

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES, CREENCIAS Y
PRÁCTICAS SOBRE EL INICIO DE LA ABLACTACION**

Estudio descriptivo prospectivo en 68 pacientes posparto internas en la Sala de Alojamiento Conjunto, Departamento de Maternidad y Pediatría del Hospital Nacional de Antigua Guatemala "Pedro de Bethancourt", realizado durante el mes de junio 2003.

ALEJANDRO JOSE BERGANZA ORTIZ

MÉDICO Y CIRUJANO

Guatemala, septiembre de 2003.

INDICE

Contenido	No de página
I. INTRODUCCION	1
II. DEFINICION Y ANALIS DEL PROBLEMA	3
III. JUSTIFICACION	5
IV. OBJETIVOS	7
V. REVISION BIBLIOGRAFICA	8
A. Definición.	
B. Creencias y Costumbres culturales.	
C. División de grupos Guatemaltecos según hábitos alimenticios.	
D. La dicotomía Frío-Caliente en la clasificación de alimentos.	
E. Factores que determinan las practicas dietéticas.	
F. Creencias y practicas en relación con la crianza de niños.	
G. Alimentación del niño en el primer año de vida.	
H. Lactancia materna.	
I. Ablactación.	
VI. METODOLOGIA	36

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS	42
VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	54
IX. CONCLUSIONES	60
X. RECOMENDACIONES	63
XI. RESUMEN	64
XII. REFERENCIAS	66
XIII. ANEXOS	71

I. INTRODUCCION

Las prácticas alimentarias reflejan la estructura y los valores de una sociedad. Con el término cultura, se designa al complejo formado por los bienes materiales, conocimientos técnicos, creencias, moral, costumbres y normas, así como otras capacidades y hábitos adquiridos por el hombre, que son manifestados y compartidos por miembros de una sociedad. Cualquier cambio que se introduzca en estas prácticas de alimentación puede romper el equilibrio existente.

Todas las culturas observan prácticas y costumbres que son provechosas para la salud y nutrición del grupo, así como algunas que son nocivas, estas practicas son transmitidas por grupos, de una generación a otra, y que son de alta significancia, vienen a constituir los hábitos alimentarios.

El término ablactación significa dar alimentos diferentes a leche materna; también se conoce como alimentación complementaria. Se define como la transición gradual de alimentación exclusivamente láctea, ya sea leche materna o fórmula, a la dieta familiar acostumbrada. El término destete también se ha empleado pero muchas veces se utiliza como sinónimo de la suspensión de la lactancia.

El inicio de la práctica de ablactación se rige por factores fisiológicos, nutricionales, socioeconómicos, culturales y psicológicos. Aparentemente el proceso de introducción de alimentos sólidos es simple, pero es un fenómeno complejo, en el que es imprescindible conocer el momento en que diversas funciones motoras y fisiológicas del lactante deben alcanzar madurez suficiente para permitir la introducción de alimentos diferentes a la leche

materna, sin provocar efectos adversos de orden mecánico, gastrointestinal, metabólico o inmunológico.

La introducción de una alimentación complementaria oportuna y adecuada es esencial para asegurar en el niño sus necesidades y requerimientos nutricionales y optimizar su desarrollo físico y psicoemocional.

En este estudio de investigación se determinó los conocimientos, actitudes, creencias y prácticas sobre el inicio de la ablactación en 68 mujeres posparto internas en la unidad de Alojamiento Conjunto del Hospital Nacional de Antigua Guatemala, Pedro de Betancourt. Se obtuvo como resultado, el período en que más frecuentemente se inicia la ablactación es de 4-6 meses de edad, la mayoría de las madres no cuentan con una base científica que respalde el inicio de la ablactación temprana o tardíamente, tampoco cuentan con una guía que determine el tipo de alimento ni el orden apropiado para su introducción, a pesar de existir las Guías Alimentarias para menores de dos años en la cual se proporciona toda esta información.

La mayoría de la población proporciona al inicio de la ablactación verduras, frutas o cereales, en puré o papilla, pues la mayoría recurre a conocimientos adquiridos por experiencia o consulta con familiares que en su mayoría no proporcionan información correcta. Se identificó que las variables grupo étnico y nivel educativo de las madres influyen enormemente en el patrón de crianza de la población infantil.

II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

La alimentación durante el primer año de vida del niño es de vital importancia para su desarrollo y estado de salud. Las prácticas de alimentación en esta etapa se ven influenciadas por una serie de mitos transmitidos de familia en familia, lo que se traduce en diversidad de prácticas dificultando la labor educativa del personal de salud.

En el área rural de Guatemala, la lactancia materna constituye la alimentación preponderante durante el primer año de vida; lo cual permite un crecimiento aceptable de los lactantes durante los primeros 4 - 6 meses de edad (16,32,60).

Respecto a la ablactación se presentan diversas prácticas, específicamente en el noreste del departamento de Chiquimula, el 11% de las madres reportaron que introducen alimentación antes de los seis meses, 63% hasta los seis meses, y 26% después de los seis meses, según un estudio realizado por la escuela de Nutrición de la Universidad de San Carlos de Guatemala (42).

La introducción de cualquier alimento que no sea lactancia materna exclusiva antes de los cuatro meses puede producir diversas alteraciones patológicas, pues es hasta después de esta edad que el desarrollo del tracto gastro intestinal y las habilidades motoras del lactante son óptimas. Las alteraciones que pueden producirse a corto plazo son: retardo en el crecimiento y desnutrición al disminuir la ingesta de lactancia materna, interferencia en la absorción de hierro al introducir cereales y vegetales y enfermedades diarreicas al dar alimentos preparados en malas condiciones higiénicas, práctica muy frecuente en países como Guatemala. A largo plazo

puede producir: obesidad, alergias alimentarias, hipertensión y arteriosclerosis (4,11,20,22,27,33,67).

En el hospital Nacional de Antigua Guatemala se pone en practica el programa de ALIMENTACION DEL NIÑO/A MENOR DE DOS AÑOS, el cual tiene como objetivo proporcionar conceptos básicos, normas y procedimientos para la alimentación del niño/a menor de 2 años, por medio de guías de alimentación, promoción de conductas positivas de alimentación y apoyo a la madre que da de mamar (6). A pesar de este programa, es bastante frecuente escuchar tanto en la consulta externa como en la sala posparto a las madres mencionar que han iniciado la introducción de otros alimentos que no sean la lactancia materna antes de los cuatro meses.

Para plantear metodologías de educación relacionadas con el tema, se hace necesario determinar los conocimientos, actitudes, creencias y practicas, que al respecto guarda la población que consulta a la institución anteriormente mencionada.

II. JUSTIFICACION

El inicio de la práctica de ablactación se rige por factores fisiológicos, nutricionales, socioeconómicos, culturales y psicológicos. Aparentemente el proceso de introducción de alimentos sólidos es simple, pero es un fenómeno complejo, en el que es imprescindible conocer el momento en que diversas funciones motoras y fisiológicas del lactante deben alcanzar madurez suficiente para permitir la introducción de alimentos diferentes a la leche materna, sin provocar efectos adversos, de orden mecánico, gastrointestinal, metabólico o inmunológico.

En los países en vías de desarrollo, como Guatemala, uno de los principales problemas de salud pública, es la presencia de enfermedades diarreicas y desnutrición, que solo en el año 2001 representó una tasa de mortalidad específica de 3 por cada 1,000 menores de 1 año y de 1.52 por cada 10,000 habitantes, respectivamente (47).

Se han considerado como responsables de tales problemas factores biológicos, económicos, sociales y culturales, como los conocimientos, actitudes, creencias y prácticas de alimentación que se tienen desde tiempos remotos y que de alguna forma repercuten en los problemas anteriormente mencionados (32).

Desde el punto de vista demográfico, Guatemala es un país con una población de 11,678,411 de habitantes, con una distribución poblacional de 35% para el área urbana y un 65% para el área rural, con una población indígena de 42.85%, quienes con un rico legado cultural, es una población en donde los componentes culturales intervienen en el proceso salud - enfermedad, y están

expresados por medio de todo un cúmulo de conocimientos médicos de raigambre ancestral, transmitidos de generación en generación y englobados en lo que se conoce como medicina tradicional (10,14,23,47).

Partiendo de todas las complicaciones que representa la introducción de cualquier alimento que no sea la lactancia materna antes de los 4 - 6 meses para la salud pública y que el médico desempeña una de las funciones más importantes en la prevención de las mismas, enseñando a la madre la forma de alimentar a su niño. La madre que sabe alimentar a su hijo desde su nacimiento, desarrollará en él hábitos alimenticios saludables que conservará toda su vida, que ayudará a conservar la salud (23).

El estudio que se realizó estuvo encaminado a determinar los conocimientos, actitudes, creencias y prácticas (CACP), que las madres tienen sobre el inicio de la ablactación, tratando además de establecer factores que pudieran influir en esta práctica, tales como edad, etnia, escolaridad, paridad, religión y fuentes de información entre otras. Dicho estudio se realizó en un centro que provee servicios de salud en el que converge un grupo representativo de la población guatemalteca, como lo es el Hospital Nacional de Antigua Guatemala, ubicado en el departamento de Sacatepéquez en donde se concentra un buen porcentaje de la población indígena de nuestra nación, por lo tanto es un lugar ideal para la realización de estudios CACP.

La población indígena es la más propensa a padecer muchas de las enfermedades que agobian a nuestro sistema de salud y que serían fácilmente prevenibles con la creación de nuevos programas y el fortalecimiento de los ya existentes, basados en las evidencias obtenidas en este tipo de estudios.

III. OBJETIVOS

A. OBJETIVO GENERAL

1. Identificar los conocimientos, actitudes, creencias y prácticas sobre el inicio de la ablactación en las pacientes posparto internas en el Departamento de Maternidad del Hospital Nacional de Antigua, Pedro de Bethancourt.
2. Analizar la relación de edad, etnia, religión y grado de educación de la madre con el inicio de la ablactación.

B. OBJETIVOS ESPECIFICOS

DETERMINAR:

1. La edad más frecuente en la que se inicia la ablactación.
2. La causa por la que se inicia la ablactación en determinado periodo de edad.
3. Los alimentos frecuentemente empleados al iniciar la ablactación.
4. Las razones de utilizar determinados alimentos en el inicio de la ablactación.
5. La forma mas frecuente de proporcionar los alimentos con los que iniciara la ablactación.
6. La fuente principal de los conocimientos sobre la ablactación del grupo estudiado.

IV. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

A. DEFINICIONES

1. PRÁCTICAS ALIMENTARIAS

Las prácticas alimentarias reflejan la estructura y los valores culturales de una sociedad; cualquier cambio que se introduzca en ella puede romper el equilibrio existente. (8,45).

Todas las culturas observan prácticas y costumbres que son provechosas para la salud y nutrición del grupo, así como algunas que son nocivas. (8,48).

Estas practicas que son trasmitidas por grupos, de una generación a otra, y que son de alta significancia, vienen a constituir los hábitos alimentarios. (8).

El tener hábitos alimentarios se puede definir 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, de donde resulta que el conglomerado acaba por tener un patrón dietetico común. (8).

Las practicas alimentarias no son estáticos, y aunque es difícil modificarlos, cambian según evolucionan los pueblos. (8).

2. ACTITUD

Una reacción afectiva positiva o negativa hacia un objeto, proposición u otra. (50).

3. CREENCIA

Cualquier expresión o proposición simple, consciente o inconsciente, inferida de lo que una persona dice o hace. (50).

4. PRÁCTICAS

Ejercicio de cualquier arte o facultad conforme a una regla./ Uso continuado, costumbre de una cosa./ Aplicación de una idea o una doctrina a la realidad.(29,43,53).

B. CREENCIAS Y COSTUMBRES COMPONENTES DE LA CULTURA

Con el término cultura, se designa al complejo formado por los bienes materiales, conocimientos técnicos, creencias, moral, costumbres y normas, así como otras capacidades y hábitos adquiridos por el hombre, que son manifestados y compartidos por miembros de una sociedad.(29,31,53,54).

Algunos autores dividen la cultura en: cultura material y cultura inmaterial. La cultura inmaterial está formada por los conocimientos, creencias y costumbres que los individuos de una sociedad determinada transmiten de una generación a otra. La conducta también forma parte de la cultura inmaterial, y esta fuertemente inferida por los patrones de cultura (29,53).

Las creencias pueden sostener un curso de acción como deseables o indeseables (50).

Cada creencia comprende tres elementos:

1. Elemento cognitivo: porque representa el conocimiento de una persona manteniendo con varios grados de certeza, acerca de lo que es bueno o malo, verdadero o falso, deseable o indeseable.

2. Elemento afectivo: porque bajo las condiciones ideales, la creencia es capaz de despertar efecto de la intensidad variada, centrado alrededor del sujeto de la creencia.

3. Elementos de conducta: porque la creencia puede conducir a algún tipo de acción cuando es activada adecuadamente (17.29,53).

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

Las costumbres realizan dos funciones principales: contribuyen a formar el perfil psicológico y moral de una comunidad y establecen sistemas de normas positivas o negativas para la regulación de las relaciones sociales.

Jeliffe (35,54), clasifica las costumbres de acuerdo a su efecto sobre la salud y la nutrición en benéficas, neutrales y de eficacia dudosa y nociva.

