

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS QUIMICAS Y FARMACIA**

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a circular emblem. It features a central figure, likely a saint or historical figure, seated and holding a book. The figure is surrounded by various symbols, including a cross, a shield, and other heraldic elements. The text "UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA" is inscribed around the perimeter of the seal.

**PRACTICAS SOBRE ALIMENTACIÓN DEL INFANTE QUE REALIZAN LAS
MADRES ADOLESCENTES QUE ASISTEN A LA UNIDAD DE CRECIMIENTO Y
DESARROLLO DEL HOSPITAL ROOSEVELT**

Gabriela Montenegro Bethancourt

NUTRICIONISTA

Guatemala, julio de 1999.

JUNTA DIRECTIVA

**FACULTAD DE CIENCIAS QUIMICAS Y FARMACIA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**

| | |
|-------------------|-------------------------------------|
| DECANO | Licda. Hada Marieta Alvarado Beteta |
| SECRETARIO | Lic. Oscar Federico Nave Herrera |
| VOCAL I | Dr. Oscar Manuel Cobar Pinto |
| VOCAL II | Dr. Rubén Dariel Velásquez Miranda |
| VOCAL III. | Lic. Rodrigo Herrera San José. |
| VOCAL IV. | Br. David Estuardo Delgado González |
| VOCAL V | Br. Estuardo Solórzano Lémus |

DEDICATORIA

Este laborioso trabajo lo dedico a :

Esas niñas que han tomado el difícil rol de madres y a sus niños.

A mi mamá : Rita Bethancourt Fioravanti

AGRADECIMIENTOS

Ahora, al fin ya culminada la "Tesis", no puedo sino añadir los nombres de aquellas personas que de alguna u otra forma hicieron posible el trabajo. Imposible ponerlos a todos, por razones de memoria y espacio, pero vale decir que todos están implícitos y latentes en cada línea de esta investigación.

Primero, quiero agradecer a esa substancia divina e inefable que participa en todos los procesos del mundo (incluidos los de la alimentación), mano mágica que guía mi obra; por supuesto de nuevo a mi mamá, pues sin ella yo simplemente no sería. A mi amada Universidad de San Carlos de Guatemala, esa casa enorme de ideas y conocimientos en donde yo viví y crecí; a mi asesora Silvia, por su asistencia y amistad incondicionales; a mi revisora Lourdes Ochaeta ("La Colocha") por dedicarme parte de su valioso tiempo y por su amistad; a todo el personal de la Unidad de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Roosevelt, por su estrecha colaboración.

A mi hermano Tacho, por crear controversia en la forma como debía incluirlo; a toda la Familia Bethancourt Fioravanti, que siempre creyó en mi y me ve con ojos del alma; a Monseñor, por la espiritualidad que nos une y porque soy su sobrina favorita; a la Trilogía, que aunque no estamos juntas, somos. A Herby y los Senn que no los puedo dejar fuera; a San Judas Tadeo, como promesa. A los amigos que no pueden faltar, y que de hecho nunca faltan.

Gracias a Morti, por darle un poco de matiz a los agradecimientos.

Al "amor" que siempre me acompaña.

Gracias a la vida.

CONTENIDO

| | <i>Página</i> |
|--|---------------|
| I. RESUMEN | 1 |
| II. INTRODUCCION | 3 |
| III. ANTECEDENTES | 4 |
| A. Niño menor de un año | 4 |
| 1. Necesidades nutricionales | 4 |
| 2. Alimentación | 5 |
| a) Lactancia materna | 6 |
| b) Lactancia artificial | 9 |
| c) Alimentación complementaria | 11 |
| d) Prácticas dietéticas óptimas para niños menores de un año | 16 |
| B. Adolescencia | 20 |
| 1. Definición y características generales | 20 |
| 2. Fecundidad de las mujeres adolescentes en Guatemala | 23 |
| C. Prácticas Alimentarias | 25 |
| 1. Definición e importancia | 25 |
| 2. Metodología para el estudio de las prácticas alimentarias | 28 |
| D. Unidad de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Roosevelt | 30 |
| 1. Organización | 30 |
| 2. Objetivos | 31 |
| 3. Recursos humanos | 33 |
| 4. Programa de madre adolescente | 33 |
| IV. JUSTIFICACION | 35 |
| V. OBJETIVOS | 36 |
| VI. MATERIALES Y METODOS | 37 |
| VII. RESULTADOS | 41 |
| VIII. DISCUSION DE RESULTADOS | 60 |
| IX. CONCLUSIONES | 65 |
| X. RECOMENDACIONES | 67 |
| XI. BIBLIOGRAFIA | 68 |
| XII. ANEXOS | 71 |

I. RESUMEN

Se realizó un estudio de tipo descriptivo y transversal con el objetivo de determinar las prácticas sobre alimentación del infante que realizan las madres adolescentes que asisten a la Unidad de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Roosevelt. Se estudiaron 48 madres adolescentes, con niños menores de un año, que asistieron a las reuniones del Grupo de Madres Adolescentes de la Unidad, durante los meses de junio, julio y agosto de 1998.

Para la recolección de la información se combinaron dos técnicas : la entrevista directa, para lo cual se utilizó un cuestionario estructurado y la observación del grupo durante la actividad y de las madres durante la entrevista. Los resultados obtenidos son presentados en porcentajes y en forma descriptiva.

Se determinó que las prácticas alimentarias de este grupo con sus niños son inadecuadas siéndole varios los factores que en ello influyen. El 100% de las madres participantes en el estudio expresaron haber proporcionado a sus niños por lo menos otro tipo de alimento (líquido o sólido) además de la leche materna o sucedáneo antes del sexto mes de edad. La introducción de los alimentos varía de acuerdo al tipo y consistencia del mismo, sin que las madres sigan un esquema de introducción de acuerdo a las edades y formas de preparación en que éstos deben darse a los infantes.

La lactancia materna sí es una práctica común en este grupo, ya que el 97.9 % de los hijos de las madres adolescentes, recibió leche materna y un 89.6 % la continuaban. El 65.1% (n=18) de los niños recibían sólo leche materna y el 34.9% (n=15) lactancia mixta.

Las fuentes de orientación primaria que este grupo recibe sobre la alimentación del niño, son las pláticas de nutrición impartidas por estudiantes de nutrición y las recomendaciones que proporcionan los médicos en las consultas que se realizan en la Unidad de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Roosevelt. Por ello se recomienda

principalmente estandarizar las orientaciones que se dan a las madres adolescentes para la introducción adecuada de los alimentos; continuar con el apoyo a la lactancia materna y llevar a cabo actividades participativas que resulten más atractivas y beneficiosas para este grupo.

II. INTRODUCCION

La adolescencia es una de las etapas del ciclo de vida durante la cual se producen los cambios físicos, psicológicos y emocionales más drásticos en el ser humano. Debido a esos cambios que suceden, durante la adolescencia, se presentan una serie de conflictos y emociones que afectan directamente el comportamiento de los jóvenes. Desafortunadamente, este grupo que es uno de los que más atención y orientación requiere, hasta en época muy reciente ha principiado a recibirla. Uno de los resultados de esta falta de atención se ve reflejado en el alto número de madres adolescentes, como indican las estadísticas de la encuesta de salud materno infantil de 1995, donde el 21% de mujeres entre las edades de quince a diecinueve años, han comenzado la maternidad (20).

Los hábitos alimentarios son la respuesta a factores socio culturales de una población; sin embargo, éstos son adquiridos durante los primeros años de vida, influenciados en la adolescencia por los grupos sociales, familiares y escolares, y algunos modificados en la edad adulta. Como reflejo de los mismos cambios internos que en el adolescente van surgiendo, y algunas características en gustos y preferencias alimentarias propias de la edad, la mayor libertad que tienen en la selección de sus comidas, las prácticas alimentarias de este grupo son diferentes. Si una madre adolescente es la encargada de dar alimentación a su bebé, es importante conocer qué prácticas alimentarias está llevando a cabo con su niño, ya que éstas son el reflejo de las que ellas tienen, para así orientarlas adecuadamente.

En la Unidad de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Roosevelt se proporciona la atención integral al grupo de madres adolescentes, por lo que, en coordinación con el Departamento de Alimentación y Nutrición, se acordó realizar el presente estudio sobre Prácticas Alimentarias en el Infante, hijos de Madres Adolescentes que asisten a esta unidad, para que la información obtenida se constituya en la base de la planificación de intervenciones en alimentación y nutrición específicas para este grupo.

III. ANTECEDENTES

A. Niño Menor de un Año

1. Necesidades nutricionales

Las necesidades nutricionales de un individuo se definen como “La cantidad mínima indispensable de un nutriente determinado, capaz de promover un estado de salud óptimo”. La satisfacción de las necesidades de nutrientes, en lactantes, determinan el índice y ritmo de crecimiento, gasto de energía en actividades, necesidades metabólicas basales y la interacción de los nutrientes que se consumen. Asimismo la satisfacción de las necesidades nutricionales del lactante afectan la interacción con las respuestas a los estímulos ambientales y psicológicamente fomentan la fijación y vínculo con los padres (16, 17).

En los infantes o lactantes, la necesidad de nutrientes es muy grande por el desarrollo acelerado de sus órganos y funciones, por lo que esta necesidad debe ser particularmente atendida. En anexos 1 y 2 se muestran los requerimientos y recomendaciones de energía, proteínas, vitaminas y minerales para infantes de ambos sexos según edad. Las necesidades energéticas de los niños varían de acuerdo a su tamaño, por lo cual las recomendaciones son expresadas por unidad de peso corporal (26).

Como se observa, el promedio de las necesidades energéticas del recién nacido a término son aproximadamente de 110 a 120 Kilocalorías por kilogramo de peso corporal por día, y de 100 Kilocalorías al cumplir un año de edad. Estas necesidades deben ser satisfechas para que el infante duplique su peso inicial entre el cuarto y sexto meses de vida, y lo triplique al año de edad. En cuanto a la longitud, ésta aumenta en un 50% durante el primer año de vida y se duplica hacia los cuatro años. Para determinar si el lactante está consumiendo las cantidades adecuadas de energía, se debe vigilar periódicamente el aumento de longitud y peso a través del monitoreo de crecimiento. Si el niño no tiene un crecimiento acorde con el promedio para su grupo de edad, deberá

investigarse la posibilidad de desnutrición, alguna enfermedad no diagnosticada o ambas (3, 16,17).

2. Alimentación

Cuando el aumento de peso prosigue a un ritmo más rápido que el de la estatura, se debe vigilar lo que el infante consume tanto en calidad como en cantidad. Cuando el infante recibe lactancia materna exclusiva, es poco probable que se presente esta situación, ya que está plenamente comprobado que las necesidades nutricionales del infante están totalmente satisfechas con la leche materna, y siempre y cuando el suministro sea suficiente el ritmo de crecimiento será adecuado. Sin embargo, si además de lactancia está tomando fórmula o sólo alguna fórmula, debe valorarse la concentración calórica de la fórmula y volumen consumido. Si además se están dando otros alimentos debe evaluarse la cantidad y tipo de semisólidos y sólidos que se están administrando al niño así como la actividad que esté desarrollando (1, 2, 16).

Un infante puede estar siendo alimentado inadecuadamente en dos casos : cuando los lactantes son alimentados con leche diluida y baja densidad, que es cuando a las fórmulas se les añade más agua que lo que indican las instrucciones; o cuando la fórmula es concentrada, porque no se añadió el agua suficiente al concentrado en polvo; en ambos casos se origina una ingestión inadecuada de agua y energía. Es muy importante que los padres conozcan las formas correctas de preparación de las fórmulas y los signos de saciedad de los niños para evitar la mala ingesta por sobre o por debajo de los requerimientos y necesidades del niño (7,16).

Las necesidades proteínicas para el crecimiento deben ser cualitativas y cuantitativas, y son mayores por kilogramo que la de los niños mayores y adultos. La ingesta protéica adecuada contiene todos los aminoácidos esenciales en cantidades suficientes para satisfacer las necesidades de mantenimiento y proveer el suplemento compatible con el crecimiento (7, 12, 16).

a) **Lactancia materna-** Es la alimentación del bebé por medio de la leche de su madre. Representa un puente natural entre la vida intrauterina y la adaptación al mundo exterior. Se considera como una práctica que prolonga primero las condiciones de la gestación y va preparando luego al individuo de manera gradual para una existencia más independiente. La lactancia es la forma más eficiente y segura de abastecer de todas las necesidades alimentarias al niño, llenando todos sus requerimientos tanto en energía como en macro y micronutrientes, además que la leche de sus madres los protege activamente y es inmunomoduladora (1,2,5,7,9,12, 24,25).

En Guatemala, la lactancia materna es una práctica generalizada. El 96% de los niños ha recibido el pecho materno alguna vez. El 55% de los niños empieza a lactar en la primera hora de nacido. El 77% es amamantado durante el primer día de nacido y tiene un promedio de duración de veinte meses (20).

Se ha comprobado que el contacto primario, preferiblemente antes de seis horas, es importante en la adaptación madre-infante y aumenta las probabilidades de una lactancia exitosa. Actualmente, se recomienda que el bebé sea llevado al pecho de la madre inmediatamente después de nacer o cuando la madre se sienta preparada después del parto. No es necesario que se pruebe la succión con agua cuando el índice apgar es normal y las secreciones son escasas (3, 12).

El ritmo de la alimentación en el período neonatal debe individualizarse. La capacidad del estómago del recién nacido es de 10 a 20 ml, aumentando hasta 80 ml a las dos semanas y a 100 ml como promedio al final del primer mes. A los doce meses se tiene una capacidad gástrica aproximada de 200 ml lo que permite que los infantes consuman más alimentos y a menor frecuencia conforme van creciendo. En las primeras semanas, el infante puede querer que lo amamanten cada dos o tres horas, pero nunca con un intervalo mayor de cuatro a cinco horas; esto se observa especialmente durante la primera semana. Estudios cuidadosamente controlados han demostrado que los lactantes que reciben agua, agua

azucarada o fórmulas en lugar de pecho, pierden más peso, lo recuperan más lentamente y tienen menor volumen de materia fecal (1, 9).

Al practicar la verdadera auto- demanda, la producción de leche es más alta y el aumento de peso del infante es más rápido. Durante la primera semana, la leche puede demorar tres o cuatro minutos en bajar y más de cinco minutos en aumentar su contenido de grasa. Según va aumentando la capacidad gástrica del infante los intervalos de tiempo entre los alimentos se alargan y al final del primer mes la mayoría de bebés se satisfacen con ser amamantados cada cuatro horas. El infante promedio toma el pecho cada dos horas, completando de 10 a 12 mamadas diarias hasta por lo menos el primer mes. La madre debe aprender a conocer los patrones de amamantamiento específicos de su bebé y deberá equilibrar el tiempo en cada pecho. También el ritmo de vaciamiento depende de la cantidad y composición de los alimentos que la madre consuma (1, 2, 9,16).

El primer líquido amarillento delgado se conoce como "calostro" que está muy bien adaptado para las necesidades del neonato. Este líquido es más rico en proteínas y más bajo en grasas y carbohidratos que la leche madura, pero satisface adecuadamente los requerimientos del bebé. El calostro evoluciona hacia leche madura entre los tres y catorce días postparto, y a medida que es sustituido por la leche transicional y madura, las mamas crecen y se tornan duras conforme van llenando sus depósitos de leche. La leche madura tiene cientos de componentes reconocidos. El volumen de producción de leche está determinado por la succión infantil. Los actos instintivos del lactante deben ser consolidados en una conducta aprendida en el período postparto en momentos en que el uso de tetillas artificiales y los chupetes pueden condicionar al niño a diferentes acciones orales que son inapropiadas para la lactancia. Es necesario evitar el biberón durante las primeras semanas, aún si la madre tiene intención de reanudar su actividad laboral (1, 9).

Entre los componentes de la leche materna, las grasas proporcionan al infante entre el 35 y 50% de su ingesta. Los recién nacidos absorben 85 a 90% de la grasa de la leche materna, pero en ocasiones menos del 70% de la de vaca. La lactosa es la principal

fuente de carbohidratos de la leche materna, pero también hay presentes pequeñas cantidades de galactosa, fructosa y otros oligosacáridos. La lactosa parece ser un nutriente específico para el primer año de vida ya que la enzima lactasa, que metaboliza la lactosa, se encuentra sólo en los mamíferos infantiles. Este azúcar provee alrededor del 40% de las necesidades de energía, pero también tiene otras funciones, metabolizándose a glucosa para proveer energía y galactosa (necesaria para la formación de los galactolípidos del sistema nervioso central). También la leche humana facilita la absorción del hierro y calcio, promoviendo la colonización intestinal con el *Lactobacillus bifidus*, protegiéndolo contra agentes patógenos. La leche humana y el calostro contienen anticuerpos y factores antiinfecciosos que no se encuentran en las fórmulas comerciales o la leche de vaca. La inmunoglobulina A (IgA) secretoria es la inmunoglobulina predominante en la leche humana y protege de infecciones al intestino inmaduro de los lactantes, pero para su acción eficiente debe prolongarse la lactancia materna por lo menos hasta los tres meses de edad. Debido a estos factores antiinfecciosos, la frecuencia de infecciones es menor en niños con lactancia materna exclusiva que en los que se alimentan con biberones (1, 16).

A pesar de la aparente importancia de la lactosa para los niños normales, no todos los sustitutos de la leche materna poseen este carbohidrato (fórmulas diseñadas para uso terapéutico a corto plazo en infantes con intolerancia a la misma), desconociéndose los efectos a corto y largo plazo del uso de éstas fórmulas. Para lactantes con problemas especiales se dispone de fórmulas comerciales preparadas a partir de aislados de proteína de soya o hidrolizados de caseína, y diversas soluciones para restitución de los electrolitos (1, 16).

