salud Materno-Infantil (MSPAS, IGSS) 1,992- 1,996. pag(s).75 - 78.

XIII. A N E X O S

A N E X O I .

BOLETA DE ENTREVISTA

FORMULARIO DE DATOS GENERALES

NOMBRE Y APELLIDO: \_\_\_\_\_

fecha: \_\_\_\_\_ GRUPO ETNICO \_\_\_\_\_

GUARDERIA \_\_\_\_\_ NUMERO: \_\_\_\_\_

GUIA DE CONOCIMIENTOS, CREENCIAS Y PRACTICAS DE LA MADRE EN  
RELACION A LA ALIMENTACION DEL NIÑO DE 0 - 12 MESES.

1. Qué le da usted al niño al momento de nacer? Porqué?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Al cuánto tiempo de nacido el niño, piensa Usted que se le debe dar el pecho? Porqué?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Cree usted que debe dársele algún otro alimento al niño al nacer? Cuál(es)? Porqué?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- 4.- Cada cuánto tiempo hay que darle el pecho a su hijo? Porqué?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Sabe usted que es el calostro? y para que sirve?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- 6.- Cuando usted está enferma qué le da al niño? Porqué?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



7.- Continúa dándole lactancia Materna?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

8.- Qué recomienda usted para una mayor producción de leche, si la madre la tiene en poca cantidad? Porqué?

---

---

9.- Hasta que edad es bueno darle solo pecho a los niños (hay diferencia por sexo)?

---

---

10.- A que edad se comienzan a dar otros alimentos al niño además del pecho/ o sin el pecho? Porqué?

---

---

11.- Cuales son alimentos que empieza a dar? Porqué?

---

---

12.- Que alimentos no deben darsele? Porqué?

---

---

13.- Qué debe hacerse para que los niños dejen el pecho? Si se le da alguna sustancia o alimento, Cuál(es) es(son) ésta(s)

---

---

14.- Cree usted que debe dársele el pecho al niño cuando se está embarazada? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Porqué?

---

---

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

---

---

16.- Cuántas veces al día come el niño? \_\_\_\_\_ Qué come en  
cada tiempo de comida (cuando no está enfermo)?

---

---

---

17.- Qué hace cuando el niño no quiere comer?

---

---

---

18.- Alguna vez ha obligado al niño a comer? SI\_\_\_ NO\_\_\_  
Porqué?

---

---

---

19.- Qué comidas se le obliga a comer? Porqué?

---

---

---

## ANEXO II.

### 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. (10)