El tema sobre cultura es muy amplio y se podría decir que todo lo hecho por el hombre puede considerarse cultura. En medicina se asigna este calificativo a las costumbres, tradiciones, normas y demás productos del que hacer humano, relacionados con la salud. Las costumbres y traiciones se basan en un sistema de creencias y de necesidades sociales. Ninguna costumbre carece de sentido, aunque esta sea difícil de desentrañar. (64).

C. DIVISION DE GRUPOS GUATEMALTECOS SEGÚN HABITOS ALIMENTARIOS

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

1. Poblaciones rurales tradicionales: Formadas por aquellas comunidades, familias y personas indígenas que mantienen características materiales y espirituales, pensamientos y supersticiones, formas sociales y poder mágico - religioso y que se han ubicado en áreas geográficas y culturales, donde vive la cultura dominante, y que han subsistido con el nombre de comunidades, comunas, tribus, barrios, caseríos y otros.

2. Poblaciones rurales con algunos cambios: Formadas por una gama de comunidades indígenas, que se encuentran en proceso de integración, sin que hayan aceptado o adquirido ciertas formas fundamentales de otras culturas.

3. Sector urbano pobre: son indígenas que están identificados como tales, gracias a la conservación de ciertos valores culturales. (63).

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

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

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

1. Edad: Algunos alimentos como el queso, intensifican el calor en el transcurso del tiempo, por ejemplo el queso recién hecho se clasifica como

frío, mientras el queso ya seco se considera caliente, el pollo es menos caliente que la gallina, el maíz fresco y tierno (elote) es frío, mientras que el maíz sazón, ya hecho masa para tortillas es caliente.

2. Sexo: La carne de gallina es más caliente que la del gallo. Para otras carnes, el sexo del animal no afecta su calidad de frío o caliente.

3. Localidad: Alimentos que existen en el agua son fríos, (peces), al igual que los que crecen bajo la tierra como las papas, cebollas, zanahorias, etc. En el caso del plátano y la caña de azúcar son calientes por crecer en tierra caliente.

4. Color: Por lo general, los alimentos verdes y blancos, se clasifican de fríos, mientras que los amarillos, negros y colorados se consideran calientes.

5. Domesticación y dieta de los animales: La carne de animales domésticos (pollos, pavos, etc.) es caliente, mientras que la de los animales anteriormente salvajes (ardillas, conejos), es fría. Con respecto a las carnes se dice que las calientes son más suaves u nutritivas que las frías. Otra clasificación se basa en la dieta de los animales, si estos comen semillas se clasifican como calientes, mientras que los que comen pasto y hierbas se les clasifica como fríos.

6. Sensación producida: Las especias y bebidas que poseen un olor penetrante o sensación muy picante como el ajo, café, licor, miel, cacao, chile seco y otros alimentos condimentados, se clasifican como calientes; la cebolla y el chile verde son excepciones. Las cosas que son más blandas como el arroz y las pastas, son frías.

Aunque no lo parezca, los alimentos fríos si tiene funciones importantes. Además de servir de refacción y placer en el intermedio de las comidas, también comen cuando el cuerpo esta en reposo y no requiere fuerzas para trabajar. Ora función de los ingredientes fríos, es la de neutralizar los medicamentos calientes. Es costumbre añadir al agua con que se toma la medicina, suficiente azúcar blanca (considerada como fría). (51,52).

La dieta de un hombre sano debe mantener un estado de equilibrio entre lo frío y lo caliente, balanceando los alimentos calientes y los fríos en la dieta y evitando un encuentro súbito de los extremos de estos, en el ambiente. La pérdida de este balance causa enfermedad y para recobrar dicho balance, se deben comer alimentos y exponerse a las condiciones extremas que tengan cualidades opuestas a la enfermedad. (51,52). A continuación se da a conocer los alimentos más comunes en la dieta de los quiches, según sus características de frío y caliente.

ALIMENTOS	C	F
TORTILLAS, TAMALITOS		
FRUTAS PARA LA HORA DE LA COMIDA		
NARANJA, PLÁTANOS		
FRUTAS PARA HORA DE NO COMIDA		
BANANO, DURAZNO		
CONDIMENTOS QUE MODIFICAN LAS CUALIDADES DE CALIENTE – FRIO		
AZUCAR BLANCA		
AZUCAR MORENA		
SAL, ACHOTE, CEBOLLA PEREJIL		
AJO, QUENAPODIO, CLAVO, CANELA, MENTA, PIMIENTA.		
SEMILLA DE CALABAZA, ACEITE COMESTIBLE		
CARNES		
VACA, POLLO, OVEJA, CABRA, PAVO		
CERDO, PESCADO, CONEJO, ARDILLA		
HIERBAS		
HIERBA MORA, CHIPILIN, MALANGA, MILTOMATE, BERRO.		
FRIJOLES		
NEGROS Y ROJOS		
BLANCO Y EJOTES		
CHILE SECO		
CHILE VERDE		
OTROS ALIMENTOS		
QUESO RECIEN HECHO		
QUESO SECO		

FUENTE: Neuenswander, Helen & Souder Shirley. El síndrome caliente – frío, húmedo – seco entre los Quiches de Joyabaj: Dos modelos cognitivos. *Guatemala Indígena*. Vol. XII, Nos. 1-2, 1980. pp. 141 – 166../ Neuenswander, Helen & Dean, Arnold. *Estudios Cognitivos del Sur de Meso América*. Instituto Lingüístico de Verano, Museo de antropología. Publicación 3, Guatemala, 1997. pp. 93-120.

E. FACTORES QUE DETERMINAN LAS PRÁCTICAS DIETÉTICAS:

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

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

2. Económicos: estos factores son de virtual importancia en la determinación de los estilos y costumbres alimenticias. El costo de los estilos y costumbres alimenticias. El costo de los alimentos es una gran barrera en la aceptación de los mismos, especialmente en los países en desarrollo.

3. Biológicos: son catalogados de acuerdo a la edad, salud, ciclo de vida (embarazo, puerperio, lactancia, adolescencia, etc.).

4. Educativos: El nivel educativo de la familia y en especial del miembro encargado de planificar la alimentación, es determinante en los hábitos alimenticios de esa familia.

5. Socioculturales: la preparación y consumo de los alimentos esta subordinado a ciertas creencias y métodos tradicionales que se van transmitiendo de generación en generación, dictados principalmente por experiencias que han sido beneficiosas para el grupo y son inculcadas a los niños pequeños. (19,45, 57,64).

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

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

Al hablar de lactancia materna en áreas rurales es bien conocida la importancia de esta. El momento en que el recién nacido es puesto al pecho es muy variable en los grupos indígenas mas tradicionales, la lactancia inmediatamente después del nacimiento; en la mayoría de los grupos indígenas, unas horas después del nacimiento se considera el momento adecuado. Sin embargo, muchos sectores de la población considera que el calostro no es conveniente para el niño, no siendo raro que otra mujer que este lactando, se encargue de alimentar al recién nacido hasta que la madre ya tenga leche. En grupos no indígenas proporcionan al recién nacido unas cucharaditas de agua azucarada y también creen que el calostro no es adecuado para el recién nacido. (31,32).

El tiempo de lactancia es variable según los grupos y áreas; para los grupos indígenas puede estimarse aproximadamente un promedio de 2 años, aunque en circunstancias especiales puede durar mucho más. En algunas comunidades indígenas los niños son despechados al quinto mes de embarazo de la madre, suponiendo que ya para entonces la leche no es adecuada. El destete corre más pronto entre los ladinos urbanos, a la edad promedio de 1 año. (15,21,60).

Las razones más frecuentes para el destete entre los indígenas y no indígenas pobres son la reaparición de la menstruación o nuevo embarazo. Dentro de los indígenas mas tradicionales se tiene la idea de que la lactancia

materna, cuando se presenta nuevamente la menstruación o el embarazo, es dañina tanto para el feto como para el lactante. (15,21,60).

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

Muchas prácticas en relación al destete y a la suplementación de la lactancia materna son culturales y se basan en creencias erróneas sobre la naturaleza del organismo del niño. La suplementación de la lactancia materna también se ve limitada en la cantidad y selección de alimentos, principalmente por el temo de que estos provoquen diarrea u otras enfermedades. De hecho la infancia es un periodo vulnerable, con una mortalidad alta. Durante el destete hay aumento en la incidencia de enfermedades, especialmente la diarrea. Esto se debe probablemente a los muchos cambios que acompañan esta época. Al niño se le suspende la lactancia materna por diversas razones, introduciéndole abruptamente a otras comidas, que muchas veces el niño no la recibe, repercutiendo en su ya deteriorada salud. (15,21,32,60,63).

G. ALIMENTACIÓN DEL NIÑO EN EL PRIMER AÑO DE VIDA

La alimentación durante el primer año de vida postnatal conlleva más cambios si se compara con la alimentación en otras etapas de la vida, pues tiene diversas modificaciones que incluyen desde la lactancia materna, introducción de alimentos sólidos, hasta la incorporación del niño a la mesa familiar.

La alimentación óptima en el lactante debe tomar en cuenta las bases establecidas por Beaton (9), que considera como objetivos de una buena alimentación: mantenimiento de tejidos corporales, provisión de energía para el depósito de nuevos tejidos y la consideración de variaciones individuales de los requerimientos. Además la alimentación debe ser suficiente en su valor calórico, completa en los nutrientes, equilibrada y adecuada al estado fisiológico del lactante (59).

Las prácticas apropiadas de alimentación durante los primeros meses de vida son condicionadas por las necesidades nutricionales y el grado de madurez funcional del infante, especialmente las relacionadas con los tipos de alimentos, mecanismo de excreción y defensas contra la infección.

H. LACTANCIA MATERNA

La Academia Americana de Pediatría (3) ha recomendado desde diciembre de 1997 que todos los niños reciban lactancia materna por lo menos hasta cumplir el primer año de vida. Esta recomendación se basa en las múltiples investigaciones que confirman las ventajas de la leche materna para el recién nacido, proporcionando buena nutrición y nutrientes suficientes y necesarios para el crecimiento del cerebro y protección contra infecciones.

1. Composición

La leche materna y su precursor, el calostro aseguran la adaptación del neonato a la transición exitosa a la vida postnatal independiente.

El calostro es un líquido amarillento de consistencia pegajosa que se secreta durante algunos días después del parto, en promedio 30 ml/día. Es un alimento de alta densidad con poco volumen, menos lactosa, grasa y vitaminas hidrosolubles que la leche materna madura, aunque posee mayor cantidad de

vitaminas liposolubles, zinc y sodio. Posee gran cantidad de inmunoglobulinas y otros factores protectores (25).

El calostro se adapta muy bien a las necesidades del neonato, pues sus riñones inmaduros aún no pueden manejar gran volumen de líquido, la producción de lactasa recién comienza, las inmunoglobulinas recubren el interior inmaduro del tracto digestivo para evitar adherencia de patógenos. Es decir, el calostro actúa como un modulador en el desarrollo del recién nacido (46).

El calostro evoluciona hacia leche madura, entre los tres y catorce días posparto. La leche materna puede cubrir las necesidades individuales del lactante y si bien es cierto que ésta sufre variaciones en su composición, se considera que estas variaciones son funcionales, y se reconoce el papel del infante como determinante en las variaciones que sufre la leche (25).

a) Proteína

Entre los mamíferos, la leche materna madura posee la concentración más baja de proteína, en promedio de 1.15 g/100 ml siendo la proteína disponible incluso inferior a 0.8 g/100 ml. Su bajo contenido de proteína es el adecuado para el crecimiento óptimo de los lactantes y significa una carga reducida de solutos para sus riñones inmaduros (16).

La razón caseína: proteína del suero de la leche humana es aproximadamente 20:80, esta relación permite una mejor absorción de la proteína y un perfil plasmático más fisiológico que los amamantados con leche bovina o sustituta de la leche humana (41).

Por ser predominante la relación proteína de suero: caseína más alta, la digestión de la leche materna es más fácil y también reduce el tiempo de vaciamiento gástrico (41).

La leche materna tiene niveles más altos de aminoácidos libres, tales como la cistina, esencial para el metabolismo de la cistationasa, que cataliza la transulfuración de metionina a cistina; también posee niveles altos de taurina, necesario para conjugación de sales biliares y absorción de grasa, así como neurotransmisor y neuromodulador en el desarrollo del sistema nervioso central (25).

b) Grasa

El contenido de grasa de la leche humana madura es el óptimo para el lactante, sus concentraciones aumentan desde 2 g/100 ml en el calostro, hasta 4-4.5 g/100 ml en la leche madura (16).

La grasa provee del 35 al 50% de la energía requerida por el lactante, y se caracteriza por el alto contenido de ácidos grasos insaturados que favorecen la digestión, altos niveles de colesterol que intervienen en la mielinización del cerebro, además del bajo contenido de ácidos grasos saturados (34).

La absorción de la leche tan alta en lípidos se inicia en un momento en el que la secreción de la lipasa pancreática y la conjugación de sales biliares aún no está madura, por lo que debe ayudarse con las lipasas linguales y gástricas, además de la lipasa no específica que se encuentra en la leche. Esta lipasa es una de las muchas enzimas que posee la leche materna y actúa como un modulador metabólico (18).

c) Carbohidratos

El carbohidrato principal de la leche materna es la lactosa, aunque también se encuentran presentes en pequeñas cantidades la galactosa, fructosa y otros oligosacáridos.