En general, existen pocas contraindicaciones para la lactancia materna, salvo en algunos casos específicos, la mayoría de mujeres que desean amamantar son capaces de alimentar al pecho si se les hace comprender los mecanismos fisiológicos, si se les brinda el apoyo adecuado por el personal hospitalario y la familia y si están relativamente libres de ansiedad y estrés (1, 2, 12, 24).

Otro problema, que pareciera no tener importancia, pero que se debería tomar en cuenta, es que existen estudios que demuestran que los niños alimentados al pecho exclusivamente durante los seis primeros meses, no padecen de obesidad. Asimismo, es más fácil detectar los niveles de saciedad en niños amamantados que cuando son alimentados con fórmulas, ya que si estos niveles no están muy bien establecidos generalmente se tiende a sobrealimentar al niño lo que puede representar riesgos de salud más adelante (9, 10, 11).

Estudios reportan que en Guatemala la lactancia materna es exclusiva apenas durante un poco más de cuatro meses. Entre los niños de doce meses de edad, el 72% continuaba lactando. En cuanto a la frecuencia, ésta parece ser adecuada ya que más del 80% de niños menores de seis meses recibe el pecho por lo menos seis veces al día (20).

Cuando los infantes están siendo amamantados al pecho, con crecimiento subóptimo, es posible que las madres no estén recibiendo la información apropiada, apoyo y el estímulo que les permita aumentar su producción láctea. Es posible que los infantes amamantados, ya de por sí comprometidos fisiológicamente (tal vez debido a su bajo peso al nacer o a la exposición a infecciones en el ambiente hogareño) no reciben la oportunidad de aumentar su ingesta de leche materna. Estos niños se someten a uno de dos riesgos que a menudo pone sus vidas en peligro; por un lado se suplementa su dieta con sucedáneos de leche materna, que son inapropiados o preparados antihigiénicamente, o por el otro, se les dan suplementos de valor nutricional cuestionable. En muchos casos, a la suplementación temprana le sigue rápidamente un destete total, prematuro y no intencionado. Para ello se recomienda, amamantar al niño más frecuentemente; que la madre incremente su propia ingesta energética y disminuir el nivel de actividad de la madre en vez de darle suplementos a infantes antes de los seis meses de edad (24).

b) Lactancia artificial- Se considera lactancia artificial la sustitución de la leche materna por otros productos de origen animal o vegetal. Los lactantes cuyas

madres no desean o no pueden dar de mamar, se alimentan por lo general con fórmulas comerciales elaboradas a partir de leche de vaca o un producto de soya (16).

Las fórmulas comerciales deben usarse sólo en casos en donde realmente la madre no pueda dar lactancia materna o en niños con problemas específicos. Estas fórmulas comerciales generalmente se presentan como concentrados en polvo que se preparan con agua. Sin embargo los riesgos que esta alimentación conlleva son varios. Primero, para preparar los biberones se debe conservar un ambiente muy limpio. Todo el equipo que se utilice debe estar muy bien lavado y esterilizado (en el caso de los biberones y mamones). El agua que se utilice debe ser hervida. El niño debe comer inmediatamente después de prepararse la fórmula y cualquier cantidad de leche que no consuma en esa alimentación debe desecharse. Las latas abiertas de fórmula deben permanecer tapadas y protegidas del calor y la humedad. Si no se cuenta con los recursos adecuados o se desconoce la importancia de adoptar las medidas de higiene y seguridad necesaria, es cuando este tipo de alimentación lejos de beneficiar al infante le está sometiendo a riesgos que ponen en juego su seguridad y salud (12,16).

Aunque la mayoría de fórmulas comerciales para lactantes esté basada en leche vacuna, la composición de ésta es muy diferente a la humana. En las fórmulas los nutrientes son adaptados para que en lo posible se parezcan a los de la leche humana. Contrario a la creencia que una simple dilución con agua en la leche entera vacuna puede tener el mismo efecto, la leche entera de vaca está contraindicada en lactantes humanos cuando menos hasta el primer año de edad. Varios estudios han demostrado que los infantes no tienen la capacidad para digerir el coágulo duro de la grasa de la leche de vaca por lo que la absorción de la misma es menor que la de la leche materna; también el contenido de proteína y residuo de la leche de vaca origina una carga renal de solutos más alta, originando un desequilibrio homeostático en el niño, asimismo se asocia con el riesgo de padecer hemorragias intestinales (1, 16, 24).

c) **Alimentación complementaria-** Fisiológicamente, al nacer, los niños coordinan la succión, la respiración y la deglución. Para alimentarse, al nacer los niños están preparados para succionar o sorber líquidos, pero no alimentos con alguna textura.

Durante el primer año, los infantes normales desarrollan el control de la cabeza, la capacidad para sentarse y conservar esta postura y la facultad para tomar primero con prensión palmar y después con prensión de tenazas más refinada. Lo que les permite tener una alimentación diferente, es el grado de desarrollo y progreso que tengan y que puede observarse cuando tienen una succión más madura y en la masticación en rotación (2,14 16).

Resulta difícil la clasificación del desarrollo esperado en los niños, específico para cada mes de edad, ya que éste está influenciado por estímulos externos que no siempre son iguales en todos los niños cayendo en el error de generalizaciones que no siempre son las más adecuadas. Para facilitar esta clasificación, en anexo 3 se incluye una guía de los periodos de crecimiento del infante, divididos en periodo de lactancia, de transición y adulto modificado con el desarrollo físico, cognoscitivo y social esperado en niños con crecimiento normal. También en el mismo anexo se incluye una guía de comportamiento con las habilidades alimentarias que van desarrollando en cada periodo y los principales signos de comunicación.

Se ha comprobado que después de los seis meses de edad, la leche materna ya no es suficiente para cubrir todas las necesidades nutricionales del niño, por lo que este necesita alimentación adicional. Se considera que la lactancia debe ser complementada con los alimentos y no sustituida por ellos, por lo que se conoce como alimentación complementaria (1,5).

La introducción de los alimentos a la dieta del niño debe ser en una forma gradual y progresiva para que su paladar se acostumbre a los distintos sabores y además facilite el consumo de una alimentación balanceada. La alimentación complementaria no

debe iniciarse antes del sexto mes de edad y deberá adecuarse conforme el desarrollo del niño. La introducción de alimentos sólidos debe ser una actividad placentera tanto para la madre como para el bebé (10, 22).

Se recomienda iniciar la alimentación complementaria con alimentos blandos, machacados o cortados en trocitos. A medida que la dentición aparece la consistencia de las comidas puede ir variando en firmeza, de modo que el niño vaya aprendiendo las diferentes texturas y experimentando los diferentes sabores. Es muy importante para la alimentación del niño que los alimentos que se seleccionen sean comunes en la familia, estén disponibles y adecuados en digestibilidad, densidad energética y contenido de nutrientes, tomando muy en cuenta la calidad en cuanto a su preparación especialmente en los cuidados higiénicos que se deben seguir (10,15, 24, 25).

La madre, o la persona encargada del cuidado del niño, es la que debe conocer cuando un infante está listo para recibir alimentos sólidos. Como se mencionaba, de acuerdo al desarrollo que el niño tenga se irán introduciendo los alimentos. Algunos de los signos que pueden observarse son los siguientes :

- i. Habilidad y postura para sentarse.
- ii. El reflejo de la lengua, para que el bebé no escupa y pueda mantener la comida dentro de su boca.
- iii. Habilidad para masticar.
- iv. Mayor demanda para mamar no relacionado con enfermedad, dolor natural de encías por la dentición o con cambios de rutina en alimentación.

La base científica para introducir alimentos sólidos a partir del sexto mes y no antes, entre otras es que se reducen los riesgos de alergias, ya que a partir de esta edad el bebé empieza a producir suficientes anticuerpos (IgA) para prevenir la absorción de antígenos a través de la pared intestinal. También, el aparato digestivo del bebé, madura hacia el sexto mes. Antes, este sistema no está listo para manejar otros alimentos. La mayoría de alimentos sólidos si son dados antes de tiempo son pobremente digeridos y

pueden causar molestias. Se ha comprobado que estos mismos alimentos, al ser dados después de los seis meses son más fácilmente asimilados (1,10,16, 25).

Se sugiere que la madre al momento de dar los alimentos al bebé cuente con tiempo para ello, y se encuentre libre de cualquier presión que pueda transmitir al bebé, preferiblemente debe ser a media mañana o media tarde. Si el bebé parece no estar interesado en lo que se le ofrece, tal vez se deba sentar al bebé cerca a su mamá en horas en que la familia esté comiendo. Primero, el bebé debe ser amamantado y después se le debe alimentar con comida, ya que debe considerarse como una nueva forma de alimentación y no como un sustituto de la lactancia materna (10, 25).

Se deben evitar las mezclas de los alimentos, por lo que se sugiere iniciar con un solo alimento. Con esto, la madre puede observar la tolerancia de ese nuevo alimento en su bebé, detectando así la sensibilidad o posibilidad de que se produzca alguna alergia alimentaria o cualquier trastorno digestivo. Se debe dar cada alimento por lo menos durante una semana antes de iniciar con otro. Aunque el sistema digestivo del niño al sexto mes es más desarrollado, aún se corre el riesgo de que desarrolle algún tipo de alergia. No existe alguna ventaja de dar al bebé una gran variedad de alimentos en un corto período de tiempo. Debe irse despacio para permitir al bebé que experimente la aceptación y gusto de un nuevo alimento antes de iniciar con otro (10,16).

Cuando el bebé está acostumbrado al sabor de cada nuevo alimento que se ofrece, y la mamá ya comprobó que éste no le causa daño al niño, entonces ya puede mezclarlo y dárselo al bebé. Es normal que el niño sienta un rechazo inicial hacia las mezclas de alimentos pero al final lo terminará aceptando porque para él son sabores ya conocidos. Dependiendo de la edad del bebé, se ofrecerá la comida en forma de puré o papilla. Para la preparación se puede agregar agua hervida o leche materna. Es importante experimentar con diferentes texturas, de acuerdo a la edad y desarrollo que el niño demuestre. Por ejemplo, a la edad de ocho o nueve meses, a los niños les resultan atractivas las comidas que pueden tomar con sus manos, así mismo es necesario permitir

que se deje que él mismo se alimente para que conozca las diferentes texturas. Entre las comidas que prefieren en esta edad son : pan, tortilla, frutas y verduras, en trocitos. Mientras el bebé está aprendiendo a tomar sus alimentos, como en cualquier proceso de enseñanza aprendizaje, es importante la supervisión de un adulto y ser paciente para que se desarrollen como actividades agradables y no traumáticas para el niño. Es conveniente que al introducir nuevos alimentos la persona encargada de la alimentación del infante reconozca las señales de saciedad del mismo y que no sea obligado a comer, pero que acepte un lógico rechazo inicial. También es probable que el bebé se canse de cierto alimento que al principio le agradaba (9,10,25).

Es conveniente ofrecer al niño alimentos de los distintos sabores primarios, se sugiere iniciar por el dulce, luego el ácido y finalmente el salado. Se deben evitar los alimentos que pueden resultar irritantes para el bebé, como chile, pimienta, alimentos muy condimentados y el café. Los sabores básicos, de preferencia deben presentarse al niño en forma simple para que él aprenda a gustarlos. Por otra parte, la educación del paladar del niño y de su gusto incluye también la escala de olores, siendo éste un complemento del sabor, es por eso que la alimentación del niño debe proporcionarle variedad para que aprenda a percibir con agrado. La textura y la temperatura son factores que también deben ser tomados en cuenta. Se espera que al cumplir el año de edad al niño ya se le incluya la dieta familiar. Es normal la preferencia que denotan los niños por el sabor dulce, y se ha observado que cuando un niño ha sido amamantado por la madre, especialmente si la dieta de ésta es variada, la tendencia a aceptar más fácilmente los nuevos alimentos que se ofrezcan así como mayor adaptabilidad a la dieta del hogar (10,11, 14).

Uno de los peligros más grandes durante el período del destete resulta del cambio de leche estéril a leche animal y a alimentos sólidos y semisólidos que casi siempre se adquieren, almacenan y ofrecen al niño en forma poco higiénica. Por ésta razón el período del destete se asocia con la proporción más alta que se observa de infecciones gastrointestinales durante los primeros años de vida. Es muy común observar que hacia el

primer año de vida los niños empiecen a experimentar marcada lentitud en su crecimiento y desarrollo, y muestren mayor susceptibilidad para la morbilidad y mortalidad (17, 24).

En Guatemala, la alimentación complementaria se inicia a muy temprana edad y ésta luego de beneficiar a los niños, se considera un riesgo para que el niño contraiga gérmenes por el empleo de agua que en muchas regiones no es sanitariamente segura. La complementación con leche para bebé no es común durante los primeros dos meses, pero es más corriente que los niños reciban leche líquida y/o en polvo (uno de cada cinco niños entre seis y siete meses) u otros líquidos (casi la mitad de los niños de cuatro a cinco meses) (20).

Es una práctica común la introducción de alimentos sólidos después de los primeros tres meses de vida y a partir de los seis meses la lactancia materna es casi complementada por alimentos sólidos. Al final del primer año de vida, cerca de la mitad de los niños lactantes reciben alimentos sólidos (20).

Actualmente las recomendaciones sobre alimentación infantil, reconocidas a nivel internacional, sugieren que los alimentos complementarios deben iniciarse, en infantes con lactancia materna exclusiva a los seis meses de edad y no antes. La razón primordial es que la mayoría de infantes de todo el mundo necesitan energía y nutrientes adicionales, además de la leche materna a fines del sexto mes, mientras que otros aparentemente necesitan dicha suplementación alimentaria en períodos más tempranos (pero no antes del cuarto mes) (1, 10).

Existe información bien documentada, sobre la relación entre alimentación infantil e infección. Esta información, sugiere que, en comparación con los infantes que reciben lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses, aquellos con alimentos adicionales antes de esa edad presentan una mayor probabilidad de incidencia de enfermedades, respiratorias y diarrea. En segundo lugar, al iniciarse la alimentación complementaria es posible que la producción de leche materna disminuya, y por lo tanto, las repercusiones hormonales positivas de la lactancia exclusiva en el espaciamiento

intergenésico también se reduzcan potencialmente. Los estudios han demostrado que los alimentos sólidos pueden desplazar a la lactancia natural sin causar un incremento en la ingesta de nutriente de parte del niño, especialmente cuando dichos alimentos son fuentes energéticas menos nutritivas. Los alimentos de destete introducidos pueden tener menor cantidad y calidad de proteínas que las que contiene la leche materna, resultando en un consumo proteínico más bajo, el cual tendrá repercusiones negativas en el crecimiento infantil (24).

d) Prácticas dietéticas óptimas para niños menores de un año- Actualmente, las recomendaciones sobre alimentación infantil reconocidas a nivel nacional e internacional han acordado (5,14,24):

i. Desde el nacimiento a los seis meses de edad, el niño debe recibir Lactancia Materna Exclusiva. La leche materna proporciona todos los nutrientes esenciales y le protege de enfermedades. Los beneficios de la lactancia materna se ven disminuidos si se inicia temprano con la introducción de líquidos o alimentos, inclusive si es solo agua.

ii. A partir del sexto mes, se debe continuar con la lactancia pero se debe iniciar la alimentación complementaria, ya que el niño está ya en capacidad de digerir los alimentos y además son necesarios para cubrir sus necesidades. Se puede agregar a la dieta alimentos suaves en formas de purés o papillas muy finas. Se recomienda iniciar con purés de cereales de un sólo grano como arroz, avena y maíz. Entre las frutas y vegetales deben preferirse aquellos que proporcionen vitamina A, tales como papaya, güicoy sazón y zanahoria. Los alimentos deben estar disponibles en el hogar. La carne se recomienda, por su contenido de hierro y la forma de ofrecerla puede ser molida, guisada o colada. También se pueden mezclar los vegetales con el jugo de la carne cocida. Se le da pocas cucharaditas, dos veces al día, siempre después de la lactancia.

iii. Una vez que el niño se acostumbra a comer, durante el séptimo y octavo mes, la textura debe ir cambiando. La comida es más espesa o se debe ofrecer en trocitos pequeños o picados finos. Debe evitarse dar sopas o papillas ralas, porque se

corre el riesgo de que el líquido sólo lo llene y al carecer de nutrientes no lo estén alimentando.

iv. A partir del noveno mes la frecuencia de alimentación del niño aumenta porque la capacidad gástrica es pequeña para satisfacer las necesidades y requerimientos altos debido al período de crecimiento. Se debe continuar la lactancia materna pero ya se establecen horarios formales de alimentación. Generalmente se alimentan de cuatro a cinco veces al día, teniendo los horarios convencionales de alimentación familiar y dos refacciones. En ésta edad se deben incluir alimentos como la carne, yema de huevo, frijoles colados, cereales, hierbas y verduras, raíces, tubérculos, tortilla y pan. Entre el sexto y octavo mes, el bebé ya puede beber líquidos de una taza o vaso. Las bebidas para el bebé deben consistir principalmente en: leche materna, sopas naturales hechas en casa, jugos de vegetales o frutas (hechos en casa) y agua hervida. Las frutas cítricas pueden causar alergias por eso se recomienda darlas hasta el año de edad.

v. Los niños no pueden comer la misma cantidad que un adulto en una comida debido a que su capacidad gástrica es pequeña por lo que las cantidades deben ser adecuadas. Se debe empezar dándole una cucharadita de puré cada vez que se le da de comer, y poco a poco ir aumentando la cantidad hasta llegar aproximadamente al equivalente de cinco cucharadas al año de edad. Para tener idea de la cantidad que el niño come e ir conociendo sus niveles de saciedad el niño debe tener sus propios utensilios (platos, cucharas y taza). Esto será útil para ir midiendo el consumo de alimentos del niño.

vi. La cuchara con que se alimente al bebé debe ser puesta bien adentro de su boca y debe sacársele levantándola hacia arriba facilitando la deglución y evitando así que escupa los alimentos.