La lactosa provee el 40% de las necesidades de energía al metabolizarse a glucosa, además contribuye en el desarrollo del sistema nervioso central al metabolizarse a galactosa, intensifica la absorción de calcio y hierro, y también promueve la colonización del intestino al inhibir el crecimiento de patógenos, favoreciendo la digestión y el metabolismo casi total de los azúcares reductores, haciendo más corto el tiempo de tránsito intestinal (12).

2. Cualidades inmunológicas

La leche materna es una sustancia de gran complejidad biológica que protege activamente, además es inmunomoduladora. Protege contra infecciones y alergias, además estimula el desarrollo del sistema inmune del lactante. Contiene también numerosos componentes antiinflamatorios; todos los elementos anteriores dan como resultado la disminución en la morbilidad y mortalidad infantil (30).

Se ha demostrado que los infantes amamantados durante tres meses o más tienen sustancialmente menos enfermedades gastrointestinales en el primer año de vida, que los amamantados con fórmula desde el nacimiento o que fueron completamente destetados en forma temprana (36). También se reduce el riesgo de enfermedades del tracto urinario y enfermedades respiratorias.

Esta protección se observa mejor durante la vida temprana y continúa en proporción a la frecuencia y duración de la lactancia. La riqueza de las sustancias inmunológicas del calostro y de la leche madura protege contra la penetración de microorganismos patógenos, modificando el ambiente intestinal para suprimir su crecimiento, también estimulan la maduración epitelial y favorecen la producción de enzimas digestivas (46).

a) Componentes inmunológicos

i. Celulares. Estos componentes incluyen macrófagos que contienen IgA, lisozimas y lactoferrina; linfocitos, granulocitos neutrófilos y células epiteliales; siendo su concentración mayor en el calostro.

No se sabe mucho sobre la actividad de estos componentes, pero los macrófagos son los que se encuentran en mayor concentración, seguida de linfocitos y de los granulocitos; estas células previenen infecciones con fagocitosis y secreción de sustancias inmunológicas que tienen cierto grado de especificidad para los microorganismos con los que la madre se encuentra en contacto (46).

ii. Factores humorales. En estos se incluyen las inmunoglobulinas (IgA, IgG, IgM e IgE), lisozimas, lactoferrina, el factor bífido y otras sustancias inmunorreguladoras

La IgA contiene el mayor número y tipo de anticuerpos, específicamente para la polio, influenza y contra *E. coli*. Por medio de la IgA secretoria se evita el acceso de bacterias y antígenos macromoleculares al epitelio de la mucosa intestinal.

La IgG, contiene actividad contra virus, rickettsias, protozoos, salmonella, antitoxinas bacterianas y anticuerpos Rh incompletos.

La IgM, actividad contra aglutininas Rh y contra antígenos de enterobacterias.

La IgE, actividad contra reacciones alérgicas.

La lisozima es una enzima bacteriolítica que destruye enterobacterias y bacterias grampositivas.

La lactoferrina posee un efecto bacteriolítico, pues compite por el hierro con microorganismos dependientes del hierro, al igual que la IgA es resistente a la actividad proteolítica.

El factor bífido es un carbohidrato que contiene nitrógeno y que promueve la colonización de lactobacilos en presencia de lactosa, propiciando un ambiente ácido que contrarresta el crecimiento de *E. coli*, bacterias gramnegativas y hongos (49).

La leche materna también contiene fragmentos virales que no pueden ser replicados, pero estimulan respuestas de anticuerpos en los lactantes, inmunizándolos antes de la exposición al agente activo o mejorando su respuesta (44).

Se ha demostrado que los lactantes alimentados con fórmulas basadas en la leche de vaca desde el nacimiento desarrollan una flora intestinal menos estable que contiene bacterias anaeróbicas gram negativas. Al introducir otros alimentos en estos niños, la ecología de su flora bacteriana no sufre grandes cambios por lo que tienen menos riesgo de infecciones bacterianas, sin embargo el realizar esta practica provoca una serie de complicaciones que hacen insignificante este beneficio. (13,62)

I. ABLACTACIÓN

El término ablactación significa dar alimentos diferentes a leche, también se conoce como alimentación complementaria. Se define como la transición gradual de alimentación exclusivamente láctea, ya sea leche materna o fórmula, a la dieta familiar acostumbrada. El término destete también se ha empleado pero muchas veces se utiliza como sinónimo de la suspensión de la lactancia.

La introducción de una alimentación complementaria oportuna y adecuada es esencial para asegurar en el niño sus necesidades y requerimientos nutricionales y optimizar su desarrollo físico y psicoemocional.

1. Objetivos de la ablactación

Los objetivos a tener en cuenta al introducir otros alimentos diferentes a la lactancia materna son: (5)

- a) Proveer energía y nutrientes específicos que ya son insuficientes en la alimentación al pecho.
- b) Educar al niño en relación con la alimentación y crear hábitos de alimentación adecuados.
- c) Integrar de manera progresiva al infante a la dieta familiar.
- d) Estimular el desarrollo psicoemocional del niño.

2. Ventajas de la ablactación

Cuando la alimentación complementaria es introducida a la edad y en la forma adecuada representa varias ventajas, tales como: (5)

- a) Aumento de la ingesta calórica y de nutrientes.
- b) Desarrollo del sentido del gusto.
- c) Adquisición de hábitos de alimentación que permitirán el consumo y aceptación de una dieta variada.
- d) Desarrollo de patrones de sueño.
- e) Desarrollo de estructuras bucales.

3. Bases fisiológicas de la ablactación

El momento en el que la ablactación se inicia debe elegirse tomando en cuenta que el desarrollo psicosocial, neurológico, funciones gastrointestinales y metabólicas del lactante, deben estar maduros como para tolerar en forma adecuada los nuevos alimentos que se introducen a la dieta (8).

- a) Desarrollo neuromuscular

Al momento del nacimiento ya están maduros los reflejos de

succión y deglución y el lactante los ejerce en forma coordinada, mientras que el reflejo requerido para la deglución de alimentos semisólidos ofrecidos en cuchara, alcanzan su madurez hasta el cuarto al sexto mes de edad.

El reflejo de profusión o extrusión, que es por el que el niño expulsa hacia fuera con la lengua los objetos y alimentos que se aproximan a sus labios, están presente durante las primeras 12 semanas de vida, desapareciendo alrededor del cuarto mes, permitiendo en ese momento que los alimentos puedan ser transportados a la región posterior de la boca para su ingestión. Más adelante, entre los siete y nueve meses de edad, comienzan los movimientos rítmicos de masticación al mismo tiempo que brotan los primeros dientes (28).

El control neuromuscular de la cabeza empieza a ser adecuado a partir del tercer mes de edad y el control del cuello y tronco después del cuarto mes, esto permite que el niño se mantenga erguido y facilita la administración de alimentos semisólidos. Después del sexto mes de vida puede sentarse sin ayuda, abre la boca al desea un alimento y manifiesta aceptación o rechazo a los alimentos ofrecidos.

Por lo tanto, durante los primero cuatro a seis meses de vida, el infante está en una etapa de desarrollo funcional que permite la aceptación de una dieta esencialmente líquida (33).

b) Función digestiva

La inmadurez del tracto gastrointestinal para iniciar la ablactación se relaciona con la inmadurez de algunos sistemas enzimáticos en los primeros meses de vida; los estudios sugieren que la edad adecuada para iniciarla es hacia el cuarto mes de edad.

i. Digestión de carbohidratos.

- Las glucosidasas (sacarasa-isomaltasa y maltasa). Se encuentran presentes desde la semana 12 de gestación y su actividad se incrementa progresivamente, en la semana 32 alcanza niveles de adulto.

- Galactosidasa (lactasa). Se desarrolla durante las fases tardías de la vida fetal, pues alcanza entre las semanas 26 y 34 el 30% de los niveles detectados en recién nacidos a términos y alcanza su máxima actividad a la semana 40. A pesar de esto, cantidades considerables de lactosa se fermentan en el colon, ocasionando intolerancia funcional a la lactosa, la que persiste hasta el segundo mes de vida en el que comienza a disminuir. (38,40).

- Amilasas. Están presentes únicamente en un 10% al momento del nacimiento, hecho importante pues estas son las enzimas responsables de la digestión de almidón presentes en cereales y féculas.

La amilasa salival está presente en el recién nacido pero su actividad es baja, aumenta rápidamente a la tercera parte de los niveles del adulto a los tres meses de edad (7).

La amilasa pancreática encargada del desdoblamiento de almidones no se secreta durante los primeros tres meses de vida, está presente en niveles muy bajos o totalmente ausente hasta los seis meses de edad (39).

ii. Digestión de proteína. La actividad de las proteasas intestinales del recién nacido han alcanzado la misma concentración que en los adultos, sin embargo debe evitarse la ingesta muy alta de proteína, pues una carga excesiva de soluto renal puede producir acidosis metabólica (24).

Otro problema que se relaciona con el uso de proteínas en el niño es la permeabilidad de la mucosa intestinal hacia moléculas grandes, es decir que

absorbe las moléculas no hidrolizadas de proteína, que potencialmente son antigénicas y sensibilizan al niño con riesgo de manifestar reacciones alérgicas (36).

iii. Digestión de grasas. En el recién nacido la función pancreática y hepática aún no están plenamente desarrolladas y las concentraciones de la lipasa pancreática y de las sales biliares son muy bajas, lo cual produce trastornos en la solubilización de los productos de la lipólisis (56, 69).

Sin embargo, se ha observado que los infantes absorben adecuadamente las grasas, especialmente la de la lactancia materna. Se ha determinado que la digestión y absorción de grasas se incrementa por la acción de lipasas linguales que realizan un mecanismo de lipólisis preduodenal que es completado por la acción de una lipasa contenida en la leche materna, que por su actividad de esterases facilita la utilización de la vitamina A (26).

Por los mecanismos de compensación para la absorción de las grasas descritos anteriormente, el lactante a término puede absorber hasta el 90% de los lípidos de la leche materna. Estos mecanismos de compensación son menos eficientes cuando se introduce grasa de leche vacuna u otras grasas en la dieta infantil, pues los niveles de absorción de lípidos del adulto suelen alcanzarse antes de los seis meses (18).

iv. Absorción de hierro. La absorción de hierro es mayor en los infantes que en los niños mayores, además la biodisponibilidad de hierro en la leche materna es mayor que en la vacuna. No se conoce el mecanismo responsable por el que la alta biodisponibilidad de hierro en la leche materna disminuye drásticamente cuando se ofrecen alimentos sólidos complementarios de origen vegetal al infante criado al pecho (55).

c) Función renal

Las funciones reguladoras y excretoras de los riñones son mínimas, pues la tarea de mantenimiento de la homeostasis fetal se realiza a través de la placenta. Los riñones en el recién nacido desempeñan todas sus funciones pero a capacidad limitada, su capacidad funciona aumenta rápidamente durante los primeros meses de vida.

Los riñones se caracterizan por una tasa de filtración glomerular y baja capacidad de concentración, aunque funcionan muy bien como mecanismo de conservación de agua, siempre y cuando no se reduzca marcadamente la ingesta de agua o aumente notablemente la ingesta de solutos; tal como sucede cuando se ingiere leche de vaca sin diluir, esto puede producir hiperosmolaridad con hiponatremia.

Aproximadamente a los cuatro meses, la carga de soluto que resulta del metabolismo de los alimentos recién introducidos es aceptable, pues las modificaciones progresivas en la dieta con incremento en la urea y otros solutos al ser excretados, estimular a los riñones a alcanzar niveles funcionales mayores. El sistema renal inmaduro se sobrecarga fácilmente por enfermedad, deshidratación, cambios drásticos y súbitos en la alimentación, tales como el alto contenido de sodio o cargas de soluto.

4. Criterios para el inicio de la ablactación

El comité de Nutrición de la Academia Americana de Pediatría y la Organización Mundial de la Salud, han recomendado que la alimentación complementaria debe iniciarse entre el cuarto a sexto mes de vida, basándose en el desarrollo de órganos y sistemas del lactante que permita una tolerancia adecuada (2,40).

Alrededor del sexto mes de vida, la mayoría de los infantes criados al pecho requieren la alimentación complementaria y están desarrollados en lo funcional para aceptarla. Tradicionalmente el período de 4 a 6 meses, es apropiado para la adaptación de texturas y modalidades de la alimentación (21).

Al momento de iniciarla, además de considerar la edad debe tomarse en cuenta también los alimentos consumidos y de fácil disponibilidad en el hogar, o si las condiciones ambientales permiten alimentar al niño con seguridad.

Así mismo es importante observar sus capacidades neuromusculares. Cuando sostiene la cabeza erguida, se lleva las manos a la boca y acepta alimentos semisólidos sin dificultad, el lactante está listo para empezar a recibir alimentos complementarios; también debe considerarse la velocidad de crecimiento.

a) Riesgos que conlleva la ablactación temprana

Actualmente se reconoce que el infante no está preparado para recibir alimentos semisólidos antes de los cuatro meses de edad. Además, estos alimentos no son necesarios pues la lactancia materna provee en forma suficiente los nutrientes requeridos para el crecimiento y desarrollo del infante.

Si bien es cierto que la capacidad funcional está presente y bien pudiera adaptarse a la introducción temprana de otros alimentos diferentes a la lactancia materna, no se justifica de ninguna manera su exposición temprana a la práctica de ablactación. Por el contrario, se han reconocido varias desventajas y riesgos de la ablactación que se inicia demasiado temprano.

i. A corto plazo. La introducción de alimentos a

excepción de la lactancia en la dieta del niño reduce la frecuencia e intensidad de la succión, resultando disminución en la producción de la leche materna. De esta forma, los alimentos no serán un complemento, sino un reemplazo parcial.

La introducción de cereales, particularmente vegetales, puede interferir con la absorción del hierro de la leche materna; pudiendo resultar deficiencia de hierro y consecuentemente anemia (68).

En países en vías de desarrollo, debido al ambiente insalubre y a las malas prácticas de higiene, el riesgo inmediato de la ablactación temprana lo constituyen las enfermedades diarreicas, existe asociación entre la introducción temprana de alimentos contaminados y las infecciones intestinales (22).

ii. A largo plazo.

- Efecto acumulativo de cambios que resulta en pruebas clínicas de morbilidad años más tarde.
- Creación de hábitos alimentarios que conducen a prácticas de alimentación indeseables.
- Obesidad. Estudios han demostrado que los niños amamantados y los alimentados artificialmente presentan un modelo similar de crecimiento durante los primeros tres meses, para después tener un aumento de peso mayor los alimentados artificialmente.

La sobrealimentación es un riesgo asociado a la alimentación con biberón y a la alimentación complementaria introducida demasiado temprano, pues al aumentarse el número de adipocitos se predispone a padecer obesidad en el futuro. (33)

La evidencia experimental en ratas demuestra que la ablactación precoz seguida de una dieta con contenido de lípidos menor al de la lactancia materna

aumenta la velocidad de síntesis de ácidos grasos y reduce su oxidación, aumenta el tejido adiposo, reducción de gluconeogénesis y de glucagón, y aumento de insulina (22).

- Hipertensión. La leche materna es baja en sodio (aporta 1 mmol de sodio/kg/día), sin embargo la ingesta de este mineral puede aumentar drásticamente cuando se introducen alimentos complementarios, puede aumentar hasta diez veces, particularmente cuando son preparados según el gusto de la madre, cuya ingesta de sal es elevada.

Debe tomarse en cuenta también que durante los primeros seis meses de vida, la función renal aún no está madura y no tiene la capacidad para excretar sobrecargas, en este caso de sodio (4).

La Academia Americana de Pediatría ha señalado que la ingesta excesiva de sodio en los niños pequeños es un riesgo de hipertensión esencial en adultos, aunque este mecanismo aún no ha sido dilucidado claramente (11).

Se ha demostrado experimentalmente en ratas, la relación entre la alta ingesta de sodio y la hipertensión.

- Arteriosclerosis. Se ha demostrado que los infantes en los centiles superiores de niveles de lípidos en sangre tienden a mantenerlos en años posteriores. Por lo tanto, es necesario evitar, al iniciar la ablactación, aquellos excesos alimentarios que se consideran nocivos para la salud en el futuro, como en este caso lo son: dietas altas en energía y ricas en grasas saturadas, así como la ingesta alta de proteína. (20)

- Alergias alimentarias. Existe evidencia que la lactancia prolongada así como la introducción oportuna de alimentos complementarios seleccionados cuidadosamente contribuyen a la prevención de alergias alimentarias.

Fue demostrado recientemente por investigadores de Nueva Zelanda que siguieron por una década a 1,265 niños, encontrando una "clara y consistente" conexión entre alimentación con sólidos muy temprana y el desarrollo posterior de eczema, para los niños alimentados con uno a tres alimentos sólidos antes de los 4 meses el riesgo subió a 70 %, con cuatro o más tipos de alimentos, el riesgo casi se triplicó y todavía más (58).

5. Necesidades nutricionales

a) Energía

La energía requerida por el lactante es necesaria para el mantenimiento de las funciones y actividad corporales, así como para la deposición de tejidos. Las necesidades energéticas durante el primer mes de vida, equivalen, por kilo de peso, a alrededor de tres veces los de un adulto.

El crecimiento adecuado es el indicador más importante que señala como satisfactorio el aporte de energía recibido.

Se han revisado diversos estudios sobre el crecimiento e ingesta en lactantes y se ha observado que los amamantados al pecho tienen la ingesta de energía más baja de todos pero suficiente para mantener una velocidad de crecimiento adecuada, pues la leche materna es una mezcla completa y balanceada de todos los nutrientes que requiere hasta alrededor del sexto mes, pues es en esta edad cuando las necesidades energéticas aumentan y el crecimiento empieza a retardarse, aunque este proceso puede iniciarse antes (1,67).

El inicio de la ablactación debe considerarse cuando es evidente que el aporte de energía o de algunos nutrientes se vuelve limitante en el crecimiento del niño si se continúa con lactancia exclusiva, este proceso se evidencia al

hacerse insuficiente la leche al dar volúmenes excesivos de leche para a llenar las necesidades nutricionales del lactante.(61)

Desde este punto de vista, podría hacerse necesario agregar alimentos suplementarios a partir de los cuatro a seis meses de edad, aunque según la revisión realizada por Kramer y Kakuma (36), en ninguno de los estudios evaluados se muestra déficit en la ganancia de peso y longitud de niños amamantados exclusivamente hasta los seis meses.

b) Proteína

En los lactantes sus requerimientos de energía quedan satisfecho si la energía se suministra en cantidades adecuadas. En países en vías de desarrollo puede haber problema cuando no se recibe el volumen adecuada de leche materna o cuando el contenido de proteína de alimentos sólido que se introducen a la dieta es bajo, especialmente cuando los requerimientos aumentan, tal es el caso de niños bajos de peso o después de una enfermedad.(61).

El contenido de proteína contenido en la lactancia materna es suficiente para cubrir los requerimientos en lactantes sanos hasta los doce meses, siempre que la producción de leche se mantenga (alrededor de 1,500 ml) y el lactante la consuma. Según Whitehead (66), la cantidad de leche secretada se estabiliza en 800 ml/día, por lo que se hace insuficiente para cubrir las necesidades nutricionales del lactante alrededor del cuarto al sexto mes de vida, por lo que se hace necesario iniciar la ablactación. Si los alimentos empleados no contienen proteína de alta calidad se aconseja continuar con la lactancia materna para asegurar el aporte adecuado de proteína.

c) Hierro

Es necesario suministrar hierro exógeno a partir del cuarto mes de edad pues la cantidad requerida para mantener constante el nivel de hemoglobina aumenta, al igual que el volumen circulante.

Es importante incluir alimentos que contengan hierro o que estén fortificados en la dieta del lactante.

6. Esquema de alimentación recomendado

EDAD	ALIMENTOS	PREPARACIÓN
0 - 4 MESES	Lactancia materna	Exclusivamente
4 MESES	Lactancia materna Banano Manzana Pera Güicoy Güisquil	Rallados (con cuchara). Puré de frutas o verduras cocidas al vapor. No agregar sal ni azúcar.
5 MESES	Lactancia materna. Los alimentos anteriores Papa y camote Cereales fortificados (arroz, avena y maíz) Papaya y durazno	Lavarlos bien y cocinarlos en poca agua. Puré suave o sopa espesa: licuar con el agua en la que se cocinaron.
6 MESES	Lactancia materna Los alimentos anteriores Frijoles , lentejas, habas y soya.	Cocinar bien y licuar.
7 - 9 MESES	Pollo, pavo y ternera Jamón de pavo Tortillas, pan y galletas	Rebanado y desmenuzado Muy suave
9 - 12 MESES	Yogur Queso Crema y mantequilla	Utilizar como parte de la preparación de otros platillos.
1 AÑO	Clara de huevo Frutas cítricas (naranja, mandarina, toronja, limón y guayaba) Trigo Carne: cerdo, pescado y mariscos.	Dieta familiar Evitar preparaciones muy condimentadas o con mucha grasa.

FUENTE: VEGA, L. La ablactación que conduce al destete. In: VEGA, L. ed. Nutrición y alimentación en el primer año de vida. Ed. Madrid: Harcourt Brace 1997:113-119.

7. Esquema de alimentación adaptado a la población Guatemalteca.

EDAD	ALIMENTO	PREPARACION
0 - 6 MESES	Lactancia materna	
6 MESES	Leche materna mas atoles de incaparina y masa, pan, arroz, papa, plátano, banano, mango, naranjas, güisquil, ayotes, tomate, zanahoria, yema de huevo y queso.	Espesos y molidos
9 MESES	Lo anterior más mezclas de frijol con tortilla, arroz, papa, fideos, macuy, bleto, huevos, hígado de pollo, carne de pollo o res.	Molida o picaditos.
12 MESES EN ADELANTE	Lo anterior más todo lo que come la familia adelante agregándole una cucharadita de aceite a la comida del niño.	

FUENTE: Lool Cuc M. Guías alimentarias para niños en el primer año de vida. Tesis (Licenciatura en Nutrición) Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia. Guatemala. Publicación Benson, vol. 1.4.

V. MATERIALES Y MÉTODOS

A. TIPO DE ESTUDIO

El estudio es de tipo descriptivo, prospectivo enfocado en los estudios CACP (Conocimientos, Actitudes, Creencias y Practicas) y se realizo en la unidad de Alojamiento conjunto la cual es manejada por el Departamento de Maternidad y de Pediatría del Hospital Nacional de Antigua Guatemala, Pedro de Bethancourt en el mes de junio del año 2003.

B. SUJETOS DE ESTUDIO Y POBLACIÓN

Madres posparto internas en el Departamento de Maternidad del Hospital Nacional de Antigua Guatemala, Pedro de Bethancourt en el mes de junio del año 2003.

C. CRITERIOS DE INCLUSION:

Se incluyeron dentro del estudio a todos los pacientes que cumplieron los siguientes criterios de inclusión:

1. Pacientes posparto.
2. Internas en la unidad de Alojamiento Conjunto del departamento de Maternidad y Pediatría del Hospital Nacional de Antigua Guatemala, en el mes de junio del 2003.

D. CRITERIOS DE EXCLUSION:

1. Pacientes Primíparas.

E. CÁLCULO DE LA MUESTRA

Se determinó por medio de la formula estadística empleada en la Universidad Nacional Autónoma de México (Elementos de muestreo Mendelhall, OT.), elaborada para la obtención de muestras poblacionales en estudios descriptivos.

$$n = N/N d^2 + 1$$

En donde:

n: Tamaño de la muestra, 68 (mujeres multíparas internas en la unidad de Alojamiento conjunto del Hospital nacional de Antigua Guatemala.)

N: Población total, 200 (promedio de multíparas atendidas mensualmente en el Hospital Nacional de Antigua Guatemala de Enero a Mayo, 2003)

d: Porcentaje de precisión, 90%

F. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR
EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento.	Respuesta del paciente a través del instrumento de recolección de datos o consulta del expediente médico.	Razón	< 15 años 15 - 19 años 20 - 24 años 25 - 29 años 30 - 34 años 35 - 39 años > 40 años
ETNIA	Grupo de individuos cuya característica s biológicas son constantes y se perpetúan por herencia.	Pregunta directa.	Nominal	Ladino Indígena Otros
ESCOLARIDAD	Duración de los estudios en un centro docente.	Respuesta del paciente.	Ordinal	Primaria (1° a 6° grado) Secundaria (1° a 3°) Diversificado (4° a 6°) Universitario (Técnico o

VARIABLE	DEFINICION	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR
CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS	Noción, idea. Saber. Acción.	Respuesta del paciente a través del instrumento de recolección de datos.	Nominal	Licenciatura) Ninguno Adecuado Inadecuado
ALIMENTOS	Cualquier sustancia que sirva para nutrir.	Respuesta del paciente a través del instrumento de recolección de datos.	Nominal	Frutas Cereales Vegetales Carnes
ABLACTACION.	Acción y efecto de introducir o iniciar otro alimento que no sea la lactancia materna.	Respuesta del paciente a través del instrumento de recolección de datos.	Razón	1 - 2 Meses 3 - 4 Meses 5 - 6 Meses > 7 Meses
ACTITUD	Reacción afectiva positiva o negativa hacia un objeto, proposición u otra.	Respuesta del paciente a través del instrumento de recolección de datos.	Nominal.	Adecuado Inadecuado
CREENCIAS	Cualquier expresión o proposición simple, consciente o inconsciente, inferida de lo que una	Respuesta del paciente a través del instrumento de recolección de datos.	Nominal.	Adecuado Inadecuado

VARIABLE	DEFINICION	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR
FUENTE DE CONOCIMIENTOS	persona dice o hace. Origen, causa.	Respuesta del paciente a través del instrumento de recolección de datos.	Nominal	Servicios de salud Escuela Iglesia Familia Otros

G. PLAN PARA LA RECOLECCION DE DATOS

1. Diseño y validación de la guía de entrevista para la recolección

Se elaboro una guía para realizar la entrevista a las pacientes internas en la unidad de Alojamiento Conjunto del Departamento de Maternidad y Pediatría, contemplando los aspectos de mayor relevancia para el estudio. (Ver Anexo No.1)

a. Validación de la guía de entrevista

La guía a utilizada para la recolección de la información fue validada con un grupo de pacientes de características similares a las que participaron en el estudio. Con la validación se logró modificar el instrumento de evaluación logrando así una comprensión adecuada y se obtuvo información consistente. Después de validar la guía, se realizaron las correcciones necesarias para facilitar su comprensión.