vii. Entre los nueve meses y el año de edad, el niño debe incorporarse a la comida de la familia y comer la mayor variedad de comidas posible. Su dieta debe incluir alimentos fuentes de energía como cereales, pan y tortilla; alimentos ricos en proteína como frijoles, yema de huevo, carne de res, pollo, pescado o queso, siempre y cuando estén disponibles. Además diariamente debe comer frutas y verduras que además de fibra aporten vitamina A, tales como hierbas, zanahoria, mango y papaya.

viii. La grasa es la mejor fuente de energía en la dieta. Como los niños no tienen capacidad de consumir gran cantidad de comida en cada tiempo, se debe prevenir dando preparaciones ricas en energía. Para el efecto se puede agregar aceites vegetales a las preparaciones o freír algunos alimentos. A partir del noveno mes ya se puede agregar mantequilla, margarina o crema.

ix. La alimentación del niño debe vigilarse especialmente en períodos de enfermedad. Es normal la inapetencia que el niño presenta pero eso no justifica que el niño no coma. La lactancia materna no debe ser interrumpida, por el contrario, se recomienda que se amamante al niño con mayor frecuencia que lo habitual. El niño debe comer lo que normalmente consume pero en pocas cantidades y con mayor frecuencia. Los alimentos deben ser preparados en una manera que resulte más atractiva que la forma tradicional o a veces puede ser necesario cambiarlos a preparaciones más suaves.

x. Durante el período de convalecencia está la oportunidad de recuperar la salud del niño por medio de un adecuado consumo de alimentos. Durante una o dos semanas después de la enfermedad se debe poner más atención a lo que el niño coma. Se debe ofrecer una comida extra (refacción) que contenga alimentos especiales como el huevo o queso, para asegurarse de que va a recuperar lo que perdió durante el período de enfermedad.

xi. Se recomienda que la lactancia materna se prolongue como práctica por lo menos hasta los dos años de edad.

xii. Por los riesgos que representan para los niños, entre los alimentos que se deben evitar durante el primer año de vida se incluyen : leche de vaca, entera o descremada; clara de huevo; frutas cítricas o que no se les pueda quitar la semilla, como la mora o las fresas; frituras; chicharrones; comidas preparadas con azúcares añadidos, endulzantes y edulcorantes artificiales; comidas que contengan alto contenido de sal; dulces o caramelos; bebidas gaseosas y carbonatadas; jugos enlatados; bebidas no nutritivas que contengan cafeína; sopas enlatadas o de sobre; galletas saladas y miel de abejas.

xiii. Los niños se distraen fácilmente durante las comidas, es deber de los padres vigilar y estar pendientes de que se coman todo. A veces cuando el niño no tiene

apetito es necesario insistir para que el niño coma, pero jamás se debe emplear la fuerza, gritar o golpear para que se coma el alimento. Solamente con paciencia y cuidado se puede romper con el círculo de rechazo al alimento, falta de apetito y desnutrición.

Gradualmente el niño adopta los hábitos y conducta alimentaria que observa de las personas que le rodean. El niño al año de edad come lo que la familia come, y no es sino hasta aproximadamente los dieciocho meses cuando generalmente se observa el rechazo hacia los alimentos nuevos que se les presentan por primera vez y la aceptación se logra únicamente a través de la insistencia no violenta.

Generalmente, los niños van aprendiendo el gusto por los alimentos que se consumen en su grupo, diferencia los alimentos que se consumen en ocasiones especiales y adquiere preferencias por ciertos alimentos. No se debe olvidar que los hábitos y costumbres alimentarias son resultado de factores psicológicos, fisiológicos y sociales (14).

Las instrucciones básicas que deben seguirse en la preparación de alimentos inocuos en casa para los lactantes son las siguientes (10, 16) :

- i. Elegir frutas, vegetales o carnes frescas de buena calidad.
- ii. Comprobar que todos los utensilios, incluyendo tablas para cortar, molinos, licuadoras, coladores, cuchillos, etc. estén muy limpios.
- iii. Lavarse las manos con agua y jabón antes de preparar el alimento.
- iv. Limpiar y lavar el alimento perfectamente. Cocer el alimento en la menor cantidad de agua posible, evitando la sobrecocción por la pérdida de nutrientes importantes.
- v. No añadir sal a los alimentos. Salvo que sea indicado, agregar azúcar a las preparaciones. No añadir miel, ni jarabe de maíz a alimentos para niños menores de un año.

En Anexo 4 se incluye el esquema sugerido para la alimentación del niño en el primer año de vida, recomendado por la Comisión Nacional de Promoción de la Lactancia Materna de Guatemala (CONAPLAM).

B. Adolescencia

1. Definición y características generales

La Organización Mundial de la Salud (OMS) categoriza en este grupo de edad, a la población comprendida entre los 10 y 19 años de edad y como jóvenes al grupo comprendido entre 15 y 24 años. El rango amplio que cubre estas dos definiciones, se comprende entre los 10 y 24 años, la cual constituye para América Latina el 30% de la población. Se sabe que la adolescencia tiene límites poco definidos y que como proceso comienza muchas veces antes de los 10 años y no necesariamente termina a los 19, más bien se caracteriza por ser el período de la vida que inicia con la aparición de las características sexuales secundarias y termina con el cese del crecimiento somático (3, 16).

El crecimiento físico, la maduración sexual y el desarrollo fisiológico durante la pubertad y la adolescencia están bajo control de una serie complicada de alteraciones en las tasas de secreción hormonal, haciendo una clara distinción en el desarrollo de mujeres y de hombres; afectando composición corporal, aparición de características sexuales y la capacidad reproductiva. El momento en que se producen los cambios en el cuerpo varía entre los dos sexos y en el mismo sexo entre los diferentes individuos. Las niñas tienen un poco menos variaciones que los hombres. El tiempo total desde el inicio de la pubertad hasta la madurez es más corto y existen menos diferencias entre las niñas con maduración temprana y las que tienen maduración tardía. Las niñas alcanzan la pubertad antes que los varones, teniendo a los doce años su máximo crecimiento y desarrollo hormonal. Ambos sexos presentan cambios evidentes en la composición del cuerpo. Las mujeres depositan la grasa de tal manera que a los 20 años tienen más que el varón, siendo esta diferencia en la composición corporal la que explica las diferentes necesidades energéticas de acuerdo al

sexo, ya que el tejido muscular es más activo por lo que los varones necesitan más energía (3, 6, 16).

La adolescencia es considerada como la segunda fase de crecimiento acelerado. En este período que dura entre cinco y diez años, se puede ganar hasta el 20% de estatura y el 50% del peso que se tendrá en edad adulta. La maduración sexual varía de un individuo a otro, así como el crecimiento físico y el desarrollo (6).

Durante este período se da la maduración intelectual y emocional, ya existe el pensamiento abstracto; el adolescente es capaz de tomar decisiones a nivel más avanzado, la planificación, la combinación de información para producir nuevos conceptos y fluctuaciones emocionales se presentan a esta edad y pueden interferir en la alimentación y nutrición. Además la fuerte presión ejercida y el anhelo de independencia pueden llevar al adolescente a rechazar los principios sociales o familiares relacionados con la alimentación formando un nuevo sistema personalizado de valores (2,3,6).

Es una característica propia que los adolescentes escojan sus alimentos. Existen estudios indicando que la mayoría de adolescentes, comen rápido y una cuarta parte de su ingesta diaria la realizan fuera del hogar. Comienzan a seleccionar, comprar y preparar más alimentos por si mismos. Aunque en la selección de sus comidas juegan un rol importante los aspectos culturales. En el comportamiento y selección de alimentos tienen gran influencia los jóvenes de la misma edad y los medios de comunicación (TV, radio, revistas, etc.) (3, 6, 18, 21,16).

Son características de ésta edad, el desorden alimenticio, que se manifiesta con la tendencia a saltarse tiempos de comida, especialmente el desayuno o a veces el almuerzo. En mujeres la supresión de alimentos se observa más que en los varones. La mayoría de adolescentes comen con frecuencia quejándose de quedarse con hambre, se tiene una tendencia al alto consumo de comidas bajas en fibra, altas en grasa y sodio, golosinas y alimentos de restaurantes de comida rápida. Además desarrollan un gusto

exagerado por alimentos poco nutritivos como bebidas gaseosas y otras golosinas azucaradas, especialmente chocolates y dulces. La influencia económica también juega un rol importante y afecta directamente entre la disponibilidad y elección de alimentos (2,6, 16,21).

Al reducirse el ritmo de crecimiento debe reducirse la ingestión energética, ya que los hábitos de sobrealimentación adquiridos durante la adolescencia pueden contribuir al desarrollo de otros problemas como la obesidad (6, 16).

Los malos hábitos alimentarios conducen a baja ingestión de nutrientes esenciales, y este grupo está más propenso a sufrir deficiencias de micronutrientes especialmente de vitamina A, calcio, hierro y complejo B, porque su régimen generalmente está basado en alimentos altos en azúcares, grasas y sal (2, 6).

El acné puede surgir como un problema propio de ésta edad, la creencia popular es que las restricciones dietéticas son efectivas en el tratamiento, limitación de chocolate, refrescos, mantequilla y otros alimentos con alto contenido de sacarosa y grasas, sin embargo estas recomendaciones son muy empíricas y no se ha logrado demostrar su efectividad. Cobra más importancia promover el consumo de una dieta balanceada, con alto contenido de frutas, vegetales, alimentos protéicos y otros componentes dietéticos que aseguren una ingesta suficiente de nutrientes (2,3,16).

Los trastornos de la alimentación más comunes que se presentan durante la adolescencia son el sobrepeso, la obesidad, la anorexia y la bulimia nerviosa. Todos estos son problemas que causan tanto alteraciones nutricionales y psicológicas, dañando el desarrollo y estilo de vida de los adolescentes (2, 3, 6, 16, 21, 24).

2. Fecundidad de las mujeres adolescentes en Guatemala

La conducta reproductiva de las adolescentes es un tópico de reconocida importancia, no solo en lo concerniente con embarazos no deseados y abortos, sino también con relación a consecuencias económicas y de salud. Los embarazos a muy temprana edad forman parte del patrón cultural de algunas regiones y grupos sociales, pero en las ciudades grandes generalmente no son deseados porque se dan en parejas que no han iniciado una vida en común, o tienen lugar en situaciones de unión concensual lo que generalmente termina con el abandono de la mujer y el hijo configurando así el problema social de “madre soltera” como se conoce en nuestro medio (18).

En Guatemala, el 21% de mujeres entre las edades de quince y diecinueve años han comenzado la maternidad (45 % entre las de 19 años). El porcentaje es más bajo en la región metropolitana en donde el 15% de las adolescentes ha iniciado maternidad en comparación con alrededor del 25% en otras regiones (20).

En cuanto a la educación, un 37% de adolescentes menores de 20 años no tienen escolaridad y un escaso 7% cuenta con educación secundaria (20).

La proporción de adolescentes embarazadas por primera vez es de 4%, siendo la de mujeres embarazadas para población en general de 8%, de las cuales un 13 % de adolescentes tienen ya un hijo y otro 5% dos o más. (18, 20).

El embarazo en la adolescencia, se define como aquella gestación que ocurre durante los primeros dos años ginecológicos de la mujer y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia paterna (18).

El embarazo durante la adolescencia constituye un problema social, ya que el impacto es psicosocial y se traduce en deserción escolar, mayor número de hijos, desempleo, fracaso en la relación con la pareja, e ingresos inferiores de por vida, contribuyendo a perpetuar el ciclo de pobreza y de marginación de la mujer (18).

Las consecuencias de un embarazo para la madre durante la adolescencia son:

- a) Alto índice de mortalidad materna.
- b) Mayor riesgo de padecer anemia y toxemia del embarazo.
- c) Deserción escolar y baja escolaridad.
- d) Desempleo más frecuente. Ingreso económico reducido de por vida; mayor riesgo de separación, divorcio, abandono y mayor número de hijos.

Las consecuencias para el hijo de madre adolescente son :

- a) Mayor riesgo de muerte.
- b) Alta probabilidad de tener bajo peso al nacer.
- c) Capacidad mental probablemente inferior.
- d) Alto riesgo de abuso físico, negligencia en los cuidados de salud, desnutrición y retardo en el desarrollo físico y emocional.
- e) Alta proporción de hijos ilegítimos que limitan sus derechos legales y acceso a la salud.

Ni la adolescente embarazada, ni la sociedad están preparadas para manejar la responsabilidad de la maternidad en la adolescencia. En América Latina, las jóvenes embarazadas enfrentan la dificultad adicional de vivir en partes relativamente pobres que ofrecen pocas ventajas económicas y escasos servicios de salud. Las madres también sufren desventajas educativas y mientras más jóvenes mayores son las dificultades (16,18).

En cuanto a salud representan un grupo de alto riesgo. La falta de atención médica adecuada, especialmente durante los primeros meses porque oculta el embarazo, ya que desconoce o no admite los síntomas por temor. Otras incluso hacen dieta en un esfuerzo por ocultar su estado. Con esto se pierden de los beneficios de orientación en salud y nutrición que pueden brindárseles (6, 16,18, 21).

Estadísticas demuestran que la tasa de enfermedades y muerte es de 33% para niños nacidos de madres adolescentes que cuando son mayores de 20 años, y es dos veces

más probable que las menores de quince años tengan infantes de bajo peso al nacer. El riesgo de nacimientos prematuros y carencias nutricionales es mayor en las mujeres de este grupo (3, 21).

El embarazo en la adolescencia refuerza la condición social baja de mujeres y su dependencia, la madre adolescente tiene más dificultad en conseguir ingresos adecuados para mantenerse a si misma y a su hijo. Las oportunidades económicas son limitadas ya que no ha tenido tiempo para aprender oficios o acceso a la educación formal. El desempleo es alto, y este es mayor en las que tienen más de un hijo. Una madre adolescente por si misma es poco probable que le pueda proveer de atención de salud y educación básica a su hijo. También se perpetúa el esquema de pobreza en el cual es más probable que su hijo en el futuro sea padre o madre adolescente (18).

El estado nutricional de la mujer durante el embarazo tiene consecuencias directas importantes para su propia salud y para producir un infante normal sano y amamantarlo. Se reconoce que los conocimientos sobre una nutrición materna "adecuada" durante el embarazo son incompletos especialmente para éste grupo específico, sin embargo se debe procurar en lo posible sobre prácticas adecuadas de alimentación tanto para ellas como para sus bebés.

C. Prácticas Alimentarias

1. Definición e importancia

Las prácticas alimentarias son consideradas como el reflejo de la estructura y los valores culturales de una sociedad, que son transmitidas por grupos de generación a generación y constituyen la base de los "hábitos alimentarios". Este término puede definirse como el conjunto de costumbres y/o prácticas de una comunidad que reflejan la forma en que su cultura traza la norma de conducta de los individuos en relación con el alimento resultando en un patrón dietético común (17, 19).

Entre los factores que influyen las prácticas alimentarias se encuentran los geográficos, culturales, religiosos, sociales, psicológicos, biológicos, educativos y económicos que tienen que ver directamente con la cantidad y clase de alimentos que se adquieren. La persona encargada de comprar alimentos, que generalmente tiene muy pocos o ningún concepto de valor nutritivo de los alimentos, basa su selección en el costo y en las preferencias culturales de la familia (4,17,19).

Las clasificaciones de alimentos, son usualmente el resultado de la combinación de factores históricos, sociales y económicos que han ejercido influencia sobre el modelo cultural. Estos se aprenden en la primera infancia y son difíciles de modificar. En el campo de la nutrición infantil, muchas prácticas tradicionales han permanecido sin cambios, sin embargo en las ciudades de países en desarrollo existe la tendencia a imitar ciertos tipos de prácticas occidentales, como por ejemplo el uso de biberón, tetillas y chupones (“pepes”) (17, 24).

En el documento de las recomendaciones emanadas de la reunión de expertos sobre Prácticas Óptimas para la alimentación infantil (24), se menciona que existen en los países un reconocimiento superficial de los problemas y poco consenso sobre las soluciones, y una gran disparidad entre las prácticas comunes y el ideal de alimentación infantil. Por ejemplo, se mencionan situaciones en donde el infante no recibe leche del seno de la madre, y otras en donde las prácticas de alimentación subóptimas prevalecen inclusive entre los infantes que son amamantados.

Recopilando, algunos de los ejemplos mencionados como prácticas inadecuadas se tienen (24):

a) Los recién nacidos reciben agua, agua glucosada, té, miel, u otros líquidos, en lugar de colocarlos inmediatamente al seno materno, por lo que el calostro muchas veces se descarta, cuando debe recomendarse que las madres inicien la lactancia materna en el transcurso de la primera hora posparto.

- b) Los infantes amamantados reciben suplementos de agua, té y otros líquidos no nutritivos.
- c) Los infantes amamantados reciben sucedáneos de la leche materna, así como otros alimentos durante la infancia temprana.
- d) Los agentes de la salud, por ignorancia, recomiendan a las madres comenzar a dar alimentos complementarios a partir de períodos tan tempranos como el primer mes de vida. Estas recomendaciones reflejan una preocupación muy arraigada, ya sea del patrón de crecimiento infantil o de la depleción materna.

Algunas de estas prácticas son adaptaciones recientes debido a los cambios en las condiciones económicas y ambientales, que incluyen la participación de la mujer en la fuerza laboral, mientras que otras se derivan de tradiciones que se piensa, garantizaron la supervivencia de grupos poblacionales durante generaciones. Existe la necesidad de continuar la búsqueda de soluciones técnicas que respondan a las realidades económicas, sociales y culturales de las vidas de las personas.