2. Para la autorización de la realización de entrevistas

Se dirigió una carta al Jefe del Departamento de Maternidad y Pediatría, solicitando autorización para realizar las entrevistas a las pacientes posparto internas en su Departamento.

3. Para la recolección de la información

Por las mañanas se visitó el Departamento de Maternidad para realizar las entrevistas en forma individual y dialogada, se reviso las papeletas para completar la información requerida en la guía de entrevista si la situación lo ameritaba. (Edad).

4. Para la tabulación y análisis de los datos

La información recolectada se analizo en forma cuantitativa por medio de porcentajes.

Se realizo un análisis de correlación para establecer si existe alguna relación entre los factores personales, tales como: edad, raza, religión y grado de educación de la madre con el tiempo en el que se inicia la ablactación, basado en los datos obtenidos.

6. RECURSOS

1. Materiales físicos

- a. Instrumentos para la recolección de datos
- b. Equipo y material de oficina

2. Económicos

Equipo de oficina	Q. 500.00
Transporte	Q. 500.00
Reproducción de material	Q. 100.00
Consulta bibliográfica	Q. 250.00
Impresión de tesis	<u>Q. 600.00</u>
	Q.1,950.00

VI. PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO No 1
DISTRIBUCION ETÁREA DE 68 PACIENTES ENTREVISTADAS EN LA SALA DE
ALOJAMIENTO CONJUNTO DEL HOSPITAL NACIONAL DE ANTIGUA
GUATEMALA, PEDRO DE BETHANCOURT, JUNIO DEL 2003.

<i>RANGO DE EDAD</i>	<i>No. PACIENTES</i>	<i>PORCENTAJE</i>
<i>Menor de 15 años</i>	0	0 %
<i>15 - 19 años</i>	7	10 %
<i>20 - 25 años</i>	20	30 %
<i>26 - 29 años</i>	16	23 %
<i>30 - 35 años</i>	14	20 %
<i>36 - 39 años</i>	7	10 %
<i>Mayores o igual 40 años</i>	4	7 %
<i>Total</i>	68	100 %

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No 2
DISTRIBUCION POR RELIGION DE 68 PACIENTES ENTREVISTADAS EN LA SALA DE
ALOJAMIENTO CONJUNTO DEL HOSPITAL NACIONAL DE ANTIGUA GUATEMALA
PEDRO DE BETHANCOURT, JUNIO DEL 2003

<i>RELIGION</i>	<i>No. PACIENTE</i>	<i>PORCENTAJE</i>
<i>CATOLICA</i>	39	57 %
<i>PROTESTANTE</i>	28	43 %
<i>NINGUNA</i>	0	0 %
<i>TOTAL</i>	68	100 %

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No 3
DISTRIBUCION PORCENTUAL POR GRADO DE ESCOLARIDAD DE 68 PACIENTES
ENTREVISTADAS EN LA SALA DE ALOJAMIENTO CONJUNTO DEL HOSPITAL
NACIONAL DE ANTIGUA GUATEMALA PEDRO DE BETHANCOURT, JUNIO DEL 2003

<i>ESCOLARIDAD</i>	<i>1ro</i>	<i>2do</i>	<i>3ro</i>	<i>4to</i>	<i>5to</i>	<i>6to</i>	<i>PORCENTAJE</i>	<i>No. PACIENTES</i>
<i>PRIMARIA</i>	7%	20%	13%	4%	0%	10%	54%	37
<i>SECUNDARIA</i>		3%	3%				6%	4
<i>DIVERSIFICADO</i>				3%		7%	10%	7
<i>UNIVERSITARIO</i>							0%	0
<i>NINGUNO</i>	30%						30%	20
<i>TOTAL</i>	37%	23%	16%	7%	0%	17%	100%	68

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No 4
DISTRIBUCION POR PARIDAD DE 68 PACIENTES ENTREVISTADAS EN LA SALA DE
ALOJAMIENTO CONJUNTO DEL HOSPITAL NACIONAL DE ANTIGUA GUATEMALA
PEDRO DE BETHANCOURT, JUNIO DEL 2003

<i>PARIDAD</i>	<i>No PACIENTES</i>	<i>PORCENTAJE</i>
<i>MULTIPARA (DE 2 A 4 HIJOS)</i>	48	70%
<i>GRANMULTIPARA (MAS DE 5 HIJOS)</i>	20	30%
<i>TOTAL</i>	68	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No 5
CONOCIMIENTOS Y CREENCIAS DE 68 PACIENTES ENTREVISTADAS EN LA SALA
DE ALOJAMIENTO CONJUNTO DEL HOSPITAL NACIONAL DE ANTIGUA GUATEMALA
PEDRO DE BETHANCOURT, JUNIO DEL 2003.

(¿A qué edad cree usted correcto empezar a darle de comer a los niños?)

<i>RANGO DE EDAD</i>	<i>No PACIENTES</i>	<i>PORCENTAJE</i>
<i>Menor de 4 meses</i>	7	10%
<i>De 4 - 6 meses</i>	34	50%
<i>Mayor de 6 meses</i>	27	40%
<i>TOTAL</i>	68	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No 6
CONOCIMIENTOS Y CREENCIAS DE 68 PACIENTES ENTREVISTADAS EN LA SALA
DE ALOJAMIENTO CONJUNTO DEL HOSPITAL NACIONAL DE ANTIGUA GUATEMALA
PEDRO DE BETHANCOURT, JUNIO DEL 2003

(¿Por qué cree usted que esa edad es la mas adecuada para iniciar la alimentación?)

<i>RANGO DE EDAD</i>	<i>RAZON POR LA QUE ALIMENTAN AL NIÑO A ESA EDAD</i>	<i>No. PACIENTES</i>	<i>PORCENTAJE</i>
<i>Menor de 4 meses</i>	<i>Ellos piden</i>	7	10%
<i>De 4 a - 6 meses</i>	<i>Platicas en servicios de salud.</i>	5	7%
	<i>Ellos piden</i>	29	43%
<i>Mayores de 6 meses</i>	<i>Ellos piden</i>	22	33%
	<i>Creencias obtenidas</i>	5	7%
<i>TOTAL</i>		68	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos

CUADRO No 7
CONOCIMIENTOS Y CREENCIAS DE 68 PACIENTES ENTREVISTADAS EN LA SALA
DE ALOJAMIENTO CONJUNTO DEL HOSPITAL NACIONAL DE ANTIGUA GUATEMALA
PEDRO DE BETHANCOURT, JUNIO DEL 2003.

(¿Cuáles cree usted que son los alimentos mas adecuados para
iniciar la alimentación con sus hijos?)

<i>ALIMENTOS</i>	<i>No PACIENTES</i>	<i>PORCENTAJE</i>
<i>FRUTAS</i>	16	23%
<i>VERDURAS</i>	20	30%
<i>CEREALES</i>	16	24%
<i>ATOLES</i>	10	15%
<i>DE TODO</i>	1	1%
	<i>OTROS</i>	
<i>HUEVO</i>	1	1%
<i>CAFÉ</i>	4	6%
<i>TOTAL</i>	68	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No 8
CONOCIMIENTOS Y CREENCIAS DE 68 PACIENTES ENTREVISTADAS EN LA SALA
DE ALOJAMIENTO CONJUNTO DEL HOSP. NACIONAL DE ANTIGUA GUATEMALA
PEDRO DE BETHANCOURT, JUNIO DEL 2003.

(¿En qué orden debe de introducir los alimentos anteriormente mencionados?)

<i>ALIMENTOS</i>	<i>No PERSONAS</i>	<i>PORCENTAJE</i>
<i>FRUTAS</i>	13	20%
<i>VERDURAS</i>	24	35%
<i>CEREALES</i>	12	18%
<i>ATOLES</i>	10	15%
<i>DE TODO</i>	2	2%
	<i>OTROS</i>	
<i>HUEVO</i>	2	2%
<i>CAFÉ</i>	5	8%
<i>TOTAL</i>	68	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No 9

CONOCIMIENTOS Y CREENCIAS DE 68 PACIENTES ENTREVISTADAS EN LA SALA DE ALOJAMIENTO CONJUNTO DEL HOSPITAL NACIONAL DE ANTIGUA GUATEMALA PEDRO DE BETHANCOURT, JUNIO DEL 2003

(¿Cuáles cree usted que son los alimentos menos adecuados para iniciar la alimentación?)

<i>ALIMENTO</i>	<i>No PACIENTES</i>	<i>PORCENTAJE</i>
<i>Frijol</i>	20	30%
<i>Todo lo que no acepten</i>	15	23%
<i>Ninguna</i>	14	20%
<i>Carne</i>	5	7%
<i>Pan</i>	5	7%
<i>Sólidos</i>	3	4%
<i>Arroz</i>	2	3%
<i>Sopas</i>	2	3%
<i>Comida grasosa.</i>	2	3%
TOTAL	68	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No 10

CONOCIMIENTOS Y CREENCIAS DE 68 PACIENTES ENTREVISTADAS EN LA SALA DE ALOJAMIENTO CONJUNTO DEL HOSPITAL NACIONAL DE ANTIGUA GUATEMALA PEDRO DE BETHANCOURT, JUNIO DEL 2003

(¿Cuál cree que es la mejor forma de preparar los alimentos al iniciar la alimentación?)

<i>FORMA DE PREPARACION</i>	<i>No PACIENTES</i>	<i>PORCENTAJE</i>
<i>PURE o PAPILLA</i>	56	83%
<i>TROZOS</i>	5	7%
<i>LIQUIDOS</i>	7	10%
TOTAL	68	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No 11

CONOCIMIENTOS Y CREENCIAS DE 68 PACIENTES ENTREVISTADAS EN LA SALA DE ALOJAMIENTO CONJUNTO DEL HOSPITAL NACIONAL DE ANTIGUA GUATEMALA PEDRO DE BETHANCOURT, JUNIO DEL 2003

(¿Que cree usted que sucedería si se inicia antes de los 4 a 6 meses de edad la introducción de alimentos que no sean la lactancia materna?)

<i>RESPUESTA</i>	<i>No PACIENTES</i>	<i>PORCENTAJE</i>
<i>No sabe</i>	7	10%
<i>Se enferma</i>	25	37%
<i>No pasa nada ya que ellos piden</i>	36	53%
TOTAL	68	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No 12
CONOCIMIENTOS Y CREENCIAS DE 68 PACIENTES ENTREVISTADAS EN LA SALA
DE ALOJAMIENTO CONJUNTO DEL HOSPITAL NACIONAL DE ANTIGUA GUATEMALA
PEDRO DE BETHANCOURT, JUNIO DEL 2003

(¿Que cree usted que sucedería si el niño continua recibiendo
solo lactancia materna después de los 6 meses?)

<i>RESPUESTA</i>	<i>No PACIENTES</i>	<i>PORCENTAJE</i>
<i>No se llena</i>	25	37%
<i>No pasa nada</i>	16	23%
<i>No sabe</i>	5	7%
<i>Se adelgaza</i>	22	33%
<i>TOTAL</i>	68	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No 13
ACTITUDES DE 68 PACIENTES ENTREVISTADAS EN LA SALA DE ALOJAMIENTO
CONJUNTO DEL HOSPITAL NACIONAL DE ANTIGUA GUATEMALA PEDRO DE
BETHANCOURT, JUNIO DEL 2003.

(Si usted conociera a una madre que ha introducido alimentos a su hijo antes de los 4
meses, ¿Cual seria su opinión?)

<i>RESPUESTA</i>	<i>No PACIENTES</i>	<i>PORCENTAJE</i>
<i>A. Estaría de acuerdo con ella</i>	34	50%
<i>B. Le explicaría que lo que hace no es lo adecuado</i>	34	50%
<i>C. Le seria indiferente</i>	0	0%
<i>TOTAL</i>	68	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No 14
ACTITUDES DE 68 PACIENTES ENTREVISTADAS EN LA SALA DE ALOJAMIENTO
CONJUNTO DEL HOSPITAL NACIONAL DE ANTIGUA GUATEMALA PEDRO DE
BETHANCOURT, JUNIO DEL 2003.

(¿Que actitud adoptaría si usted consulta a esta institución porque su niño tiene algún problema y alguien del personal de salud le indicara que el se encuentra en mal porque no ha practicado correctamente la introducción de otros alimentos que no sean la lactancia materna?)

RESPUESTA	No PACIENTES	PORCENTAJE
<i>A. Se enoja</i>	0	0%
<i>B. Aceptaría que esta equivocada y cambiaría su forma de pensar aunque no le den una explicación.</i>	0	0%
<i>C. Discutiría con la persona las razones por las que realiza determinadas practicas y seguiría realizándolas</i>	34	50%
<i>D. Aceptaría que esta equivocada si le explicaran por que se debe realizar de determinada forma y los problemas que pude causar si no se realiza correctamente dicho procedimiento.</i>	34	50%
TOTAL	68	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos, junio 2003

CUADRO No 15
PRACTICAS DE 68 PACIENTES ENTREVISTADAS EN LA SALA DE ALOJAMIENTO
CONJUNTO DEL HOSPITAL NACIONAL DE ANTIGUA GUATEMALA PEDRO DE
BETHANCOURT, JUNIO DEL 2003.

(¿A que edad empezó a darle de comer a su hijo los alimentos que prepara para los adultos?)

EDAD	No PACIENTES	PORCENTAJE
<i>3 meses</i>	2	3%
<i>4 meses</i>	2	3%
<i>8 meses</i>	7	10%
<i>9 meses</i>	4	6%
<i>10 meses</i>	2	3%
<i>11 meses</i>	2	3%
<i>12 meses</i>	38	56%
<i>18 meses</i>	11	16%
TOTAL	68	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No 16

PRACTICAS DE 68 PACIENTES ENTREVISTADAS EN LA SALA DE ALOJAMIENTO
CONJUNTO DEL HOSPITAL NACIONAL DE ANTIGUA GUATEMALA PEDRO DE
BETHANCOURT, JUNIO DEL 2003.

(¿Alguna vez ha solicitado consejo acerca de la introducción de otros
alimentos que no sean la lactancia materna?)

<i>RESPUESTA</i>	<i>No PACIENTES</i>	<i>PORCENTAJE</i>
<i>Si</i>	22	33%
<i>No</i>	46	67%
<i>TOTAL</i>	68	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No 17

PRACTICAS DE 68 PACIENTES ENTREVISTADAS EN LA SALA DE ALOJAMIENTO
CONJUNTO DEL HOSPITAL NACIONAL DE ANTIGUA GUATEMALA PEDRO DE
BETHANCOURT, JUNIO DEL 2003.

(¿Ha transmitido lo que usted conoce acerca de la introducción de los alimentos a
otras madres que estén por iniciarla?)

<i>RESPUESTA</i>	<i>No PACIENTES</i>	<i>PORCENTAJE</i>
<i>Si</i>	16	23%
<i>No</i>	52	77%
<i>TOTAL</i>	68	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No 18

DETERMINACION DE LA FUENTE DE CONOCIMINETODE 68 PACIENTES
ENTREVISTADAS EN LA SALA DE ALOJAMIENTO CONJUNTO DEL HOSPITAL
NACIONAL DE ANTIGUA GUATEMALA PEDRO DE BETHANCOURT, JUNIO DEL 2003.

(¿En donde obtuvo la información de la introducción de alimentos además de la
lactancia materna en los niños?)

<i>FUENTE</i>	<i>No PACIENTES</i>	<i>PORCENTAJE</i>
<i>Servicios de salud</i>	18	26%
<i>Escuela</i>	4	6%
<i>Iglesia</i>	0	0%
<i>Familiares</i>	18	26%
<i>Otros (Ninguna)</i>	28	42%
<i>TOTAL</i>	68	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No 19

DETERMINACION DE LA FUENTE DE CONOCIMIENTO DE 68 PACIENTES ENTREVISTADAS EN LA SALA DE ALOJAMIENTO CONJUNTO DEL HOSPITAL NACIONAL DE ANTIGUA GUATEMALA PEDRO DE BETHANCOURT, JUNIO DEL 2003.
(¿A quien le pregunto?)

<i>PERSONA</i>	<i>No PACIENTES</i>	<i>PORCENTAJE</i>
<i>Enfermera</i>	9	13%
<i>Medico</i>	9	13%
<i>Maestra</i>	4	6%
<i>Suegra</i>	11	16%
<i>Madre</i>	7	10%
<i>Ninguno</i>	28	42%
TOTAL	68	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No 20

DETERMINACION DE LA FUENTE DE CONOCIMIENTO DE 68 PACIENTES DE LA SALA DE ALOJAMIENTO CONJUNTO DEL HOSPITAL NACIONAL DE ANTIGUA GUATEMALA PEDRO DE BETHANCOURT, JUNIO DEL 2003.
(¿A que edad le recomendó iniciar la alimentación complementaria?)

<i>EDAD RECOMENDADA</i>	<i>No PACIENTES</i>	<i>PORCENTAJE</i>
<i>Menores de 4 meses</i>	0	0%
<i>Entre 4 a 6 meses</i>	26	39%
<i>*Mayores de 6 meses</i>	8	11%
**TOTAL	34	50%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

* El grupo que recomendó iniciar la alimentación complementaria después de los 6 meses fue el familiar.

**El total que aparece en este cuadro representa el 100% de las pacientes a quien se le recomendó el inicio la alimentación complementaria a una determinada edad.

CUADRO No 21

DETERMINACION DE LA FUENTE DE CONOCIMIENTO DE 68 PACIENTES ENTREVISTADAS EN LA SALA DE ALOJAMIENTO CONJUNTO DEL HOSPITAL NACIONAL DE ANTIGUA GUATEMALA PEDRO DE BETHANCOURT, JUNIO DEL 2003.
(¿Que alimentos le recomendó para iniciar la alimentación complementaria?)

FUENTE DE INFORMACIÓN	ALIMENTOS RECOMENDADO					TOTAL
	FRUTAS	VERDURAS	CEREALES	ATOLE	DE TODO	
S. Salud	12%	17%	6%	12%		47%
Escuela			6%	6%		12%
Familiares	6%	6%	6%	6%	17%	41%
*TOTAL	18%	23%	18%	24%	17%	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

* El 100% que aparece en este cuadro representa el 58% de las pacientes que fueron los que recibieron alguna recomendación para el inicio de la alimentación complementaria.

CUADRO No 22

DETERMINACION DE LA FUENTE DE CONOCIMIENTO DE 68 PACIENTES ENTREVISTADAS EN LA SALA DE ALOJAMIENTO CONJUNTO DEL HOSPITAL NACIONAL DE ANTIGUA GUATEMALA PEDRO DE BETHANCOURT, JUNIO DEL 2003.
(¿Ha recibido platicas en el centro de salud sobre este tema?)

RESPUESTA	No. PACIENTES	PORCENTAJE
SI	29	43%
NO	39	57%
TOTAL	68	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No 23

RELACION ENTRE LAS VARIABLES EDAD DE LA MADRE Y EL INICIO DE LA ABLACTACION EN LA ENCUESTA REALIZADA A 68 MUJERES EN LA UNIDAD DE ALOJAMIENTO CONJUNTO EN EL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT ANTIGUA, GUATEMALA, JUNIO DEL 2003

Edad de la madre	Inicio apropiado de la ablactación		Inicio inadecuado de la ablactación		SUBTOTALES	
	PORCENTAJE	No. pacientes	PORCENTAJE	No. pacientes	PORCENTAJE	No. pacientes
15 - 19 años	4%	3	6%	4	10%	7
20 - 25 años	13%	9	17%	11	30%	20
26 - 29 años	9%	6	14%	10	23%	16
30 - 35 años	10%	7	10%	7	20%	14
36 - 40 años			10%	7	10%	7
Mayor de 40 años	4%	3	3%	1	7%	4
TOTAL	40%	28	60%	40	100%	68

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No 24

RELACION ENTRE LAS VARIABLES ESCOLARIDAD DE LA MADRE Y EL INICIO DE LA ABLACTACIÓN EN LA ENCUESTA REALIZADA A 68 MUJERES EN LA UNIDAD DE ALOJAMIENTO CONJUNTO EN EL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT ANTIGUA, GUATEMALA, JUNIO DEL 2003

<i>Escolaridad de la madre</i>	<i>Inicio apropiado de la ablactación</i>		<i>Inicio inadecuado de la ablactación</i>		<i>No PACIENTES</i>
	PORCENTAJE	No. pacientes	PORCENTAJE	No. pacientes	Subtotal
PRIMARIA INFERIOR	42%	11	58%	16	27
PRIMARIA SUPERIOR	75%	7	25%	3	10
SECUNDARIA	50%	2	50%	2	4
DIVERSIFICADO	100%	7	0%	0	7
NINGUNO	11%	2	89%	18	20
TOTAL PACIENTES		29		39	68

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No 25

RELACION ENTRE LAS VARIABLES RELIGIÓN DE LA MADRE Y EL INICIO DE LA ABLACTACION EN LA ENCUESTA REALIZADA A 68 MUJERES EN LA UNIDAD DE ALOJAMIENTO CONJUNTO EN EL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT ANTIGUA, GUATEMALA, JUNIO DEL 2003

<i>Religión de la madre</i>	<i>Inicio apropiado de la ablactación</i>		<i>Inicio inadecuado de la ablactación</i>		<i>No PACIENTES</i>
	PORCENTAJE	No. pacientes	PORCENTAJE	No. pacientes	Subtotal
CATOLICA	50%	19	50%	19	38
PROTESTANTE	42%	12	58%	18	30
TOTAL PACIENTES		31		37	68

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No 26

RELACION ENTRE LAS VARIABLES ETNIA DE LA MADRE Y EL INICIO DE LA ABLACTACIÓN EN LA ENCUESTA REALIZADA A 68 MUJERES EN LA UNIDAD DE ALOJAMIENTO CONJUNTO EN EL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT ANTIGUA, GUATEMALA, JUNIO DEL 2003

<i>Etnia de la madre</i>	<i>Inicio apropiado de la ablactación</i>		<i>Inicio inadecuado de la ablactación</i>		<i>No PACIENTES</i>
	PORCENTAJE	No. Pacientes	PORCENTAJE	No. pacientes	SUBTOTAL
<i>LADINA</i>	55	26	45	21	47
<i>INDÍGENA</i>	33	7	67	14	21
TOTAL	33		35		68

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No 27

RELACION PORCENTUAL ENTRE LAS VARIABLES PARIDAD Y EL INICIO DE LA ABLACTACION EN LA ENCUESTA REALIZADA A 68 MUJERES EN LA UNIDAD DE ALOJAMIENTO CONJUNTO EN EL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT ANTIGUA, GUATEMALA, JUNIO DEL 2003

<i>Paridad</i>	<i>Inicio apropiado de la ablactación</i>	<i>Inicio inadecuado de la ablactación</i>
<i>MUL TIPARA</i>	43%	57%
<i>GRAN MUL TIPARA</i>	45%	55%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

VIII. DISCUSIÓN Y ANALISIS DE RESULTADOS

Al analizar los datos obtenidos podemos evidenciar que la población femenina estudiada, que asiste al Hospital Nacional de Antigua Guatemala para ser atendida por el departamento de Ginecoobstetricia, no muestra un dato representativo que indique que en determinado grupo religioso o rango de edad las prácticas de introducción de otros alimentos que no son la lactancia materna son más adecuadas.

Por el contrario, en lo que a edad se refiere, se observa que un buen porcentaje de la población (40%) que inició temprana o tardíamente la ablactación se encuentran en el intervalo de los 26 y mayores de 40 años, aspecto contrario a la conceptualización que se tiene del problema, ya que se pensaría que a mayor edad, mayor conocimiento y experiencia; considero que la razón es debido a factores culturales y al grado de educación de la población estudiada. Este aspecto se apoya al analizar la escolaridad y la etnia de la población en la cual notamos que, la mayoría de madres que no realizó prácticas adecuadas de ablactación se encuentran en el grupo que no curso ningún grado o solo lo cursó lo que se denominó primaria inferior, la cual según estudios realizados por ENSMI, INE y CONALFA, 1998,1999, indican que no porque una persona curse los primeros grados de nuestro sistema de educación se puede considerar como alfabeto, ya que muchos de estos todavía no están en capacidad de resolver problemas o comprender conceptos que se adquieren a través de la lectura.

En cuanto a etnia observamos que en el grupo indígena se encuentra el mayor porcentaje las prácticas inadecuadas de ablactación lo cual es de esperar, ya que en esta población, costumbres y tradiciones determinan la

crianza de los hijos, aspecto que se demuestra no solo por estudios que anteceden a este y que fueron claramente citados en el marco conceptual, sino por el alto porcentaje de madres que refirieron como fuente de información sobre el inicio de la ablactación a algún familiar (madre o suegra), cabe mencionar que en este grupo se observó un alto porcentaje de prácticas inadecuadas.

Todos los datos anteriormente mencionados al ser analizados en conjunto nos muestran claramente que en la población estudiada las variables educación y grupo étnico son factores condicionantes para el inicio de la ablactación.

También debe mencionarse que no importando la paridad de la población estudiada, la tendencia a repetir prácticas inadecuadas de alimentación fue mas que evidente; esto demuestra que las tradiciones están tan arraigadas que a pesar de estar realizando malas prácticas de alimentación, éstas se repiten.

En cuanto a los conocimientos y creencias de la población estudiada encontramos que, la mayoría (90%) inició la introducción de alimentos después de los cuatro meses parámetro que indicaría que los servicios de salud cumplen con el papel que les corresponde no solo como proveedores de salud si no como educadores.