Es una práctica común el suministrar suplementos de agua, por la creencia tanto de madres como de pediatras que es necesario en climas cálidos y áridos. En muchas sociedades a los infantes muy pequeños se les administra té de hierbas por la creencia que promueven la buena digestión o contribuyen en alguna forma a la salud del niño. A menudo el agua u otros sustitutos se administran en un esfuerzo para posponer la lactancia materna o permitir que alguien más alimente al infante en la ausencia de la madre, o mientras ella se ocupa de otras responsabilidades. Estas creencias y prácticas han influenciado a una resistencia tremenda a la promoción y aceptación de la lactancia materna exclusiva, como una práctica óptima de alimentación infantil durante los primeros seis meses de edad. Se ha comprobado que los infantes con lactancia materna exclusiva, incluso aquellos que viven en climas extremadamente secos y cálidos, no necesitan agua ni líquidos adicionales (con excepción de niños de bajo peso al nacer, quienes podrían tener alguna dificultad con la lactancia o la habilidad de concentrar orina). La introducción de agua u otros líquidos,

disminuye la protección inmunológica de la leche materna y aumenta el riesgo relativo de exponer innecesariamente al infante a bacterias y virus que ponen su vida en peligro (24).

Los niños que tienden a seguir los patrones alimentarios de los adultos que no consumen los alimentos adecuados pueden enfrentar problemas nutricionales por deficiencias o excesos. En adolescentes, el resultado social y cultural, así como ideas de belleza y salud, probablemente estén deformados e influenciados por recomendaciones médicas y presiones de la propaganda influyendo en sus patrones alimentarios. Esto puede causar la inadecuada ingesta y desórdenes alimenticios tanto en las madres adolescentes como en sus hijos (ya que los hábitos propios influenciarán a sus niños especialmente cuando no se tiene la orientación adecuada) (10, 25).

Los niños no son adultos pequeños y sus guías deben ser diferentes que la de los adultos. Se debe enfatizar el consumo adecuado de variedad de alimentos sanos y nutritivos ya que sus gustos, preferencias y hábitos están desarrollándose y formándose (15, 25).

Se debe recordar que los patrones son aprendidos, y los tres factores que pueden influenciar a los niños son (14) :

- a) Oportunidad de exponer a los infantes a nuevos alimentos.
- b) Contexto social de las comidas
- c) Aprendizaje asociativo (que condiciona la comida con preferencias o aversión).

2. Metodología para el estudio de las prácticas alimentarias

En investigaciones de nutrición, los estudios de prácticas alimentarias proporcionan información sobre niveles de ingesta, fuentes de nutrimentos, hábitos alimentarios y prácticas de preparación de alimentos. La mayoría de estudios se utilizan como base para planteamiento de medidas adecuadas que tiendan a mejorar la condición

nutricional de las familias. La información obtenida en los estudios sobre hábitos y prácticas alimentarias, resulta útil especialmente para el personal de salud que participa en la asistencia médica y sanitaria y que es encargado de brindar la orientación nutricional a grupos o pacientes individuales.

Existen varios métodos para llevar a cabo las investigaciones dietéticas. Los métodos empleados para investigar el consumo de alimentos se agrupan en cualitativos y cuantitativos, dependiendo del objeto del estudio.

Entre los métodos comúnmente empleados se encuentran :

- a) Registro dietético diario (registro de siete días).
- b) Toma de peso directa de los alimentos consumidos.
- c) Cuestionario con respuesta escrita (empleando la técnica de la entrevista)
- d) Recordatorio de 24 horas.
- e) Frecuencia de consumo alimentario
- f) Cuestionarios dietéticos cortos y tarjeta puntaje dietético.
- g) La entrevista de campo, que generalmente se lleva a cabo en la casa del entrevistado y puede ser cualitativa y cuantitativa. Se usa también para evaluación de conocimientos y actitudes.
- h) Observación directa de grupos y comunidades.

En estudios para obtener datos de la alimentación de niños los métodos cualitativos son los más comúnmente empleados. El Cuestionario dietético resulta un valioso instrumento para obtener datos en estudios sobre prácticas alimentarias. Los métodos de observación son técnicas utilizadas especialmente para evaluar comportamiento de individuos o grupos de comunidades, puede resultar útil para investigar sobre hábitos alimentarios, aunque tiene como desventaja que el investigador debe quedarse dentro de la comunidad por un largo período de tiempo y solo pueden observarse pequeñas

comunidades. La entrevista, es una técnica que parece ser adecuada y permite obtener información con datos numéricos y es más fácil y conveniente tanto para los investigadores como para el grupo objetivo. Entre las limitaciones de entrevistas dietéticas se encuentran que no todos los datos pueden ser recolectados en un cuestionario o las personas entrevistadas por varias razones pueden guardar o mentir en la información que proporcionen. En estudios similares sobre “prácticas alimentarias” se han empleado con éxito métodos cualitativos, aunque según expertos se deben combinar las técnicas para obtener información más fidedigna (4, 8, 17,19, ¹)

Las técnicas para obtener información pueden ser de forma directa por el investigador o entregando un cuestionario a la persona investigada para que ella misma anote la información obtenida. Ambos métodos tienen sus ventajas y desventajas. En ambos casos los cuestionarios deben ser elaborados en forma sencilla y con un mínimo de preguntas, evitando que se relacionen con la situación económica de las personas (8).

D. Unidad de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Roosevelt

1. Organización

La Unidad de Crecimiento y Desarrollo es un centro médico-pediátrico de carácter asistencial con actividades docentes e investigativas, cuyos fines y objetivos están dirigidos a la población infantil comprendida entre las edades de cero a doce años que han sido admitidos para su atención. Esta es una entidad que forma parte del Departamento de Pediatría del Hospital Roosevelt aunque su planta física se encuentre en la parte externa del Hospital. El Organigrama de la Institución se incluye en el anexo 5.

¹ VALVERDE, Christa de. 1998. “Metodología para el Estudio de Prácticas Alimentarias”. Guatemala. Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá. División: Educación de la Comunidad. INCAP. (Entrevista Personal).

Se originó en 1967, cuando la sección de Neonatología del Hospital Roosevelt abre una clínica para el seguimiento de recién nacidos patológicos. En 1977 se amplía la cobertura y se da servicio a niños sanos nacidos en la Maternidad del Hospital, iniciándose el enfoque del control de crecimiento y desarrollo para niños. En 1983, se amplían los servicios con la apertura de la Clínica de Estimulación Temprana continuando con el enfoque multidisciplinario de la Unidad.

A partir de 1990, se amplían los programas dándose seguimiento al de "Madre Canguro"; en 1996 se abre la "Clínica de Endocrinología" y la de "Nutrición Ambulatoria" para atender a niños con problemas nutricionales.

La Unidad de Crecimiento y Desarrollo, fue propuesta por el Ministerio de Salud, como posible centro de capacitación de recursos humanos y como modelo para el desarrollo de programas de Crecimiento y Desarrollo Infantil por el enfoque que tienen en medicina preventiva.

2. Objetivos

El objetivo general de la Unidad es desarrollar y promocionar un programa de salud integral para niños cuyo enfoque sea multidisciplinario y participativo, con atención en los niveles primario y secundario de salud, desarrollando actividades de servicio, docencia e investigación, cuyo eje integrador sea el programa de "Crecimiento y Desarrollo".

Entre los objetivos específicos principales se encuentran la promoción y desarrollo de los subprogramas de "Monitoreo de Crecimiento y Desarrollo" de niños de cero a doce años. Para alcanzar los objetivos se cuentan con programas permanentes de inmunizaciones, estimulación temprana y derechos humanos del niño; programas de prevención de infecciones respiratorias agudas y enfermedad diarreica infantil como la atención en el período inicial de los casos en curso. También se cuenta con programas educativos dirigidos a las familias en forma participativa e interdisciplinaria.

Entre otros de los objetivos se encuentra el de promover y dar seguimiento en forma multidisciplinaria a los programas especiales de “Madre Canguro” y “Madre Adolescente”; así mismo la realización de estudios socioeconómicos a todos los usuarios para atención de casos sociales y de maltrato y abuso de niños y/o madres.

La población que atiende la Unidad está dirigida a todos los niños de cero a doce años que geográficamente correspondan a la zona designada por el área de salud Guatemala Sur, que comprende los siguientes sectores :

- a) Niños egresados de los servicios de alto y mínimo riesgo del Departamento de Maternidad.
- b) Niños atendidos en cualquier sección del Departamento de Pediatría.
- c) Niños referidos de otras instituciones.

La Unidad atiende a la población proveniente de la ciudad capital de las zonas 7, 11,12 y 19; los Municipios de Mixco, Villa Nueva, Villa Canales, San Juan y San Pedro Sacatepéquez y los Departamentos que correspondan al área de salud Guatemala Sur.

La Unidad sigue una nómina de atención en ocasiones de hasta ciento veinte pacientes, de lunes a viernes en horario de 7: 00 a 14:30 horas. Para los programas de Madre Canguro y Casos de Seguimiento Especial se han asignado los días jueves de cada semana; la Clínica de Endocrinología atiende los miércoles; el programa de Estimulación Temprana funciona diariamente y el programa de Madre Adolescente dos viernes de cada mes.

Los requisitos de admisión para un niño (a) son los siguientes :

- a) Presentar la partida o certificado de nacimiento
- b) Hoja de referencia; carnet del Hospital; registro o expediente clínico.
- c) Contribuir con un donativo a la Unidad, que será sugerido según normativo para el efecto.

d) Que correspondan a las áreas geográficas de influencia del Hospital Roosevelt o referidos por alguna Institución.

3. Recursos humanos de la unidad de crecimiento y desarrollo

- a) Un coordinador médico - pediatra (Jefe de Sección)
- b) Un médico - pediatra subcoordinador
- c) Un médico residente rotatorio I de pediatría.
- d) Un Licenciado en Trabajo Social.
- e) Cinco auxiliares de Enfermería.
- f) Un Licenciado en Psicología ⁽¹⁾
- g) Un Licenciado en Nutrición ⁽¹⁾
- h) Un Jefe de Enfermería ⁽¹⁾
- i) Personal rotatorio en formación (de cinco a ocho estudiantes de cuarto y quinto año de la carrera de Medicina de las Universidades de San Carlos de Guatemala y Francisco Marroquín).
- j) Un conserje / mensajero
- k) Una Secretaria recepcionista ⁽¹⁾

4. Programa de madre adolescente

Este es un programa que funciona desde el año de 1995 bajo la Coordinación del área de Trabajo Social. En este programa se atiende a todas las madres menores de dieciocho años, o los considerados casos especiales, que han sido previamente evaluados profesionalmente y referidos como madres cronológicamente adultas con comportamiento psicológico de adolescentes.

Durante el año de 1997 se atendieron un total de 386 madres adolescentes, de las cuales 318 que representa el 82.4%, tenían niños menores de un año ⁽²⁾

¹ Plazas contempladas aún no vigentes

Uno de los objetivos de este programa es la atención integral de los beneficiarios participando para ello las áreas de Trabajo Social, Departamento de Nutrición, Estimulación Temprana y Enfermería. Cada área participante planifica bimestralmente una plática o actividad relacionada con su campo y dirigida hacia este grupo. Cada actividad es coordinada por el área de Trabajo Social quien puede solicitar en algún momento la participación o apoyo de un área específica al tratar algún tópico relacionado.

Se planifica dos viernes de cada mes en horario regular de trabajo de la Unidad, para la atención de este grupo citándose de 25 a 30 madres para cada reunión y atención de sus niños. En cada sesión participan diferentes madres adolescentes, siendo en su mayoría casos nuevos y el resto de seguimiento. Así mismo las actividades y pláticas varían en cada reunión.

Entre los temas principales que se tratan en este grupo se pueden mencionar: sida; planificación familiar; cuidados durante el embarazo; nutrición y salud; enfermedades comunes de los niños; psicología y autoestima.

Las madres con una situación económico - social inadecuada son referidas a los programas de atención de las Damas Voluntarias del Hospital Roosevelt en donde entre otros beneficios está la adquisición de alimentos de la canasta básica y medicinas a precios más accesibles bajo la condición de que participen en las actividades programadas y que lleven regularmente a control a sus niños, bajo la supervisión del área de Trabajo Social.

² FUENTE: Libro de Crecimiento y Desarrollo – Consulta Externa. Unidad de Crecimiento y Desarrollo, Hospital Roosevelt

IV. JUSTIFICACION

La Unidad de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Roosevelt entre sus líneas de acción de salud ha coordinado con el Departamento de Alimentación y Nutrición la atención al grupo de Madres Adolescentes, considerando que éste es un grupo vulnerable en el que deben realizarse acciones que tiendan a mejorar la calidad de vida de las madres y sus niños.

La adolescencia es una de las etapas del ciclo de la vida durante la cual se producen los cambios físicos, psicológicos y emocionales más drásticos. Una madre adolescente está aún atravesando por un período de crecimiento y desarrollo en el cual necesita atención especial, y generalmente no está preparada para el cuidado adecuado de un niño.

A pesar de la importancia que este grupo requiere, la mayoría de los programas de educación y atención en salud están dirigidos a la niñez, olvidándose de que la adolescencia es una de las etapas más difíciles de la vida de un individuo en la cual la orientación se hace más necesaria. Si a esto se agrega la responsabilidad de la maternidad, se deben crear programas específicos de salud integral para este grupo que requiere especial atención y cuidado.

Los factores que pueden determinar los hábitos alimentarios son variados y complejos, ya que estos responden a características socio-culturales de la población; sin embargo éstos son adquiridos durante los primeros años de vida. Durante la adolescencia estos hábitos pueden ser cambiantes porque el adolescente tiene mayor libertad de elección de comidas, así como otras influencias y hábitos característicos de su propia edad. Si una madre adolescente es la encargada de dar alimentación a su bebé, es importante conocer qué prácticas alimentarias está llevando a cabo con su niño, para que se les oriente adecuadamente.

El presente estudio tiene como objetivo determinar las prácticas alimentarias que las madres adolescentes realizan en sus infantes para que este conocimiento se constituya en la base de la planificación de intervenciones en alimentación y nutrición para este grupo.

V. OBJETIVOS

A. General

Describir las prácticas sobre alimentación del infante que realizan las madres adolescentes que asisten a la Unidad de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Roosevelt.

B. Específicos

1. Determinar cuáles son las prácticas alimentarias comúnmente utilizadas por las madres adolescentes en la alimentación del infante.
2. Identificar la calidad de la lactancia que reciben los niños.
3. Investigar las prácticas de alimentación complementaria en los niños.
4. Establecer recomendaciones en base a las prácticas alimentarias encontradas.

V. MATERIALES Y METODOS

A. Universo

Madres adolescentes con niños menores de un año que asisten al Grupo de Madres Adolescentes de la Unidad de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Roosevelt.

B. Muestra

48 madres adolescentes que asistieron al Grupo de Madres Adolescentes de la Unidad de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Roosevelt durante los meses de junio, julio y agosto de 1998.

C. Tipo de estudio

Descriptivo y transversal.

D. Materiales

1. Recursos

a) Humanos

- i Personal de la clínica.
- ii. Investigadora
- iii. Comité Asesor de la Investigación

b) Físicos- Unidad de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Roosevelt

2. Instrumentos

a) **Recolección de datos-** Se utilizó el Formulario "Prácticas alimentarias en el infante " que se presenta en el anexo 6. Este instrumento se estructuró en dos secciones: la primera, para investigar los datos generales de la madre y el niño; y la segunda, para obtener información sobre las prácticas alimentarias del niño menor de un año.

Para el registro de los datos obtenidos en la observación se utilizó una libreta específica para la actividad identificada como "Observación de prácticas alimentarias en infantes".

b) **Tabulación-** La información fue tabulada en cuadros de tabulación con frecuencias específicos para los datos obtenidos.

E. Metodología

1. Para la selección de la muestra

Para seleccionar la muestra se realizaron los siguientes pasos:

a) Se estimó el promedio mensual de los niños de cero a doce meses hijos de madres adolescentes que fueron atendidos en la Unidad, de enero a diciembre del año de 1997. El promedio obtenido fue de 23 niños.

b) Se tomó en cuenta el número variable de madres asistentes con niños menores de un año y el número limitado de reuniones mensuales.

c) El tiempo empleado para cada entrevista y períodos de observación por parte de la investigadora para la confiabilidad de los datos.

d) Por factibilidad se decidió entrevistar ocho madres adolescentes en cada reunión, durante seis semanas, para que al finalizar el estudio se contara con un total de 48 madres con niños menores de un año que representaría el 70% de la población atendida.

2. Para la elaboración de instrumentos

a) De recolección- Se utilizó el formulario "Prácticas alimentarias en el infante", que anteriormente había sido empleado en la recolección de datos en otros estudios (4,17,19), realizándose algunas adaptaciones para que cumpliera con los objetivos específicos de esta investigación.

b) De tabulación- Para la tabulación de los datos se elaboraron instrumentos para ordenar en términos de frecuencias y porcentajes la información obtenida. La edad de los infantes se presentó por trimestres, que forman cuatro grupos que son: 0 a 2.99 meses, 3 a 5.99 meses, 6 a 8.99 meses y 9 a 12.0 meses.

c) Para tabular la información del orden de introducción de alimentos líquidos y sólidos, se utilizó una clasificación por grupos y por trimestres de edad de los niños.

3. Para la recolección de la información

a) El día de consulta se identificó a todas las madres adolescentes que asistieron a la cita y que tenían niños comprendidos entre las edades de cero a 12 meses.

b) Seguidamente se informó sobre el estudio y se distribuyó un número a la madre adolescente que correspondía al orden en que fue entrevistada.

c) La recolección de la información fue efectuada directamente con las madres por medio de una entrevista y los datos fueron registrados por la investigadora en el formulario "Prácticas alimentarias en el infante".

d) Además de las entrevistas se usó la técnica de observación para enriquecer la información. Se observó al grupo durante la actividad y a cada madre durante la entrevista con el objetivo de determinar actitudes y prácticas alimentarias que las madres realizan con los niños menores de un año. Esta información fue anotada en la libreta "Observación de prácticas alimentarias en infantes".

4. Para la tabulación y análisis de la información

La información materna y del niño fue descrita en términos de porcentajes. Para determinar las prácticas alimentarias del niño menor de un año se agruparon los niños en los trimestres de edad de las Recomendaciones Dietéticas Diarias del Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (26). Para el análisis de introducción de alimentos diferentes a la lactancia materna se agruparon los alimentos en grupos basados en las recomendaciones internacionales y nacionales de alimentación para niños menores de un año (5, 15,24).

VI. RESULTADOS

A. Características de las Madres Adolescentes

1. Edad

La población estudiada estuvo constituida por 48 madres adolescentes comprendidas entre las edades de 13 a 18 años. Como se observa en el cuadro No.1, la mayoría de madres, el 93.8% (n = 45), se encuentra dentro del rango de edad de 16 a 18 años.

Cuadro No. 1

Distribución del Grupo de Madres Adolescentes que asisten a la Unidad de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Roosevelt según edad.
Guatemala, junio - agosto de 1998.

| EDAD EN AÑOS | NUMERO | PORCENTAJE |
|--------------|-----------|------------|
| 13 - 15 | 3 | 6.2 |
| 16 - 18 | 45 | 93.8 |
| TOTAL | 48 | 100 |

2. Nivel de escolaridad y alfabetismo

En relación con el nivel de alfabetismo de las madres se encontró que el 97.9 % (n = 47) tiene algún grado de escolaridad. Solamente el 2.1 % (n=1) no tenía ningún grado de escolaridad siendo analfabeta. Puede observarse que más de la mitad de las madres, 52.1% (n = 25), únicamente había alcanzado el nivel de educación primaria. La distribución de las madres adolescentes según su nivel de escolaridad es presentado en el cuadro No. 2.

Cuadro No. 2

Nivel de Escolaridad del Grupo de Madres Adolescentes que asiste a la
 Unidad de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Roosevelt.
 Guatemala, junio - agosto de 1998.

| NIVEL DE ESCOLARIDAD | NUMERO | PORCENTAJE |
|---|---------------|-------------------|
| Sin escolaridad | 1 | 2.1 |
| Algún grado o educación primaria completa | 25 | 52.1 |
| Algún grado o educación básica completa | 18 | 37.5 |
| Estudios de diversificado incompletos | 4 | 8.3 |
| TOTAL | 48 | 100 |

3. Número de Hijos

El 83.3% de las madres adolescentes (n = 40) tienen solamente un hijo. Un 16.7 % (n= 8) tienen ya más de un hijo y un 4.2% (n = 2) tienen un hijo muerto.

4. Ocupación principal de las madres adolescentes

La distribución de las madres adolescentes entrevistadas por ocupación principal se presenta en el Cuadro No. 3. Como se puede observar un 81.2 % (n = 39) tienen como ocupación principal el trabajo en el hogar. Un 10.4 % (n = 5) trabajan fuera de casa en fábricas, cafetería y trabajo doméstico. Solamente un 8.4 % (n = 4) continúan con sus estudios aparte de las labores del hogar. Algunas madres adolescentes admiten que trabajan

eventualmente pero no es trabajo remunerado (como por ejemplo ayudando a algún familiar a atender algún negocio, ventas no formales, etc.); estas actividades no pueden considerarse como oficio principal.

Cuadro No. 3

Ocupación principal de las Madres Adolescentes que asisten a la
Unidad de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Roosevelt.
Guatemala, junio - agosto de 1998.

| OCUPACION | NUMERO | PORCENTAJE |
|----------------------------|-----------|--------------|
| Amas de casa | 39 | 81.2 |
| Trabajo fuera de casa | 5 | 10.4 |
| Estudiantes y amas de casa | 4 | 8.4 |
| TOTAL | 48 | 100.0 |

4. Estado civil

La distribución del estado civil de las madres adolescentes se presenta en el Cuadro No. 4. Como se observa, la unión de hecho representó el 50.0% (n = 24) del estado civil de las madres y casadas únicamente se encontró a 14 (29.2%) de ellas.

5. Personas con las que viven las madres adolescentes y sus hijos

En el cuadro No.5 se presenta la distribución de las personas con las que viven las madres adolescentes y sus hijos. El 47.9% (n = 23) vivían con el padre del niño, su niño y otro familiar, que en más del 80% (n =19) eran sus suegros. Además el 20.8% (n = 10) vivían con sus padres y únicamente 14 madres (29.2%) vivían con el padre del niño y con su niño.

Cuadro No. 4

Estado civil del Grupo de Madres Adolescentes con niños menores de un año que asiste a la Unidad de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Roosevelt.

Guatemala, junio - agosto de 1998.

| ESTADO CIVIL | NUMERO | PORCENTAJE |
|--------------|-----------|--------------|
| Soltera | 10 | 20.8 |
| Casada | 14 | 29.2 |
| Unida | 24 | 50.0 |
| TOTAL | 48 | 100.0 |

Cuadro No. 5

Personas con las que viven las madres adolescentes y sus hijos.

Unidad de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Roosevelt.

Guatemala, junio - agosto de 1998.

| PERSONAS | NUMERO | PORCENTAJE |
|--|-----------|--------------|
| Su niño | 1 | 2.1 |
| Padre del niño y su (s) niño (s) | 14 | 29.2 |
| Padre del niño, niño (s) y otro familiar | 23 | 47.9 |
| Niño y sus padres | 10 | 20.8 |
| TOTAL | 48 | 100.0 |

B. Edad de los niños de las Madres Adolescentes

Los datos con respecto a la edad de los niños se presentan en el cuadro No.6. Se observa que los 48 niños hijos de las madres adolescentes participantes se distribuyeron de una forma muy similar en los diferentes trimestres etáreos, con un rango del 18.8% (n = 9)

para el primer trimestre, al 29.2% (n = 14) para el segundo y cuarto trimestre y 22.9% (n=11) para el segundo semestre.

Cuadro No. 6

Edad de los niños de las madres adolescentes. Grupo de Madres Adolescentes,
Unidad de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Roosevelt.
Guatemala, junio - agosto de 1998.

| EDAD DEL NIÑO EN MESES | NUMERO | PORCENTAJE |
|------------------------|-----------|--------------|
| 0 - 2.99 | 9 | 18.8 |
| 3.0 - 5.99 | 14 | 29.2 |
| 6 - 8.99 | 11 | 22.9 |
| 9 - 12.0 | 14 | 29.2 |
| TOTAL | 48 | 100.0 |

C. Prácticas relacionadas con Lactancia Materna

1. Primer alimento que el niño recibió después del nacimiento

Al ser entrevistadas las madres sobre este aspecto, las respuestas obtenidas fueron no sé, pecho, agua, leche maternizada y otras. Las respuestas al respecto se presentan en el cuadro No. 7.

Puede observarse que 45.8 % (n= 22) de los niños recibió lactancia materna como primer alimento después del nacimiento. El 33.4 % (n= 16) afirmó desconocer cuál fue el primer alimento que su niño recibió y el 12.5% (n = 6) expresó que fue leche maternizada, 1 madre (2.1%) dijo que leche para prematuros y el 6.2% (n=3) expresaron que el primer alimento fue agua pura, agua azucarada y agua de cebada.

Cuadro No. 7

Primer alimento recibido por los niños hijos de las madres adolescentes después del nacimiento. Unidad de Crecimiento y Desarrollo Hospital Roosevelt.
Guatemala, junio - agosto de 1998.

| ALIMENTO | NUMERO | PORCENTAJE |
|-----------------------|-----------|--------------|
| No saben | 16 | 33.4 |
| Pecho | 22 | 45.8 |
| Leche maternizada | 6 | 12.5 |
| Leche para prematuros | 1 | 2.1 |
| Otro | 3 | 6.2 |
| TOTAL | 48 | 100.0 |

2. Niños que reciben actualmente lactancia materna

De la población estudiada, 47 de los niños (97.9 %) recibieron lactancia materna por lo menos alguna vez en su vida. Solamente un niño (2.1%) no recibió pecho ya que fue prematuro y la madre expresó que al querer darle pecho ya no tuvo leche por lo que continuó con leche para prematuros hasta ser sustituida totalmente por leche maternizada.

Del total de la población, 43 niños continuaban siendo amamantados (89.6%), y 4 (10.4%) ya no recibían lactancia materna.

2. Tipo de lactancia que reciben los hijos de las madres adolescentes

La distribución por edad y tipo de lactancia que reciben se presenta en el cuadro No.8. Se observa que los niños reciben solo leche materna hasta antes de los tres meses de edad. A partir del tercer mes de edad es más común observar la combinación de leche materna y otras que deberían ser sucedáneos, sin embargo se observó que de cuatro

niños que reciben esta alimentación, el 50% (n=2) ya habían iniciado la combinación con leche entera, aún antes del sexto mes de edad.

Cuadro No. 8

Tipo de lactancia que reciben los hijos de las madres adolescentes.

Unidad de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Roosevelt.

Guatemala, junio - agosto de 1998.

| Edad del niño (meses) | Tipo de Lactancia | | | | TOTAL |
|--------------------------|--------------------|-------------|------------------------------|-------------|-----------|
| | Solo leche materna | | Leche materna y otras leches | | |
| | No. | Porcentaje | No. | Porcentaje | |
| 0 - 2.99 | 8 | 18.6 | 1 | 2.3 | 9 |
| 3 - 5.99 | 9 | 20.9 | 4 | 9.3 | 13 |
| 6 - 8.99 | 5 | 11.6 | 4 | 9.3 | 9 |
| 9 - 12.0 | 6 | 13.9 | 6 | 13.9 | 12 |
| TOTAL | 28 | 65.1 | 15 | 34.9 | 43 |

4. Frecuencia de consumo de leche materna según la edad

Para tabular la información obtenida se preguntaba a las madres adolescentes el número aproximado de veces que daban de mamar en el día. Se observó que la mayoría ofrece el pecho a " libre demanda ", es decir que no tienen un horario o número establecido de veces al día que den de mamar. La distribución por edad y número de veces que maman los niños en el día se presenta en el Cuadro No. 9.

Cuadro No. 9

Frecuencia de consumo de leche materna por día de los hijos de las madres adolescentes.

Unidad de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Roosevelt.

Guatemala, junio - agosto de 1998.

| Edad del niño (meses) | Número de veces en un día | | | | | | TOTAL |
|-----------------------|---------------------------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|
| | 1 a 3 | | 4 a 6 | | 7 o más | | |
| | No. | % | No. | % | No. | % | |
| 0 - 2.99 | 0 | 0.0 | 2 | 14.3 | 7 | 28.0 | 9 |
| 3 - 5.99 | 0 | 0.0 | 3 | 21.4 | 9 | 36.0 | 12 |
| 6 - 8.99 | 0 | 0.0 | 5 | 35.7 | 6 | 24.0 | 11 |
| 9 - 12.0 | 4 | 100.0 | 4 | 28.6 | 3 | 12.0 | 11 |
| TOTAL | 4 | 100.0 | 14 | 100.0 | 25 | 100.0 | 43 |

La frecuencia de consumo de leche materna por día fue variable. El Cuadro No. 9 muestra que la frecuencia de 7 o más veces al día (36%, n=9) fue más alta en el segundo trimestre. Así mismo, se observa que a medida que el niño crece la frecuencia disminuye.

El número de biberones y medidas de leche maternizada que los niños reciben varía de acuerdo a la edad y demanda del niño. Al preguntar sobre la forma de preparación de la fórmula generalmente se sigue el patrón de una medida de leche en polvo por una ó dos onzas de agua.

D. Prácticas relacionadas con introducción de otros alimentos diferentes a la leche materna

1. Alimentos que forman parte del patrón alimentario de los niños menores de un año hijos de las madres adolescentes

Los alimentos más comunes que se ofrecen en la alimentación del niño menor de un año se presentan en los cuadros No. 10 y No. 11. El primero, agrupa los alimentos de consistencia líquida diferentes a la leche materna ó sucedáneo, y, el segundo los alimentos clasificados en grupos según su valor nutricional y uso. En ambos casos, se indica si los alimentos han sido recibidos por el niño y las edades de introducción de los mismos dividida en trimestres.

Puede observarse que dar agua azucarada o con miel es una práctica común ya que el 72.9% (n=35) de los niños la reciben o han recibido alguna vez en su vida, encontrándose el porcentaje más alto en el primer trimestre de edad. El agua pura también es más común que se introduzca durante el primer trimestre de edad.

Entre las aguas de cereales más comunes se encuentran el agua de arroz y de maíz, que un 33.3% (n=16) ya ha recibido. Estas bebidas se ofrecen desde el primer trimestre de edad.

El 45.8% (n=22) ha tomado algún "té de hierbas", considerándose como tales las infusiones que las madres adolescentes dan con un fin terapéutico. Entre ellas las mencionadas son :

- a) De anís para cólicos.
- b) Agua de ciruela para el estreñimiento.
- c) Agua de cebada, porque creen que es alimento, que sirve para lo caliente en el estómago y refresca la orina.
- d) Pericón para el dolor de estómago.

El café es una bebida que un 35.4% (n=17) del grupo estudiado consume o ha consumido, y un 47.8% (n=11) lo inicia entre el tercer y sexto mes de vida.

Cuadro No. 10

Líquidos diferentes a la leche materna que los hijos de las madres adolescentes consumen.

Unidad de Crecimiento y Desarrollo. Hospital Roosevelt

Guatemala, junio - agosto de 1998.

| ALIMENTO | CONSUME O HA CONSUMIDO | | EDAD DE INTRODUCCIÓN EN MESES | | | | | | | |
|------------------------|------------------------------|------|-------------------------------|------|----------|------|----------|------|----------|------|
| | | | 0 a 2.99 | | 3 a 5.99 | | 6 a 8.99 | | 9 a 12.0 | |
| | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % |
| Agua con azúcar o miel | 35 | 72.9 | 24 | 68.6 | 6 | 17.2 | 4 | 11.4 | 1 | 2.8 |
| Agua de cereales | 16 | 33.3 | 7 | 43.8 | 7 | 43.8 | 2 | 12.5 | 0 | 0 |
| Agua gaseosa | 14 | 29.2 | 0 | 0 | 4 | 28.6 | 6 | 42.7 | 4 | 28.7 |
| Agua pura | 29 | 60.4 | 18 | 62.0 | 5 | 17.2 | 5 | 17.2 | 1 | 3.5 |
| Atoles | 16 | 33.4 | 1 | 6.2 | 4 | 25.0 | 7 | 43.8 | 4 | 25.0 |
| Café | 17 | 35.4 | 0 | 0 | 11 | 47.8 | 6 | 6.1 | 6 | 26.1 |
| Incaparina | 9 | 18.8 | 1 | 11.1 | 1 | 11.1 | 3 | 33.4 | 4 | 44.4 |
| Jugos de Frutas | 22 | 45.8 | 0 | 0 | 13 | 59.1 | 5 | 22.7 | 4 | 18.2 |
| Leche entera | 14 | 29.2 | 0 | 0 | 2 | 14.3 | 8 | 57.1 | 4 | 28.6 |
| Té de hierbas | 22 | 45.8 | 10 | 45.5 | 11 | 50.0 | 0 | 0 | 1 | 4.6 |

Los cereales más comunes que se dan en forma de atol son la avena y corazón de trigo. El 33.4% (n = 16) consume o ha consumido alguno de estos, iniciándolo un 47.8% (n=11) durante el segundo trimestre de edad. Otra bebida es la Incaparina, que solamente un 18.8% (n=9) consume, observándose que el 44.4% (n=4) inicia a tomarla a partir del noveno mes.

El 45.8 % (n=22) ha consumido jugos de frutas, iniciándose en un 59.1% (n=13) en el segundo trimestre de edad. Entre los jugos de frutas, el de naranja es el más común que se le da al niño, y este puede ser natural o comercial. Los preparados de pulpa de otras frutas, azúcar y agua (siendo las más comunes: papaya, melón y piña) son considerados por las madres adolescentes como jugos de frutas. Entre los jugos de frutas más comunes se encuentran los preparados comerciales de manzana, pera y durazno.

En cuanto a la leche entera, el 29.2% (n=14) recibe ya este alimento. La edad para introducción de la misma varía, el 57.1 % (n=8) inicia a recibirla a partir del sexto mes, aunque se observan casos (n=2) en donde ésta ha sido dada en el segundo trimestre, y el resto inicia a partir del noveno mes de edad.

Otra forma de introducción de la leche entera es en cereales lacteados, o con papillas de cereales infantiles. Algunas madres dan a sus hijos leches con saborizantes (vainilla o fresa) y leches con miel.