Claro, analizando los datos obtenidos podemos observar que un gran porcentaje (40%) de la población esta iniciado la ablactación tardíamente, es decir después de los seis meses, cuestión que afecta negativamente el estado nutricional de los niños, pues a medida que los meses transcurren aumentan sus necesidades nutricionales, por lo que se hace necesario después de los seis meses proveer nutrientes de otros alimentos que no sean lactancia materna para proporcionar un desarrollo físico adecuado.

Lo que más llama la atención de este estudio, es la razón por la que inician la ablactación: "porque el niño pide otros alimentos además de lactancia materna", aspecto poco apropiado para valorar el inicio de esta práctica, ya que está sujeto a la apreciación subjetiva de la madre. Además, las madres desconocen las consecuencias de iniciar la ablactación temprana o tardíamente. Las madres se apoyan para iniciar esta práctica en consejos de familiares y en la experiencia que han adquirido en la crianza de sus hijos anteriores, situaciones que no tiene ningún fundamento científico según lo demuestra este estudio, pues las prácticas para el inicio de la ablactación se hicieron evidentes.

Respecto al papel de divulgación sobre prácticas de alimentación en niños menores de dos años que desarrollan el Hospital Nacional de Antigua y todos los Centros y Puestos de Salud de la región, podemos inferir que no es efectivo, pues la mayoría de la población no acude a ellos para informarse y si lo hace no pone en práctica lo recomendado por los mismos, queda en duda si el mensaje y la información que se da a la población es clara.

El Ministerio de Salud por medio del Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional ha elaborado las Guías Alimentarias para la población guatemalteca menor de dos años, con ellas promueve prácticas adecuadas de ablactación tomando en cuenta el perfil epidemiológico de la niñez guatemalteca y los alimentos disponibles y aceptados culturalmente por la población. Estas guías deben ser el pilar fundamental para la educación en alimentación y nutrición en los servicios de salud, además de la evaluación periódica de las técnicas y material empleados para transmitir los conocimientos a la población objetivo.

En cuanto a las creencias y prácticas sobre los alimentos adecuados para iniciar la ablactación, las madres consideran como adecuados las verduras, cereales y frutas; aunque existe discrepancia respecto al orden en que creen e introducen los alimentos. Muchas madres refirieron la introducción del grupo denominado atoles, esto merece atención, pues muchas madres introducen fécula de maíz u otros atoles de alto contenido de almidón, que aunado a una disminución en la succión y con ello de la ingesta de proteína proveniente de la lactancia materna traen como consecuencia deterioro en el estado nutricional.

Dentro de los alimentos considerados como inadecuados para iniciar la ablactación mencionaron el frijol porque es un "alimento pesado que provoca cólicos". Este alimento machacado es recomendado por las Guías Alimentarias, pues es una buena fuente de proteína vegetal y de hierro. Este punto debe reforzarse en los programas de educación, pues según los resultados de este estudio las madres no cuentan con una guía para la introducción de alimentos, únicamente se basan en su experiencia y en la de otras madres o simplemente dan los alimentos que les gustan a sus hijos.

Respecto a la forma de preparación de los alimentos para iniciar la ablactación, la mayoría indicó que la mejor forma era puré o papilla, esta situación beneficia al niño ya que fisiológicamente aun no está preparado para deglutir alimentos sólidos. Algunas madres indicaron que era mejor dar líquidos al inicio de la ablactación, cuestión que debe orientarse ya que si bien es cierto el organismo del niño está preparado para absorber fácilmente los líquidos, si estos no contienen un aporte adecuado de nutrientes provocarán serios trastornos metabólicos y nutricionales.

La mayoría de las madres incorporan a sus niños a la dieta familiar después de los doce meses de edad. Estos resultados muestran una práctica

adecuada ya que favorece la socialización y el establecimiento de patrones de conducta alimentaria, el desarrollo del tracto gastro intestinal es apropiado y su habilidad motora es coordinada,.

En cuanto a la actitud de las madres respecto a las prácticas adecuadas de la ablactación, la mayoría se muestra pasiva e indiferente aspecto que puede deberse a que han realizado esta práctica por tanto tiempo y de la misma forma que creen que es la correcta no encuentran una relacionan entre las enfermedades que sus hijos padecen y las malas practicas de alimentación que utilizan ; considero que no se les ha planteado la necesidad de cambiar esta práctica correctamente, por lo que no ven la necesidad de modificar dichas practicas.

IX. CONCLUSIONES

1. Se logró determinar que el 40% de las madres entrevistadas inician la ablactación después de los seis meses.
2. La mayoría de las madres no tienen una base científica que respalde el inicio de la ablactación en determinado momento, tampoco saben de una guía que determine el tipo de alimento ni el orden apropiado para su introducción; la mayoría recurre a conocimientos adquiridos por experiencia o consulta a familiares que en su mayoría no proporcionan información correcta ni toman en cuenta las recomendaciones dictadas por programas ya establecidos.
3. Se determinó que la mayoría de la población proporciona al inicio de la ablactación verduras, frutas o cereales, sobresaliendo la forma en la que los preparan, el puré o papilla.
4. En lo que a las actitudes de este grupo poblacional se refiere, se concluye que existe un rechazo al transmitir conocimientos adquiridos y a adoptar nuevas prácticas de ablactación.
5. Se logró determinar que las variables educación y grupo étnico son factores condicionantes para el inicio de la ablactación.

X. RECOMENDACIONES

1. Actualizar los programas educativos ya existentes en el Hospital Nacional de Antigua Guatemala, promoviendo el uso de las Guías Alimentarias para niños menores de dos años.
2. Evaluar periódicamente los métodos y el material empleado por el personal de salud que brinda educación en alimentación de niños menores de dos años en la Consulta Externa del Hospital Nacional de Antigua Guatemala.
3. Propiciar la formación de un equipo multidisciplinario en el Hospital Nacional de Antigua para la ejecución de prácticas adecuadas de ablactación enfocado al personal médico y paramédico, a través de las Guías Alimentarias, con el objetivo de proporcionar una mejor educación a la población que asiste a dicho centro.

XI. RESUMEN

Estudio descriptivo, prospectivo enfocado en los estudios CACP (Conocimientos, Actitudes, Creencias y Practicas) realizado en la unidad de Alojamiento conjunto la cual es manejada por el Departamento de Maternidad y de Pediatría del Hospital Nacional de Antigua Guatemala, Pedro de Bethancourt.

Se estudiaron 68 pacientes multíparas post-parto internas en esta unidad a través de un instrumento de evaluación que permitió determinar conocimientos, actitudes, creencias y practicas sobre el inicio de la ablactación. Se define como la transición gradual de alimentación exclusivamente láctea, ya sea leche materna o fórmula, a la dieta familiar acostumbrada.

Los resultados obtenidos del estudio: el 50% de las madres inician la ablactación en el período de 4-6 meses de edad, el 40% la realizan después de los 6 meses y el 10% antes de los 4 meses. Las razones mas frecuentes por que inician la ablactación en determinado periodo fue: por que "ellos piden" 86%, creencias 7%, platicas en centros de salud 7%. Los alimentos que mas frecuentemente proporcionaron son: verduras 30%, cereales 24%, frutas 23%, atoles 15% de todo 1%, otros 7%. Se determino que los alimentos que cree este grupo poblacional que son menos adecuados para iniciar la alimentación son el fríjol 30%, todo lo que no acepten 23%, ninguno 20% y otros 27%. Se determino que la forma mas común de proporcionar los alimentos era en forma de puré o papilla con un 83%.

En cuanto a los problemas que causa el iniciar la ablactación temprana o tardíamente mostraron un desconocimiento de mas del 60%. Las variables

educación y etnia influyen aproximadamente en 80% en los patrones de crianza, y que el inicio de la ablactación esta condicionada por la edad en que los padres consideran que el niño pide otro tipo de alimentación que no sea la lactancia materna. Dados estos resultados y conclusiones se recomienda el uso y promoción de las guías alimentarias para niños menores de dos años, el fortalecimiento de los proyectos de educación en salud relacionados con el tema de la alimentación complementaria y la mejor formación académica del personal de salud que labora en el Hospital Nacional de Antigua Guatemala y en los Centros y Puestos de Salud de la región.

XII. REFERENCIAS

1. Ahn CH. et al. Growth of the exclusively breast-fed infant. Am J Clin Nutr 1980;(33):183-92.
2. American Academy of Pediatrics. Comité de Nutrición. Alimentación suplementaria en lactantes. En: Barnes L.A. Manual de nutrición pediátrica. 3ª. edición. Illinois: Elk Grove Village, 1993. (pp.27-38).
3. American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition. Infant feeding. Pediatrics 1997.
4. American Academy of Pediatrics, Committee on Nutrition. Salt intake and eating patterns of infants and children in relation to blood pressure. Pediatrics 1974;(53):115-121.
5. American Academy of Pediatrics. Committee on Nutrition. The feeding of supplemental foods to infants. Pediatrics 1980;(65):1080.
6. Alimentación y nutrición. Manual de referencias para la aplicación de las normas de atención. SIAS, MSPAS. Guatemala: 1999. 37p.
7. Auricchio, S. et al. Intestinal glycosidase activities in the human embryo, fetus, and newborn. Pediatrics 1965;(35):944-954.
8. Ballabriga A. et al. Preface. En: Ballabriga, A. et al. Weaning: why, what and when? Nestlé Nutrition Workshop series, vol.10. Vevey: Nestlé Nutrition/New York: Raven Press, 1987.
9. Beaton, G.H. Nutrition needs during the first year of life. Ped Clin North Am 1985;(13):275.
10. Behn R. et al. La mortalidad en la niñez de Centro América, Panamá y Belice 1970-1985. San José: CEPAL, 1988. 165 - 166p.
11. Boulton J. Hypertension as a consequence of early weaning. En: Ballabriga, A. et al. Weaning: why, what and when? Nestlé Nutrition Workshop series, vol. 10. Vevey: Nestlé Nutrition/New York: Raven Press, 1987.(pp.115-127)
12. Bullen C.L. et al. Bifidobacteria in the intestinal tract of infants: an in vivo study. J Med Microbiol 1976;(9):325-33.
13. Bullen C.L. et al. The effect of "humanized" milks and supplemented breastfeeding on the fecal flora of infants. J Med Microbiol 1977; (10):403-413.
14. Castillo, M. R. La salud en Guatemala, Cuadernos 2. Ciencia y Tecnología para Guatemala. Guatemala: Facultad de Ciencias Médicas, USAC. 1984. 54p.
15. Chávez, E. E. Creencias y actitudes en la alimentación del niño de 1-4 años. Tesis(Medico y Cirujano) - Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1986. 106p.

16. García, B. et al. Creencias y conocimientos sobre biología de la reproducción en Santa María Cauqué. Guatemala Indígena Vol. 12, Números 1-2. Guatemala, 1979. (23-29pp).
17. Díaz, G.R. Aproximación al estudio de la Antropología Vol. 26. Guatemala: Editorial Universitaria, 1984. 124p.
18. Fomon SJ. et al. Excretion of fat by normal full-term infants fed various milks and formulas. Am J Clin Nutr 1970;(23):1299-313.
19. Foster, G. M. Prácticas socioculturales que afectan la inoculación de los alimentos. En: FAO. Alimentación y Nutrición. Roma: 1983. (pp54-58)
20. Franklin FA. The effects of infant feeding practices on lipid and lipoprotein levels and metabolism. En: Lebenthal E. Textbook of gastroenterology and nutrition in infancy. 2nd. ed. New York: Raven Press, 1989. (pp503-14)
21. Gonzáles, N.L. Creencias Medicas y Nutricionales en un grupo socio económico bajo de la ciudad capital de Guatemala. Guatemala: INCAP, 1978. 1-3p.
22. Gracey M. Enviromental hygiene, undernutrition and diarrhea. En: Anderson C.M. et al. Pediatric Gastroenterology 2nd. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1987. (pp.336-352).
23. Granados G. Alimentacion del niño. Guatemala: 1986. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos, 1986. 23-29p.
24. Hadorn, B. Developmental aspects of intraluminal protein digestion. En: Lebenthal, E. A textbook of Gastroenterology and Nutrition in Infancy, vol. 1. New York: Raven Press, 1981. p 368.
25. Hambareus L. Human milk composition. Nutr Abs Rev Clin Nutr 1984;(54): 219.
26. Hamosh, M, et al. Fat digestion in the newborn. Characterization of lipase gastric aspirates of prematures and term infants. J Clin Invest 1981; (67) : 838-46.
27. Han P. Obesity and atherosclerosis as consequences of early weaning. In: Ballabriga, A. et al. Weaning: why, what and when? Nestlé Nutrition Workshop series, vol. 10. Vevey: Nestlé Nutrition/New York: Raven Press, 1987. (pp.93-113)
28. Herbst, J.J. Development of sucking and swallowing. En: Lebenthal, E. A textbook of Gastroenterology and Nutrition in Infancy, vol. 1. New York: Raven Press, 1981. (pp.91-108).
29. Hoebel, E. Q. The nature of culture. En: Shampiro, H. L. Man Culture and Society. New York: Oxford University Press. 1985. (pp. 168-181)
30. Howie PW, et al. Protective effect of breast feeding against infection. Br Med J 1990;(9):300.