Cuadro No. 11

Clasificación de alimentos según grupo que consumen los niños menores de un año, hijos de las madres adolescentes. Unidad de Crecimiento y Desarrollo. Hospital Roosevelt
Guatemala, junio - agosto de 1998.

| GRUPO DE ALIMENTOS | CONSUME O HA CONSUMIDO | | EDAD DE INTRODUCCIÓN EN MESES | | | | | | | |
|---------------------------------------|------------------------|------|-------------------------------|---|----------|------|----------|------|----------|------|
| | | | 0 a 2.99 | | 3 a 5.99 | | 6 a 8.99 | | 9 a 12.0 | |
| | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % |
| Cereales, granos, raíces y tubérculos | 24 | 50 | 0 | 0 | 9 | 37.5 | 11 | 45.8 | 4 | 16.7 |
| Carnes, huevos y queso | 18 | 37.5 | 0 | 0 | 5 | 27.8 | 11 | 61.1 | 2 | 11.1 |
| Hierba y verduras | 23 | 47.9 | 0 | 0 | 11 | 47.8 | 8 | 34.8 | 4 | 17.4 |
| Frutas | 26 | 54.2 | 0 | 0 | 14 | 53.8 | 12 | 46.2 | 0 | 0 |
| Sopas y caldos | 27 | 56.3 | 0 | 0 | 13 | 48.2 | 12 | 44.5 | 2 | 7.3 |
| Dulces, galletas y pasteles. | 15 | 31.2 | 0 | 0 | 3 | 20.0 | 5 | 33.3 | 7 | 46.7 |

El cuadro No. 11 indica que no se sigue un esquema específico para la introducción de alimentos. Se observa que en ningún caso se inicia la alimentación sólida o semisólida antes del segundo trimestre. Entre el grupo de cereales, granos, raíces y tubérculos, la papa es el alimento más común y su introducción se da en una edad más temprana, ya que de la población un 37.5% (n=9) ha iniciado esta en el segundo trimestre,

siendo el puré la forma más común de preparación. El 35.0% (n=7) ha comido tortilla antes del sexto mes de edad, en sopa de tortilla o desecha en caldo. El 25.0% (n=12) come arroz de los cuales 45.8% (n=5) lo inicia entre el sexto y noveno meses de edad. Otra forma de introducción de cereales es en las sopas, comerciales o caseras.

El trigo, es un cereal que es ofrecido en pastas, pan, y productos como galletas y pasteles. El 37.5% (n=18), ha recibido pastas de trigo, iniciándolo un 22.4% (n=4) a partir del segundo trimestre de edad y un 50.0% (n=9) en el último trimestre. El 47.6% (n=10) comienza a comer pan a partir del sexto mes de edad. El 31.2% (n=18) ha comido o come galletas y/o pasteles, un 20.0% (n=3) lo ha iniciado antes del sexto mes y un 46.7% (n=7) en el último trimestre.

La leguminosa más común es el frijol, que por el valor nutricional se hace la distinción entre "frijol colado" y "caldo de frijol" determinándose que el caldo es un alimento que se inicia en una edad más temprana, ya que un 47.8 % (n=11) de los niños recibió este alimento a partir del tercer mes de edad, mientras que en el mismo rango de edad, el 18.2% (n=4) recibe la leguminosa como frijol colado. En cuanto a la forma de preparación, la mayoría de madres indicó que el frijol colado es el que come la familia por lo que ya lleva cebolla y casi siempre es frito, además indicaron que lo acompañan de otro alimento como pan o tortilla desecha. El caldo de frijol también es dado con la yema de huevo aunque ésta en su mayoría se da al niño después del sexto mes de edad.

En cuanto a las sopas, del total de la población que ya había dado este alimento, nueve madres (33.4%) le dan a su niño sopas comerciales (de pollo, fideos, arroz, o tipo crema). ocho madres (29.6%) preparan las sopas tipo casera (sin agregar más que sal y algunas especias) y diez (37.1%), lo hacen en forma mixta.

El 54.2% (n=26) de los niños reciben o han recibido frutas, de las cuales la forma más común de preparación es en papilla o purés y el 53.8% (n=14) inicia su consumo entre el tercer y sexto meses de edad. Con los purés de frutas, diez de las madres

adolescentes, 38.5%, ofrecen preparados comerciales. Once madres, 42.3%, los preparan en casa y cinco, el 19.2%, los combinan. El 72.7% (n=8) de las madres que preparan las papillas en casa le agregan miel blanca o azúcar. Entre las frutas más comunes se encuentran: banano, papaya y manzana cocida.

Dar al niño verdura en forma de puré es una práctica común. El 47.9% (n=23) ya recibe este alimento y en un 47.8% (n=11) es iniciado durante el segundo trimestre de edad. La mayoría de las madres adolescentes prefiere usar las verduras de temporada como la zanahoria, güisquil, güicoy tierno y la papa que es considerada como una verdura. Los preparados comerciales de verduras no son tan comunes como los de frutas. De las madres que dan verduras al niño, 19 madres (82.6%), las preparan en casa y 4 madres (17.4%), la dan en forma mixta. Es común que las madres agreguen sal, aceite, margarina o consomé a la preparación.

Las hierbas que más se mencionan son el macuy y el quilete, que lo preparan en caldo y se acompaña de tortilla, sin incluir las hojas en la alimentación, excepto en algunos casos en los que las hierbas son licuadas y se las dan a los niños como sopa.

En cuanto a la proteína de origen animal, es más común que las madres adolescentes den a sus niños más pollo que carne de res. La forma de preparación varía, algunas madres licúan o desmenuzan el pollo (depende de la edad del niño). La forma de preparación de la carne es licuada o molida en tortitas. En ambas situaciones se observa que la introducción de estos alimentos a la dieta del niño es generalmente a partir de sexto mes de edad, aunque en algunos casos se da en una edad más temprana (a partir del tercer mes).

El 37.5% (n=18) de niños consume yema de huevo antes del año de edad, de los cuales un 61.2% (n=11) lo inicia a partir del sexto mes de edad, y solamente un 10.4% (n=5) incluye la clara en la preparación.

El porcentaje de niños que consume queso es bajo, ya que de la población solamente un 10.4% (n=5) lo habían comido, encontrándose que un 60.0% (n=3) lo inician a comer entre el noveno y décimo segundo mes de edad.

Alimentos como el pescado, las arvejas y las habas no son ofrecidos en ningún caso antes del año de edad.

2. Orientación nutricional sobre alimentación del niño menor de un año

De las madres que participaron en el estudio, el 77.1 % (n= 37) respondió que ha recibido algún tipo de orientación nutricional sobre la alimentación del niño menor de un año y un 22.9% (n= 11) expresó que no ha recibido ninguna información al respecto.

Las fuentes de información sobre alimentación del niño menor de un año que las madres expresaron, se presentan en el cuadro No. 12.

Como se observa, la información y orientación básicamente proviene de las pláticas impartidas en la Unidad de Crecimiento y Desarrollo a este grupo, radicando aquí la importancia de la asistencia y participación tanto de las madres adolescentes como de los profesionales en el campo. Otro porcentaje representativo es la orientación que reciben de los médicos y de otros como mamás, suegras, o familiares, personas cercanas y/o con quienes conviven.

Cuadro No. 12

Fuente de información sobre alimentación del niño menor de un año. Madres adolescentes de la Unidad de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Roosevelt.

Guatemala, junio - agosto de 1998.

| Fuente de Información | Número | Porcentaje |
|---|-----------|--------------|
| EPS de Nutrición en pláticas al grupo de Madres Adolescentes ó Nutricionista del Hospital | 22 | 45.8 |
| Médicos | 12 | 25.0 |
| Otros | 14 | 29.2 |
| TOTAL | 48 | 100.0 |

3. Personas encargadas de la selección y preparación de los alimentos

Se encontró que 43 de las madres (89.6%) manifiesta ser la encargada de escoger lo que su hijo come. Cuatro de las madres adolescentes (8.3%), indicó que es su madre quien se encarga de la selección y una madre (2.1%), indicó que es su suegra la encargada.

En cuanto a la preparación de los alimentos propiamente dicha, el 91.7% (n=44) indicó que son ellas mismas quienes preparan la alimentación de sus hijos; un 6.2% (n=3) son las mamás de las madres adolescentes y el 2.1% (n=1) es la suegra la encargada.

4. Persona encargada de alimentar al niño

Los resultados de ésto fueron muy similares al de las personas encargadas de la preparación de los alimentos, observándose que el 89.6 % (n = 43) son las mismas madres adolescentes las responsables de esta tarea. El 8.3% (n = 4) son las mamás de las madres

adolescentes y solamente en un caso (2.1%) es la suegra la encargada de darle los alimentos al niño.

5. Horarios de alimentación del niño

En cuanto a los horarios de comidas, se encontró que un 39.6% de los niños, (n=19), sí tiene horario establecido de comidas (sin tomar en cuenta los horarios de lactancia materna, y otros líquidos que no son considerados por las madres "comidas"), y un 60.4% de los niños, (n=29), no tiene horas fijas para ser alimentado.

Entre las razones por las que no tienen horario fijo de comidas se obtuvieron las siguientes respuestas :

- a) Porque si por alguna razón otro día no se le puede dar comida a la misma hora se enferma.
- b) Porque el niño no tiene horario para levantarse y a cualquier hora pide comida o pecho.
- c) Porque se puede empachar si se acostumbra.

Entre las razones por las que los niños siguen un horario regular de comida se encuentran :

- a) Es bueno porque es bueno.
- b) Si recibe comida antes o después de la hora no come, solo juega con la comida.
- c) Para que no se empache.
- d) Para que se acostumbre
- e) Porque el niño pide a la misma hora

6. Uso de suplementos vitamínicos

Se encontró que el 22.9 % (n = 11) recibe o ha recibido algún tipo de suplemento vitamínico, mineral o reconstituyente aparte de su alimentación. De éstos, la mayoría los inicia aún antes de los tres meses de edad. El 77.1% (n = 27) nunca ha recibido ni recibe actualmente alguno de ellos.

De la población que recibe suplementos vitamínicos o minerales, un 90.9 % (n = 10) de éstos han sido recomendados por los médicos y solo un 9.1% (n=1) fue recomendado por otra persona. Indistintamente las madres mencionaban en algunos casos los nombres comerciales o solamente el mineral o vitamina que recordaban. Los suplementos más comunes son multivitamínicos, multivitamínicos con minerales, hierro (como sulfato ferroso) y estimulantes del apetito.

Las razones para la prescripción de los suplementos vitamínicos son :

- a) Por estar bajo de peso.
- b) Es bueno para los dientes.
- c) Para evitar alergias o catarros.
- c) Por anemia.

E. **Observaciones**

Se observaron las actitudes y prácticas relacionadas con la alimentación de los niños menores de un año, en el Grupo de Madres Adolescentes durante las reuniones y en las entrevistas.

Dentro de las principales observaciones se encuentran las siguientes :

1. Al encontrarse el niño inquieto o llorando, la mayoría de madres adolescentes, inmediatamente le ofrecía el pecho al niño, obligándole en algunos casos o el niño terminaba por aceptarlo.

2. Los alimentos que se ofrecían en biberón eran leche, jugos y agua pura. En algunos casos se observaron prácticas inadecuadas de higiene, por ejemplo: niños paseándose por el salón de reuniones o jugando en el suelo y el biberón se les caía o era colocado en el suelo. Este mismo biberón era llevado de nuevo a la boca del niño. Algunas madres guardaban los biberones en las bolsas pañaleras sin ser tapados.

3. A las madres adolescentes, se les ofrecía una refacción en cada sesión la cual generalmente consiste de un pan con algún otro alimento y alguna bebida (atol de cereales). Se observó que las madres adolescentes dan de estos alimentos a sus niños, excepto a los muy pequeños, pero generalmente a los que ya toman de vaso les daban sorbos y pedazos de pan.

4. Algunas madres llevaban alimentos que habían comprado en la calle, como chuchitos, dobladas, mixtas, galletas y jugos enlatados los que les daban a sus niños. Los jugos envasados se los dan con pajilla.

5. Después de cambiar los pañales de los niños ninguna madre se lavó las manos.

6. Se observó también la asistencia de los padres de los niños, quienes acompañaban a las madres adolescentes. Aunque la participación en las actividades no era en una forma activa, sí se observó la atención que éstos prestan a los temas y puede ser un aspecto importante a tomar en cuenta para la información que se da a este grupo.

7. La mayoría de madres adolescentes se distraían por las interrupciones frecuentes que causaban sus niños. Asimismo, se observó que las participantes prestan más atención a otras actividades como proyecciones de películas que cuando es solamente alguna plática.

F. Recomendaciones en base a las prácticas alimentarias encontradas

En base a las prácticas alimentarias encontradas se recomienda fortalecer aquellas prácticas consideradas adecuadas y realizar actividades que contribuyan a la modificación de las prácticas incorrectas.

Entre dichas actividades se recomienda :

1. Continuar con la promoción de la lactancia materna exclusiva y a libre demanda hasta el sexto mes de edad.
2. Proyectar películas y videos, hacer demostraciones sobre selección, preparación y manejo higiénico de los alimentos.
3. Transmitir mensajes educativos por diferentes medios: afiches, carteles, folletos, altoparlantes, pláticas, cassettes y entrevistas, en los que se incluyan contenidos sobre la importancia de la alimentación en la salud y crecimiento del niño (a), valor nutritivo de los alimentos , inicio de la alimentación complementaria, optimización de los recursos en el hogar y adaptación de la dieta del niño a la dieta familiar.
4. Incluir dentro de las actividades la participación del padre del niño (a) que acompaña a la madre adolescente a las reuniones en este servicio, para que se interese y apoye más adecuadamente el cuidado de su (s) hijo (s).
5. Contactar organismos como CONAPLAM para que brinden apoyo en las actividades que se planifiquen.
6. Capacitar y actualizar al personal médico y paramédico en los temas para la educación alimentario – nutricional dirigida a este grupo.

VIII. DISCUSION DE RESULTADOS

A. Del estudio y sus características

El estudio se realizó en el 100 % de madres adolescentes que asistieron a las reuniones del grupo de madres adolescentes de la Unidad de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Roosevelt con niños comprendidos entre las edades de cero a doce meses de edad. El número de participantes fue de 48. Se decidió trabajar con el total de madres adolescentes ya que se observó que no se contaba con un número específico de madres participantes con niños menores de un año en cada reunión. Como el tiempo entre cada entrevista era suficiente y la participación por parte de las madres era positiva se decidió entonces tomar a todas las madres adolescentes que asistieran a cada reunión. Otro aspecto que influyó para esta decisión fue que el estudio se realizó durante tres meses con un número total de seis reuniones.

Dentro de las limitantes que se tuvo se mencionan particularmente la escasez de estudios sobre prácticas alimentarias y estudios similares en este grupo en particular. También, la diversidad de información sobre prácticas dietéticas óptimas en alimentación para niños menores de un año por que no se puede establecer un tiempo universalmente aplicado para iniciar la alimentación complementaria por depender de una serie de factores biológicos y sociales que difieren de una población y de una familia a otra y que no se incluyeron en este estudio.

La metodología utilizada fue adecuada pues no solo resultó ser factible por el tiempo con el que se contaba sino además de fácil comprensión para el grupo, permitiendo alcanzar los objetivos propuestos. La observación es una técnica que complementa los estudios de esta naturaleza, pues permite percibir actitudes y conductas no expresadas en un cuestionario.

Ser madre adolescente constituye un problema social, ya que en este estudio, como en otros similares las características se repiten, por ejemplo el bajo nivel de escolaridad alcanzado, pues un 52.1 % (n=25) llega hasta el nivel primario. Otro, es la fertilidad, pues aunque el 83.3% (n=40) solamente tiene un hijo, de ellas ya algunas tenían un niño muerto, y el 16.7% (n=8) a pesar de su corta edad tienen ya más de un hijo. Otro aspecto importante es el que un 50.0% (n=24) están unidas con el padre del niño pero no casadas, aumentando con esto el riesgo de separación y/o abandono. Un 47.9% (n=23), casi la mitad de la población, vive con el padre del niño más algún familiar, lo que representa la dependencia económica de alguien más. Es importante determinar quiénes son los que conviven con las madres adolescentes, por la influencia económica y emocional que repercute en las actitudes para el cuidado de sus niños. También se observa que un 81.2 % (n=39), solamente se dedica al cuidado de sus niños y del hogar, pero no continúan con sus estudios; y las que trabajan fuera de casa lo hacen en empleos que no requieren mano de obra calificada.

B. De las prácticas sobre la alimentación del niño menor de un año

El 45.8 % (n=22) de los niños recibió lactancia materna como primer alimento después del nacimiento, considerándose este dato importante si se toma en cuenta que con esto los niños reciben el calostro y que actualmente es una práctica universalmente recomendada.

La edad de inicio de lactancia materna varía según el lugar y condiciones de nacimiento, pudiendo ser horas después de nacido o cuando la madre recibe al niño. La recomendación mundial indica que la lactancia se inicie inmediatamente o en las siguientes seis a ocho horas después del parto, siendo frecuente todavía en nuestro medio que en los hospitales el recién nacido sea separado de su madre para ser mantenido en una sala aparte durante algún tiempo, lapso durante el cual puede recibir por parte del personal de salud algún líquido sin que la madre sea informada. Esto puede explicar en parte por qué el

33.4% (n=16) de madres adolescentes que expresó no saber cuál fue el primer alimento que su niño recibió después del nacimiento.

La lactancia materna es una práctica generalizada en el grupo analizado, ya que según los resultados un 97.9% (n=47) recibió lactancia alguna vez en su vida, de los cuales un 89.6% (n=43) continuaba siendo amamantado. Es interesante observar que los niños reciben solo leche materna hasta antes de los tres meses de edad. A partir del tercer mes de edad es más común observar la lactancia mixta, combinación de leche materna y otras que deberían ser sucedáneos, sin embargo se observa la introducción de leche entera a la temprana edad de tres meses. En este caso no debe confundirse "lactancia materna exclusiva" con el hecho de recibir "solo lactancia materna", pues "lactancia materna exclusiva" implica no recibir o haber recibido algún otro alimento o líquido, mientras cuando reciben "solo lactancia materna" han recibido ya otros alimentos o inclusive han iniciado la alimentación complementaria. En este estudio, ningún niño recibió lactancia materna exclusiva.

La frecuencia de lactar al niño con leche materna durante un día fue variable. La mayoría de madres expresó dar de mamar con una frecuencia de siete o más veces, dato que coincide con la última encuesta de salud materno infantil del Ministerio de Salud (20). Puede notarse que a medida que el niño va creciendo, el número de veces que mama en el día es menor, práctica que puede asociarse con el inicio de introducción de otros alimentos los que pueden ser sucedáneos de leche materna, alimentación complementaria o de bajo valor nutricional.

La frecuencia de consumo de leche materna por edad puede considerarse adecuada según el esquema sugerido en la alimentación del niño en el primer año de vida de la Comisión Nacional de Promoción de la Lactancia Materna (anexo 5); sin embargo, determinar la cantidad de leche que están recibiendo durante cada mamada difícilmente puede ser cuantificada pero puede ser evaluada según el crecimiento y desarrollo adecuado del niño según su edad.

En cuanto a la introducción de alimentos diferentes a la leche materna, se observa que el 100% de los niños ha recibido por lo menos algún alimento, aparte de leche materna o sucedáneo alguna vez en su vida. En este aspecto sí puede decirse que los patrones alimentarios concuerdan en dar al niño los alimentos en forma gradual de acuerdo a la consistencia, iniciándose primero con los líquidos (desde el nacimiento o en el primer trimestre), luego purés (que se inician generalmente en el segundo trimestre), comida en trozos pequeños y grandes que generalmente se inician en el último trimestre de edad. Similares prácticas son recomendadas en los patrones de alimentación óptima para el niño menor de un año del Ministerio de Salud y los estudios consultados. En las recomendaciones actuales no se justifica que el infante reciba otro alimento más que leche materna antes de los seis meses de edad, y la alimentación complementaria se recomienda iniciarla a partir del sexto mes de vida; en los resultados del estudio se observa que la alimentación complementaria se inicia antes de esta edad.

Al comparar las recomendaciones de las prácticas dietéticas óptimas, algunas prácticas que este grupo tiene con sus niños, se consideran inadecuadas y constituyen un riesgo para la salud del niño si se toma en cuenta que algunos inician la introducción de alimentos antes de que su aparato digestivo esté apto para ello, o la mayoría ha estado en contacto con biberones y otros utensilios que deben estar esterilizados para evitar el riesgo de enfermedades que pueden ser causadas por higiene inadecuada.

Del grupo de madres adolescentes estudiadas el 93.8% (n = 45) se encuentra entre el rango de edad de 16 a 18 años. El 97.9 % (n=47) tiene algún grado de escolaridad, de las que el 52.1% (n=25) es educación primaria. El 83.3% (n=40) de la población tiene solamente un hijo y un 4.2 % (n= 2) tienen ya un hijo muerto. La ocupación principal de las madres adolescentes es ser ama de casa. El 50% de las madres está unida con el padre del niño y el 47.9% (n=23) vive con su (s) niño (s), el padre del niño y algún familiar de éste.

El 45.8 % (n=22) de los niños recibió la leche materna como primer alimento después del nacimiento. Un 33.3 % (n=16) de las madres adolescentes, desconocen que fue

el primer alimento que el niño tomó y el resto de los niños recibió leche maternizada o agua. El 89.6% de los niños (n=43) continuaban siendo amamantados. De esos niños 28 (65.1%) recibían solo leche materna y 15 (34.9%) combinaban la lactancia materna con sucedáneos o leche entera.

La lactancia materna es una práctica generalizada en este grupo ya que el 97.9% (n=47) de los niños la recibió por lo menos alguna vez en su vida. La frecuencia de amamantamiento es de siete o más veces por día, observándose que a medida que los niños crecen esta disminuye asociándose a la introducción de otros alimentos en la dieta del niño.

El 77.1 % (n=37) de madres adolescentes participantes ha sido orientada sobre la forma adecuada de alimentación del niño menor de un año. Las fuentes de información primaria sobre el tema es en un 45.8% (n=22) proveniente de las pláticas de nutrición en las reuniones del grupo de madres adolescentes (EPS de Nutrición o Nutricionista del Hospital) y un 25% (n=12) de médicos.

El 89.6 % (n=43) de las madres adolescentes son las encargadas de la selección de los alimentos y de alimentar al niño. El 91.7% (n=44) de las madres adolescentes se encargan de la preparación de los alimentos del niño. Menos de la mitad de los niños (39.6%, n=19) tiene horarios establecidos de comida (sin tomar en cuenta horarios de lactancia materna y otros líquidos que no son considerados por las madres "comidas"). Como causa principal por las que los niños no tienen horario fijo de comidas se encuentra el temor a que éste se enferme si se acostumbra.

El 22. 9% (n=11) de los niños ya ha recibido o recibe algún suplemento vitamínico aún antes de los tres meses de edad y en el 90.9%(n=10) de estos casos han sido por recomendación del médico.

IX. CONCLUSIONES

1. Del grupo de madres adolescentes estudiadas el 93.8% (n = 45) se encuentra entre el rango de edad de 16 a 18 años. El 97.9 % (n=47) tiene algún grado de escolaridad, de las que el 52.1% (n=25) es educación primaria. El 83.3% (n=40) de la población tiene solamente un hijo y un 4.2 % (n= 2) tienen ya un hijo muerto. La ocupación principal de las madres adolescentes es ser ama de casa. El 50% de las madres está unida con el padre del niño y el 47.9% (n=23) vive con su (s) niño (s), el padre del niño y algún familiar de éste.
2. El 45.8 % (n=22) de los niños recibió la leche materna como primer alimento después del nacimiento. Un 33.3 % (n=16) de las madres adolescentes, desconocen cuál fue el primer alimento que el niño tomó y el resto de los niños recibió leche maternizada o agua.
3. La lactancia materna es una práctica generalizada en este grupo ya que el 97.9% (n=47) de los niños la recibió leche materna y el 89.6% de los niños (n=43) continuaban siendo amamantados. De esos niños 28 (65.1%) recibían solo leche materna y 15 (34.9%) tenían lactancia mixta. La frecuencia de amamantamiento es de siete o más veces por día, observándose que a medida que los niños crecen esta disminuye asociándose a la introducción de otros alimentos en la dieta del niño.
4. En la población estudiada ningún niño tuvo lactancia materna exclusiva, pues el 100% había recibido algún líquido y/o alimento sólido además de leche materna antes del sexto mes de vida.
5. La introducción de alimentos varía de acuerdo a la consistencia de los alimentos y a la edad del niño. No se observa un patrón específico del orden de introducción de alimentos o edades del niño, sin embargo, los patrones alimentarios concuerdan en dar al niño los alimentos en forma gradual en cuanto a consistencia, iniciándose primero con los líquidos, luego purés, y comida en trozos pequeños y grandes. Contrario a lo recomendado como prácticas dietéticas óptimas de alimentación para el niño menor de un año la alimentación complementaria en este grupo es iniciada antes del sexto mes de edad.

6. El 77.1 % (n=37) de madres adolescentes participantes ha sido orientada sobre la forma adecuada de alimentación del niño menor de un año. Las fuentes de quienes han recibido información primaria sobre el tema es en un 45.8% (n=22) proveniente de las pláticas de nutrición en las reuniones del grupo de madres adolescentes (EPS de Nutrición o Nutricionista del Hospital) y un 25% (n=12) de médicos.

7. El 89.6 % (n=43) de las madres adolescentes son las encargadas de la selección de los alimentos y de alimentar al niño. El 91.7% (n=44) de las madres adolescentes se encargan de la preparación de los alimentos del niño. Menos de la mitad de los niños (39.6%, n=19) tiene horarios establecidos de comida y como causa principal se encuentra el temor a que éste se enferme si se acostumbra.

8. El 22.9% (n=11) de los niños ya ha recibido o recibe algún suplemento vitamínico aún antes de los tres meses de edad y en el 90.9%(n=10) de estos casos han sido por recomendación del médico.

X. RECOMENDACIONES

1. Continuar con la promoción de la lactancia materna exclusiva y a libre demanda hasta los seis meses de edad, vigilando frecuencia y duración de la misma.
2. Debe adoptarse un patrón o guía de alimentación óptima para niños menores de un año. Esta guía debe ser distribuida por el personal de salud encargado de orientar a las madres adolescentes en una forma clara y precisa para no crear confusión en ellas.
3. Deben crearse programas en donde las madres sean motivadas a interesarse sobre la importancia de la alimentación de los infantes. Estos programas deben incluir actividades de tipo participativo, que resulten más atractivas y dinámicas para este grupo específico, de preferencia que involucren la participación de los padres de los niños que acompañan a las madres adolescentes a las reuniones.
4. Utilizar los datos de este estudio para la planificación de programas que involucren la participación del grupo de madres adolescentes u otros relacionados con alimentación del niño menor de un año.
5. Realizar otras investigaciones en grupos de madres adolescentes y en sus hijos en los que se evalúe su estado nutricional, aspectos socioeconómicos y consumo de alimentos.

XI. BIBLIOGRAFIA

1. **AKRE, J.** 1992. Alimentación Infantil. Bases Fisiológicas. Organización Panamericana de la Salud / Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá. OPS/INCAP. Guatemala. 125 p.
2. **BALLABRIGA, A.** 1996. Feeding from toddlers to adolescence. Nestlé Nutrition Workshop Series. Volume 37. Philadelphia. 295 p.
3. **BEAL, V.** 1983. Nutrición en el Ciclo de Vida. Editorial Limusa, S. A. México. Pp. 196 - 284, 347 - 395.
4. **CHOCANO LINDE, N.** 1990. Relación entre Prácticas Alimentarias, Estado Nutricional y Algunos Factores Condicionantes en Niños Menores de un Año de un Área Urbano Marginal de Guatemala. Tesis Licenciada en Nutrición. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia. Escuela de Nutrición. 166 p.
5. **COMISION NACIONAL DE PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA.** Alimentación del Niño en el Primer Año de Vida. CONAPLAM / UNICEF DRCAM- DGSS- 007-92. Guía Educativa.
6. **EDELL, M.** 1992. El niño, el adolescente y la nutrición. Consejo Educativo De Health. Traductora Margarita Cardenas. Grupo editorial Norma. Colombia. 75 p.
7. **GOLDMAN, A.** 1996. "Los factores inmunes de la leche humana". Pediatric Basics. Gerber. EE.UU. No. 14 : 3 - 7.
8. **HARTOG, A. & W.A van Staveren.** 1985. Manual for social surveys on food habits and consumption in developing countries. Pudoc Publishing Wageningen. Netherlands. 108 p.
9. **HENDRICKS, K. y S. Barrudin.** 1992. "Weaning Recommendations : The Scientific Basis". Nutrition Reviews. EE.UU. 50 (5) : 125 - 133.
10. **LA LECHE LEAGUE INTERNATIONAL.** 1991. The Breastfeeding Answer Book. Starting Solid Foods. EE.UU. p. 105 . 113.
11. -----1991. The Breastfeeding Answer Book. Weaning. EE.UU. Pp 115-130
12. **LAWRENCE, R.** 1993. "El pediatra y las decisiones sobre la alimentación del lactante". Pediatrics in review. EE.UU. 14 (7) : 263 - 270.

13. **LEAN, B.** 1996. "Factores que afectan la alimentación del niño menor de un año". *Pediatric Basics*. EE.UU. No. 75 p. 2- 5
14. **LIFSHITZ, F.** 1997. *Nutritional Recommendation for children*. Ninth Annual Intermerican Congress of Pediatrics. Miami Children Hospital. Panamá. Resumen.
15. **LOOL CUC, M.** 1997. *Guías Alimentarias para niños en el primer año de vida*. Tesis Licenciada en Nutrición. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia. Escuela de Nutrición. 51 p.
16. **MAHAN, K y ARLIN, M.** 1995. *Krause-Nutrición y Dietoterapia*. 8ª. Edición. Trad. Dr. Jorge Orizaga. Edit. Interamericana. Mc. Graw Hill. México. p 179 - 194; 237-242.
17. **MARADIAGA DE VILLEDA, A.** 1981. *Prácticas Alimentarias en niños menores de dos años que asisten al centro de salud de el municipio de El Paraiso, El Paraiso, Honduras*. Tesis Licenciada en Nutrición. Centro de Estudios Superiores en Nutrición y Ciencias de Alimentos. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia. Escuela de Nutrición. 57 p.
18. **MEJIA CRUZ, Luis Fernando.** 1994. *Embarazo en la adolescente*. Asociación Pro-Bienestar de la Familia de Guatemala. APROFAM. Guatemala. 30 p.
19. **MENDEZ NAVAS, N.** 1983. *Prácticas Alimentarias que los médicos peditras recomiendan para el niño menor de un año y la aceptabilidad de éstas recomendaciones por las madres que asisten a consulta externa del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social*. Centro de Estudios Superiores de Nutrición y Ciencias de Alimentos. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia. Escuela de Nutrición. 95 p.
20. **MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL, INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA ; et al.** 1995. *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1995*. Agencia para el Desarrollo Internacional (USAID). Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Encuestas de Demografía y Salud (DHS). Macro International Inc. Guatemala.
21. **NUSSBAUM, Michael et al.** 1992. *Adolescent Medicine. Adolescent Nutrition and eating disorders*. Hanley and Belfus Inc. USA p. 438 - 457 ; 405 - 416.

22. **OROZCO DE ALFARO, O.** 1995. Conocimientos sobre alimentación durante la adolescencia, el embarazo, la lactancia y el primer año de vida, que tienen los adolescentes de la provincia de Chiriquí, República de Panamá. Tesis Licenciada de Nutrición. Instituto Nacional de Centro América y Panamá. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia. Escuela de Nutrición. 76 p.
23. **PROGRAMA NACIONAL DE EDUCACION NUTRICIONAL. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DE LA REPUBLICA DE EL SALVADOR.** Alimentación del Niño. Guía Educativa.
24. **PROYECTO DE COMUNICACIÓN EN NUTRICION. ACADEMIA PARA EL DESARROLLO EUCATIVO PARA LA AGENCIA PARA EL DESARROLLO INTERNACIONAL (USAID). OFICINA DE NUTRICION.** 1991. Recomendaciones emanadas de la reunión de expertos sobre prácticas óptimas para la alimentación infantil. USAID / INCAP. 31 pp.
25. **PURVIS, G.** 1992. "Alimente a su bebé como bebé". Pediatric Basics EE.UU. No. 57 S : 3 - 8
26. **TORUN, Benjamin et al.** 1994. Recomendaciones Dietéticas diarias del Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá. Guatemala. INCAP/ OPS. 137 p. (Publicación INCAP ME/ 057).

XII ANEXOS

ANEXO 1

REQUERIMIENTOS DE ENERGIA Y PROTEINAS

PARA INFANTES DE AMBOS SEXOS

SEGÚN EDAD.

| Edad del Niño (en meses) | REQUERIMIENTOS | | |
|-----------------------------|--------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| | Energía Kcal/Kg. Peso | Proteínas | |
| | | Origen Animal g/Kg. Peso | Origen Mixto g/Kg. Peso |
| 0 - 2.99 | 115 | 2.05 | ----- |
| 3 - 5.99 | 100 | 1.85 | ----- |
| 6 - 8.99 | 95 | 1.65 | 2.2 |
| 9 - 11.9 | 100 | 1.50 | 2.0 |

FUENTE: Torún et al. 1994 (16)

ANEXO 2

RECOMENDACIONES DIETETICAS DIARIAS

DE VITAMINAS Y MINERALES

PARA INFANTES DE AMBOS SEXOS SEGÚN EDAD

| NUTRIMENTO | EDAD (meses) | | |
|--------------------|-----------------|---------|----------|
| | 0 a 2.9 | 3 a 5.9 | 6 a 11.9 |
| Vitamina A (mcg). | 350 | 350 | 350 |
| Tiamina (mg) | 0.2 | 0.2 | 0.4 |
| Riboflavina (mg). | 0.3 | 0.3 | 0.4 |
| Eq. Niacina (mg). | 4.0 | 4.0 | 6.0 |
| Vitamina B 6 (mg) | 0.2 | 0.2 | 0.4 |
| Folatos (mcg) | 17 | 25 | 35 |
| Vitamina B12 (mcg) | 0.1 | 0.1 | 0.1 |
| Vitamina C (mg) | 20 | 20 | 20 |
| Vitamina D (mcg) | 8.0 | 8.0 | 7.0 |
| Vitamina E (mg) | 3.0 | 3.0 | 4.0 |
| Calcio (mg) | 500 (b) | 500 (b) | 500 |
| Fósforo (mg) | 300 (b) | 300 (b) | 300 |
| Magnesio (mg) | 30 | 45 | 60 |
| Hierro (mg) | | | |
| A | © | 7 (b) | 10 |
| B | | 10 | 10 |
| Zinc (mg) | | | |
| A | 2 (b) | 3 (b) | 4 |
| B | 3 | 5 | 6 |
| Yodo (mcg) | 40 | 40 | 50 |
| Flúor (mg) | 0.3 | 0.3 | 0.3 |
| Selenio (mcg) | 10 | 10 | 12 |

A: Dieta con abundantes alimentos de origen animal

B : Dieta con predominio de alimentos vegetales

(b) : RDD para niños alimentados exclusiva o primordialmente con leche materna. Ca: 300 mg,

P. 125 mg, Fe. 4.5 mg. Zn. 1.3 mg.

© : Necesidades de hierro son satisfechas por la disminución fisiológica de hemoglobina y la movilización de las reservas corporales de hierro.

FUENTE : Torún et al. 1994 (16).

ANEXO 3

ESQUEMA SUGERIDO PARA LA ALIMENTACIÓN DEL NIÑO EN EL PRIMER AÑO DE VIDA. CONAPLAM

ALIMENTACION DEL NIÑO EN EL PRIMER AÑO DE VIDA ESQUEMA SUGERIDO

• El horario sugerido puede ajustarlo a las necesidades del niño

Consejos útiles:

Antes de preparar los alimentos de su niño y de darle de comer
**LAVESE BIEN LAS MANOS
CON AGUA Y JABON.**

Es la mejor manera de prevenir las diarreas.

COMO DEBE DARLE LA COMIDA AL BEBE

- Primero, dele el pecho y luego el puré o papilla.
- Empiece dándole una cucharadita de puré cada vez que le da de comer, y poco a poco vaya aumentando la cantidad, hasta llegar a 8 cucharaditas.
- Póngale la cucharita bien adentro de la boquita del bebé, y sáquela levantándola hacia arriba para que le sea más fácil de tragar y no escupa los alimentos.
- No le ponga condimentos ni mucha sal.
- Se empiezan a quitar las mamas por comida hasta que el niño ya come sus 3 tiempos en buena cantidad.
- La Lactancia Materna debe prolongarse hasta los dos años de edad o más.



COMISION NACIONAL DE PROTECCION DE LA LACTANCIA MATERNA, CDA Y T.M.A. CON LA COLABORACION DE UNICEF

6a. Ave. 0-60, Zona 4, Torre Promocional, Gran Centro Comercial, Zona 4, CP 4003, Tels.: 351928 - 351852 - 351947 - 351933






Autorizado según el artículo no. 4 del Decreto Gubernativo No. 841 K7 con el Registro CONAPLAM-DRICAM-DCSS 0917/92

| EDAD | HORA APROXIMADA | EDAD | EDAD |
|---|---------------------------|--|---|
| 0 a 6 meses UNICAMENTE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA (No dar líquidos de ninguna clase, ni aoles) A LIBRE DEMANDA SIN HORARIO RIGIDO PREFIJADO | Al levantarse 5 ó 6 AM | Pecho | 9 a 12 meses Pecho |
| | 8 AM | • Pecho más puré de cereal, puré de frutas | • Pecho más yema de huevo y/o frijoles colados, cereal |
| | 10 AM | • Pecho más papilla de yema de huevo y/o frijoles colados | • Pecho más frutas |
| | 12 AM | • Pecho más papilla de frijol colado con trocitos de pan o tortilla, o carne molida o picada, puré de verduras | • Pecho más hierbas y verduras en trocitos, carne en trocitos, raíces en trocitos, tortilla o pan |
| | 3 PM | • Pecho | • Pecho |
| | 5 PM | • Pecho más frijoles colados con arroz o trocitos de pan o tortilla, puré de frutas | • Pecho más pan o tortilla, plátano, frijol y raíces o verduras |
| | 8 PM | Pecho | Pecho |
| | 10 PM | Pecho | Pecho |

• Si la madre trabaja fuera de casa puede sacarse leche y dejarla para que se la den a su bebé.
NOTA: Si el niño desea mamar en el transcurso de la noche, debe dársele. A partir de los 9 meses ya se puede dar a los niños líquidos (jugos de frutas, refrescos naturales, agua hervida) en VASO o TAZA.

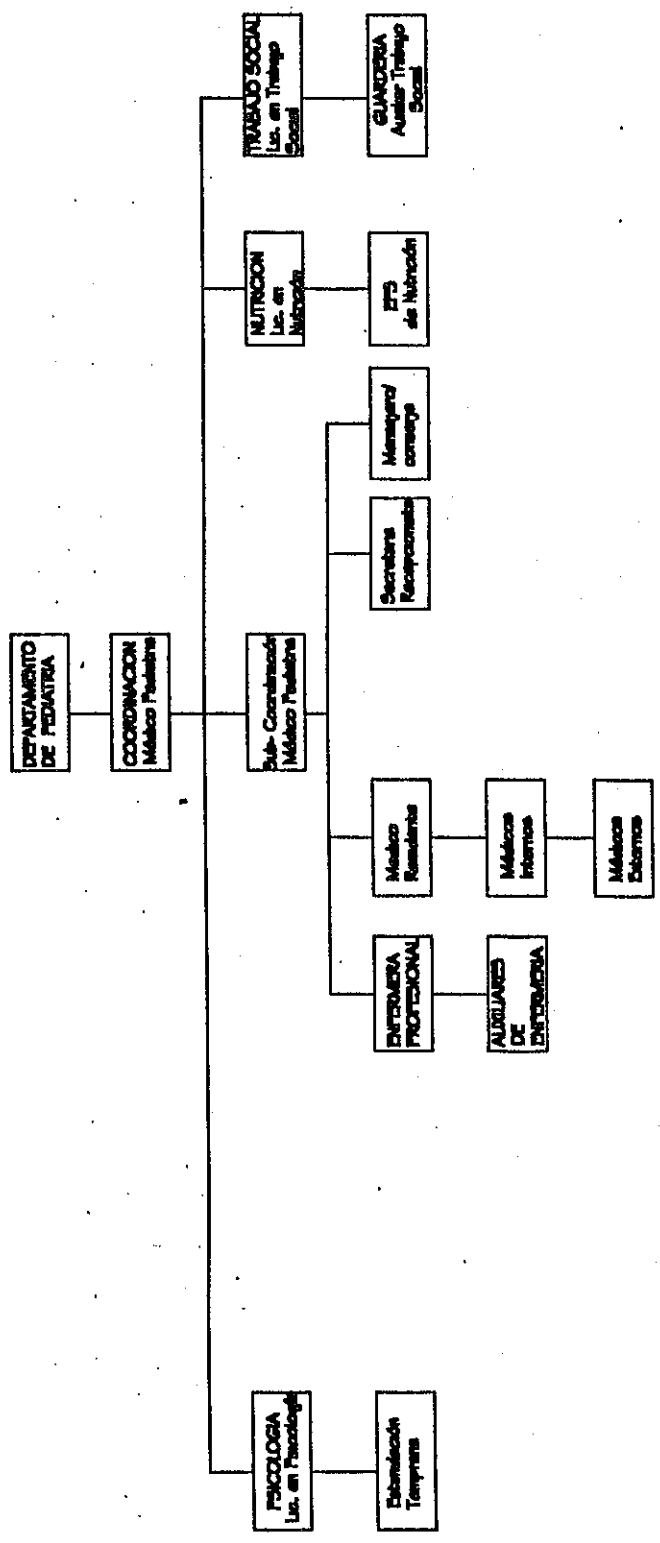
ANEXO 4

DESARROLLO Y COMPORTAMIENTO DEL NIÑO MENOR DE UN AÑO EN TRES DIFERENTES PERIODOS DE CRECIMIENTO

| Periodo | Desarrollo | Comportamiento | | |
|-------------------------------------|---|--|---|--|
| | Físico | Cognoscitivo y Social | | |
| | | Habilidades Alimentarias | | |
| | | Comunicación | | |
| LACTANCIA | <p><i>Recien nacido</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Buena control de la cabeza hacia el frente. No controla sus movimientos / estos son reflejos. Mueve sus brazos y piernas sin control. Otro reflejo es evadirse las manos y juguetes a la boca. | <ul style="list-style-type: none"> Responde a estímulos internos y externos. Reconoce ruidos ambientales / logra comunicar sus emociones / necesidades. Aprende sobre las texturas / formas y sabores a través del reflejo de llevar objetos a la boca (aprendizaje sensorial). | <ul style="list-style-type: none"> Búsqueda de pezón. Puede succionar / tragar solamente líquidos. Sostiene líquidos en la boca con la ayuda de los depósitos de grasa en las mejillas. | <ul style="list-style-type: none"> Cuando tiene hambre llora y succiona fuertemente. Cuando está satisfecho suelta el pezón y se duerme. Puede regular su ingesta para satisfacer sus necesidades calorías a las seis semanas. |
| PERIODO DE TRANSICION | <p><i>Bebe firme</i></p>  <ul style="list-style-type: none"> Duplica su peso al nacer y pesa por lo menos 6 kg (13 libras). Mejora la estabilidad en la postura y control del tronco. Se sienta con ayuda. Cuando esta boca abajo, levanta su cabeza y soporta su propio peso con los brazos estirados. Disminuyen los reflejos del recién nacido. Golpea a propósito los objetos con el puño cerrado. Deliberadamente se lleva las manos y los juguetes a la boca. | <ul style="list-style-type: none"> Se organiza en una rutina predecible. ej. duerme a intervalos de cuatro horas o más en la noche. Responde a estímulos sociales con sonrisas espontáneas o movimientos corporales. Evita fijar la mirada en un punto fijo para controlar el estímulo visual. El aprendizaje sensorial continúa con exploración deliberada. | <ul style="list-style-type: none"> Abre la boca cuando se le acerca una cuchara. Aprende rápidamente a succionar de la cuchara puros de textura muy suave. Para tragar, usa la lengua moviendo el alimento hacia la parte posterior de la boca sin atorarse. | <ul style="list-style-type: none"> Cambia sus hábitos de alimentación y es más selectivo. Aparencia tener hambre después de mamar de 8-10 veces por día. Se mueve hacia adelante cuando se le acerca la cuchara en señal de hambre. Empuja la mano de la persona que lo está alimentando hacia afuera si ya está satisfecho. |
| | <p><i>Pre-gateador</i></p>  <ul style="list-style-type: none"> Buena estabilidad en la postura. Se sienta solo. Esta desarrollando independencia en la movilidad. Se inclina hacia adelante y hacia atrás y sobre su abdomen. Esta desarrollando habilidades manuales. Arrastra hacia sí objetos pequeños con los puños cerrados. Pasó un objeto de una mano a la otra. | <ul style="list-style-type: none"> Esta aprendiendo sobre la permanencia de objetos relacionado con la consistencia durante la alimentación. Empieza a utilizar sonidos y gestos para comunicar sus deseos y necesidades. | <ul style="list-style-type: none"> Come fácilmente una variedad de puros de textura fina. Esta aprendiendo a mantener puros más espesos en la boca y a deglutir sin atorarse. Empieza a tomar líquidos de la taza entrenadora con ayuda. | <ul style="list-style-type: none"> Ajara la cuchara como diciendo "Yo quiero eso". Busca el alimento cuando los padres retiran el plato con el que estaba comiendo. |
| | <p><i>Gateador</i></p>  <ul style="list-style-type: none"> Fuerte estabilidad en la postura. Puede tratar de agarrar un juguete sin perder el equilibrio. La movilidad va mejorando. Gatea muy bien. Se levanta para tratar de mantenerse de pie. Practica habilidades manuales. Usa el dedo pulgar y el índice para sostener objetos pequeños. | <ul style="list-style-type: none"> Esta aprendiendo como "funcionan" las personas y los objetos. ej. causa efecto. Empieza a solucionar problemas. Se muestra alerta al tratar de coger un objeto que se le retiró. Participa en comunicaciones recíprocas. Empieza a relacionar palabras con gestos. | <ul style="list-style-type: none"> Usa la lengua para mover el alimento hacia los lados de la boca para masticarlo. Sostiene la taza entrenadora sin ayuda mientras está tomando líquidos. Muestra interés en alimentarse por sí mismo al tratar de llevar utensilios a la boca o jugar con ellos. | <ul style="list-style-type: none"> Vocaliza, apunta o toca la mano de sus padres durante un tiempo de comida para controlar que y cuanto alimento se le va a dar. |
| PERIODO DE ADULTO MODIFICADO | <p><i>Pre-caminador</i></p>  <ul style="list-style-type: none"> Triplifica su peso al nacer. Muy buena movilidad. Camina con ayuda. Se mantiene de pie solo. Habilidades manuales eficientes. Usa la punta de los dedos para recoger delicadamente pequeños objetos. Estira el brazo con la palma de la mano hacia arriba para recibir un objeto que alguien le está entregando. | <ul style="list-style-type: none"> Esta aprendiendo a controlarse a sí mismo. Responde a solicitudes sencillas y a los límites que los padres le han impuesto a través de la voz o de gestos. Usa una variedad de gestos y palabras para lograr lo que quiere y nombrar diferentes objetos. Limita el comportamiento de otros. Tiene expectativas organizadas basadas en las experiencias diarias. | <ul style="list-style-type: none"> Mantiene los labios cerrados y la mayoría de los alimentos dentro de la boca cuando mastica. Tiene dientes arriba y abajo. Muerde una variedad de alimentos con textura gruesa. Fácilmente puede auto-alimentarse con los dedos. Aprende a prensar los alimentos con el tenedor y a raspar los alimentos con la cuchara. Toma líquidos de la taza. Deja la alimentación con biberón. | <ul style="list-style-type: none"> Limita el comportamiento de los padres durante las comidas. Usa palabras o sonidos para expresar su deseo por alimentos específicos. |
| | <p><i>Caminador</i></p>  <ul style="list-style-type: none"> Domina los movimientos de destreza motora gruesa. Camina con confianza. Domina los movimientos de la destreza motora fina. Las habilidades de la mano incluyen una variedad de patrones de agarre. Puede manipular objetos con una mano. Muestra una clara preferencia por una mano. | <ul style="list-style-type: none"> Muestra planificación intencional y exploración. Muestra un balance entre el deseo de independencia y la necesidad de establecer límites razonables. Se comunica con gestos, frases de dos palabras y con el tacto. Muestra seguridad al decir "no" y haciendo otra cosa. | <ul style="list-style-type: none"> Usa los labios, la lengua y los dientes para manejar el alimento y los líquidos en la boca, para lograr una alimentación eficiente. Usa una mano para ajustar la cuchara a una posición más eficiente cuando raspa los alimentos con diferentes consistencias. Puede llevarse la cuchara a la boca con un mínimo de derramamiento. | <ul style="list-style-type: none"> Expresa el deseo de comer con frases sencillas: "quiero eso", "más jugo", "no quiero más". Puede llevar al padre a la despensa o al refrigerador y apunta lo que desea comer o beber. Desarrolla preferencias alimentarias definidas. Puede desarrollar conductas de alimentación erráticas. |

FUENTE: Gerber. Variedad en la Dieta del Infante. Lámina Ilustrativa

ANEXO 5
ORGANIGRAMA DE LA UNIDAD DE CRECIMIENTO
Y DESARROLLO DEL HOSPITAL ROOSEVELT



FUENTE: Unidad de Crecimiento y Desarrollo, Hospital Roosevelt 1998.

FORMULARIO
PRACTICAS ALIMENTARIAS EN EL INFANTE

No. _____
Fecha: _____

I. DATOS GENERALES

Edad del niño (a): _____ (meses)
 Nombre de la Madre: _____
 Edad de la Madre: _____ (años) Escolaridad: _____
 Ocupación: _____ No. de hijos: vivos muertos
 Estado Civil: _____ Quién vive con ustedes: _____

II. PRACTICAS ALIMENTARIAS:**A: Prácticas relacionadas con Lactancia Materna.**

1. Qué fue lo primero que le dieron de tomar al niño (a) después del nacimiento?

2. Da de mamar al niño:

Si: No:
 Solo Pecho: Combinado con otra leche ú otro sustituto:

3. Si no le da de mamar, le dió de mamar alguna vez?

Si: Por cuánto tiempo? _____ Por qué dejó de dar de mamar? _____
 No: Por qué no le dió el pecho? _____
 Con qué sustituyó la leche materna? _____

B. Información sobre Alimentación Complementaria.

4. Ha recibido alguna información de qué alimentos son adecuados para su hijo (a)? No

Si Quién la ha orientado? _____

5. Quién escoge lo que va a comer el niño (a)? _____

6. Quién prepara la comida del niño (a)? _____

7. Regularmente quién le da de comer al niño (a)? _____

8. Come su niño (a) a horas fijas:

Si: No: Por qué? _____

9. Le está dando usted a su hijo algún jarabe o pastillas que sean vitaminas, tónico o reconstituyente que contenga calcio, hierro o cualquier otro medicamento?

Si: No: Cuáles? _____

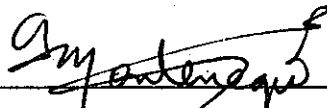
Desde cuándo se los empezó a dar: _____

Por qué? _____

Quién se los recomendó? _____

De los siguientes alimentos cuáles le ha dado a su niño (a)

| TIPO DE ALIMENTO | EDAD DEL NIÑO EN QUE SE EMPEZO A DAR | SE LO DA TODAVIA | PREPARACION |
|--|--------------------------------------|--|---|
| Leche materna | | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Número de veces que da de mamar al día: <input type="text"/> |
| Leche artificial: a) Maternizada | | | No. de Pachas al día: <input type="text"/> de <input type="text"/> onzas Cantidad de leche: <input type="text"/> Medidas <input type="text"/> Cucharadas Azúcar: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Otros: _____ |
| b) Leche Entera | | | No. de Pachas al día: <input type="text"/> de <input type="text"/> onzas Cantidad de leche: <input type="text"/> Medidas <input type="text"/> Cucharadas Azúcar: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Otros: _____ |
| Agua sin azúcar | | | |
| Agua con Azúcar | | | |
| Agua de Cereales | | | |
| Te de hierbas | | | |
| Café | | | |
| Atoles | | | |
| Jugos de frutas | | | |
| Sopas | | | Comerciales <input type="text"/> Hecho en casa <input type="text"/> |
| Caldo de frijol | | | |
| Purés de frutas | | | Comercial <input type="text"/> Hecho en casa <input type="text"/> Le agrega azúcar o miel <input type="checkbox"/> |
| Purés de verdura | | | Comercial <input type="text"/> Hecho en casa <input type="text"/> Le agrega aceite <input type="text"/> Le agrega sal <input type="text"/> |
| Pan | | | |
| Tortillas | | | |
| Huevos: yema/clara | | | |
| Papa, yuca, ichintal en trocitos | | | |
| Verduras en trocitos | | | |
| Frutas en trocitos | | | |
| Frijol colado y otras leguminosas | | | |
| Carne picada | | | |
| Pollo | | | |
| Pescado | | | |
| Queso | | | |
| Fideos, pastas | | | |
| Hierbas | | | |
| Otros: pasteles, galletas, aguas gaseosas, jugos enlatados, dulces, etc. | | | |



Gabriela Montenegro Bethancourt

AUTOR



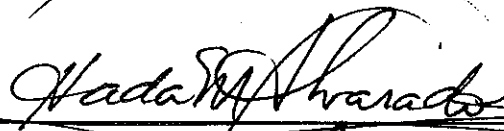
Licda. Silvia Rodriguez de Quintana

ASESORA



Licda. María Antonieta González

DIRECTORA



Licda. Hada Marieta Alvarado Beteta

DECANA