31. Hurtado, J.J. Calor - Frío una categoría cognitiva. Estudio de prácticas y creencias en el municipio de San Juan Sacatepequez. En: Guatemala Indígena. Vol. XV, No. 1-2, Guatemala, 1980. (pp. 1-18)
32. Hurtado, J. J. Prácticas relacionadas con el embarazo, parto y crianza del niño y su efecto sobre la salud y el estado nutricional de las madres y niños de edad baja en Latinoamérica. En: Guatemala Indígena. Vol. XIV, No. 1-2, Guatemala, 1979. (pp. 149-213)
33. INCAP. Alimentación infantil: bases fisiológicas.
34. Jensen R.G. et al. Lipids of human milk and infant formulas: a review. Am J Clin Nutr 1978;(31):1990-1998.
35. Jellifer, D. B. & Bennett. Cultural and anthropological factor in infant and maternal nutrition. Fed Proc 1986. 185-186.
36. Kramer M.S., Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2 2002. Oxford: Update Software.
37. La realidad de la cultura. El hombre y sus obras. Traductor: M. Hernández Barroso. México: Fondo de Cultura Económica, 1970. 42-55p.
38. Lebenthal, E. et al. Development of disaccharidase in premature, small for gestational age and full term infants. In: Lebenthal, E. A textbook of Gastroenterology and Nutrition in Infancy, vol. 1. New York: Raven Press, 1981. (pp 417).
39. Lebenthal, E. et al. Development of functional response in human exocrine pancreas. Pediatrics 1980;(66):556-560.
40. Lifschitz, C.H. et al. Delayed complete functional lactase sufficiency in breast-fed infants. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1983;(2):478-82.
41. Lonnerdal B. et al. Casein content of human milk. AmJClinNutr 1985; (41):113.
42. Lool Cuc Marina. Guías alimentarias para niños en el primer año de vida. Tesis (Nutricionista) - Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia. Guatemala, 2001.
43. Martínez, H.O. Descripción de creencias y prácticas alimenticias del niño de 0-12 meses; estudio descriptivo prospectivo en madres del grupo étnico Kekchí/Pocomchí de la comunidad Tamahu, Alta Verapaz, Junio-Julio 1991. Tesis (Médico y Cirujano) - Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1991. 76p.
44. Mata L.J., Wyatt, R.G. Amamantamiento y resistencia del huésped a la infección. En: Jelliffe D.B., Jelliffe E.F. El valor incomparable de la leche materna. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud OPS/OMS. 1972, (pp 11-23)

45. Menenghello, J. Alimentación del Niño. En: Pediatría. 2ª. edición. Buenos Aires: Intermédica, 1978. (pp169-188)
46. Michael J.G. et al. The antimicrobial activity of human calostro antibody in the newborn. J Infect Dis 1971;(124):445.
47. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Indicadores básicos de salud en Guatemala. Guatemala: 2001.
48. Morales, J.E. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre las enfermedades diarreicas. Tesis (Medico y Cirujano) - Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1986. 61p.
49. Mitsuoka H. et al. Ecology of the bifidobacteria. Am J Clin Nutr 1977;(30): 1799-810.
50. Murdock, G.P. How culture change. En Shapito, H.L. Man Culture Society. New York: Oxford University Press, 1985. pp. 247-260.
51. Neuenswander, H., Souder, S. El síndrome Caliente - Frío, Húmedo - Seco entre los Quichés de Joyabaj: dos modelos cognitivos. Guatemala Indígena. Vol. XV, No. 1-2, 1980.
52. Neuenswander, H., Dean, A. Estudios cognitivos del sur de Mesoamérica. Publicación 3. Guatemala: Instituto Lingüístico de Verano, Museo de Antropología. 1977. pp. 93-120.
53. Nodarse, J. J. Elementos de Sociología. New Cork: Minerva Books Ltd., 1987, 334p.
54. Nutrición Infantil en los Países en Desarrollo. Manual para trabajadores especializados. Traductor: A. Bosch Tejada, México: A. I. A., 1986. 263p.
55. Oski, F.A. Development of the small intestine's capacity to absorb iron and folic acid. En: Lebental, E. A textbook of Gastroenterology and Nutrition in Infancy, vol. 1. New York: Raven Press, 1981. 612p.
56. Poley, J.R. et al. Bile acids in infants and children. J Lab Clin Med 1964; (63):838-846.
57. Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá. Problemática Alimentaria-Nutricional. Informe anual. Guatemala: INCAP. 1989.pp 6-11.
58. Ramírez, J.A. Alimentación Infantil en Síndromes Pediátricos. 3ª ed. México: Interamericana, 1987. (pp108-114)
59. Ramos, G.R. Alimentación normal en niños y adolescentes. En: Ramos, G.R. Manual Moderno. México: 1985. (pp11).
60. Rojof, B. Etnografía del desarrollo de niño en una comunidad maya en proceso de modernización. Guatemala Indígena. Vol. XII, No. 1-2, 1986. (pp. 216-217).

61. Schmidt E. Destete. In: Nutrición clínica en la infancia, vol. 2. Nestec S.A. Vevey. New York: Raven Press, 1983. (pp.377-99).
62. Schmitz J., McNeish A.S. Development of structure and function of gastrointestinal tract: relevance for weaning. In: Ballabriga, A. et al. Weaning: why, what and when? Nestlé Nutrition Workshop series, vol. 10. Vevey: Nestlé Nutrition/New York: Raven Press, 1987. (pp.1-43).
63. Tejada V. C. Nutrition and feeding practices of maya in Central America. The Maya in Central America. 1979. (pp. 54-85).
64. Villatoro, E.M. La comunicación popular y salud Materno-Infantil. Tradiciones de Guatemala. Gutemala: USAC/CEFOL. 1988. pp. 28-30, 61-63.
65. Walker, W.A. et al. Intestinal uptake of macromolecules: effect of oral immunization. Science 1972;(177):608-610.
66. Whitehead R.G. Infant physiology, nutritional requirements, and lactational adequacy. Am J Clin Nutr 1985;(41):447-58.
67. Whitehead R.G. et al. A critical analysis of measured food energy intakes during infancy and early childhood in comparison with current international recommendations. J Hum Nutr 1981;(35):339-48.
68. WHO. The World's Health Organization's infant-feeding recommendation WHO Bull (Geneva)1995; 73:165-74.
69. Zoppi, G. et al. Exocrine pancreas function in premature and full term neonates. Pediatr Res 1972;(6):880-886.

XIII. ANEXOS

- ANEXO No.1:** Monografía del departamento de Sacatepequez.
- ANEXO No.2:** Instrumento de evaluación sobre prácticas y conocimientos de la ablactación
- ANEXO No 3:** Graficas.
- ANEXO No.4:** Desarrollo normal de las habilidades motoras orales de alimentación

ANEXO No.1

SACATEPEQUEZ

Cuando mencionamos Sacatepequez, no podemos menos que pensar en las calles empedradas y las ruinas coloniales de Antigua Guatemala. Porque este departamento, siendo el mas pequeño de todos, posee una riqueza arquitectónica e histórica. Sacatepequez es un departamento con una población de 267,877 habitantes aproximadamente y compuesto por 16 municipios entre los cuáles destaca su cabecera departamental, Antigua Guatemala, por su declaración de patrimonio de la humanidad por la UNESCO en el año de 1979, y el valor histórico que representa en la fundación de nuestra nación.

Sacatepequez es un lugar de clima templado en el cual se habla el español y el Kaqchiquel, tiene una extensión territorial 465 kilómetros y esta limitado al norte por Chimaltenango; al este con Guatemala y al sur con Escuintla.

Este departamento cuenta con una red de servicios de salud constituida por un Hospital nacional, el asilo de ancianos de Fray Rodrigo de la Cruz, tres centros de salud y diecisiete puestos de salud, para lo cual se asignan al área hospitalaria Q. 25,473,602.00 y al área de salud Q. 8,318,954.00. (47).

Fuente: Conozcamos Guatemala II. SANZAR, S. A. Editorial del Sur. Prensa Libre. 1999. pp. 1, 5,12.

ANEXO No.2

INSTRUMENTO DE EVALUACION SOBRE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES, CREENCIAS Y PRACTICAS SOBRE LA ABLACTACION EN PACIENTES POS PARTO DEL DEPARTAMENTO MATERNO INFANTIL DEL HOSPITAL NACIONAL DE ANTIGUA GUATEMALA "PEDRO DE BETHANCOURT"

A. DATOS GENERALES

1. NOMBRE DE LA PACIENTE: _____ No Cama _____
2. EDAD:
 < 15 años ☐ 15 a 19 años ☐ 20 a 25 años ☐ 26 29 años ☐ 30 a 35 años ☐
 36 a 39 años ☐ > 40 años ☐
3. RELIGION:
 Católica ☐ Protestante ☐ Ninguna ☐ Otras ☐
4. ESCOLARIDAD:
 Primaria ☐ Secundaria ☐ Diversificado ☐ Universitaria ☐ Ninguna ☐
 Grado: _____
5. ¿A qué grupo étnico considera usted que pertenece?
 Ladina ☐ Indígena ☐ Otros ☐
6. ¿Paridad?
 Numero de hijos ☐

B. CONOCIMIENTOS Y CREENCIAS:

1. ¿A que edad cree usted correcto empezar a darle de comer a los niños?

2. ¿Por qué cree usted que esa edad es la mas adecuada para iniciar la alimentación con sus hijos?

3. ¿Cuáles cree usted que son los alimentos más adecuados para iniciar la alimentación en su hijo. ¿Por qué?

4. ¿En qué orden debe introducir los alimentos anteriormente mencionados? _____

5. ¿Cuáles cree usted que son los alimentos menos adecuados para iniciar la alimentación?
¿Por qué? _____

6. ¿Cuál cree que es la mejor forma de preparar los alimentos al iniciar la alimentación en su hijo?
Papillas o Puré ☐ Trozos ☐ Líquidos ☐
¿Por qué? _____
7. ¿Qué cree usted que sucedería si se inicia antes de los 4 a 6 meses de edad la introducción de alimentos que no sean la lactancia materna? ¿Por qué? _____

8. ¿Qué cree usted que sucedería si el niño continúa recibiendo solo lactancia materna después los 6 meses de edad? ¿Por qué? _____

C. ACTITUDES:

1. Si usted conociera a una madre que ha introducido alimentos a su hijo antes de los 4 meses, ¿Cuál sería su opinión?
- a. Estaría de acuerdo con ella.
 - b. Le explicaría que lo que hace no es lo adecuado.
 - c. Le sería indiferente.
2. ¿Qué actitud adoptaría si usted consulta a esta institución porque su niño tiene algún problema y alguien del personal de salud le indicara que él se encuentra mal porque usted no ha practicado correctamente la introducción de otros alimentos que no sean la lactancia materna?
- a. Se enojaría.
 - b. Aceptaría que esta equivocada y cambiaría su forma de pensar aunque no le den una explicación.
 - c. Discutiría con la persona las razones por las que realiza determinadas practicas y seguiría realizándolas.
 - d. Aceptaría que esta equivocada si le explican por qué se debe realizar de determinada forma y los problemas que puede causar si no se realiza correctamente dicho procedimiento.

D. PRACTICAS:

1. ¿A que edad le empezó a dar de comer a su hijo de los alimentos que prepara para los adultos?

2. ¿Alguna vez ha solicitado consejo acerca de la introducción de otros alimentos que no sean la lactancia materna?

SI ☐ NO ☐

3. ¿Ha transmitido lo que usted conoce acerca de la introducción de los alimentos a otras madres que estén por iniciarla?

SI ☐ NO ☐

E. DETERMINACION DE LA FUENTE DE CONOCIMIENTOS.

1. ¿En donde obtuvo la información de la introducción de alimentos además de la lactancia materna en los niños?

Servicios de salud ☐ Escuela ☐ Iglesia ☐ Familiares ☐ Otros ☐

¿A quién le preguntó? _____

¿A qué edad le recomendó iniciar la alimentación complementaria? _____

¿Qué alimentos le recomendó para iniciar la alimentación complementaria? _____

¿Ha recibido platicas respecto a la alimentación complementaria en el centro de salud?

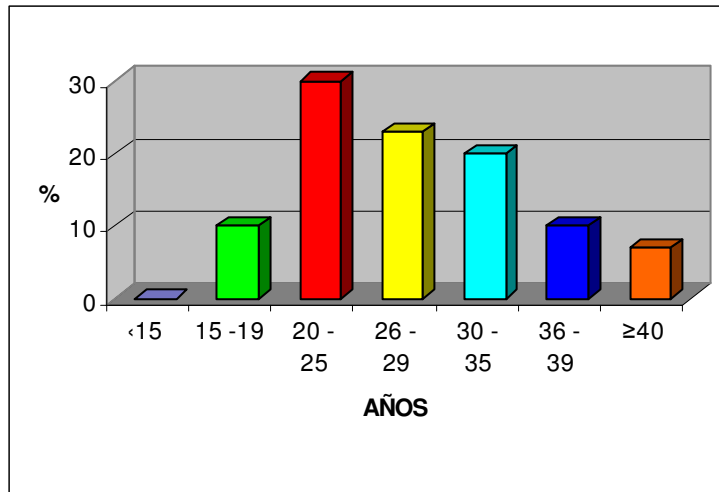
SI ☐ NO ☐

ANEXO No. 3

GRÁFICAS

GRAFICA No 1

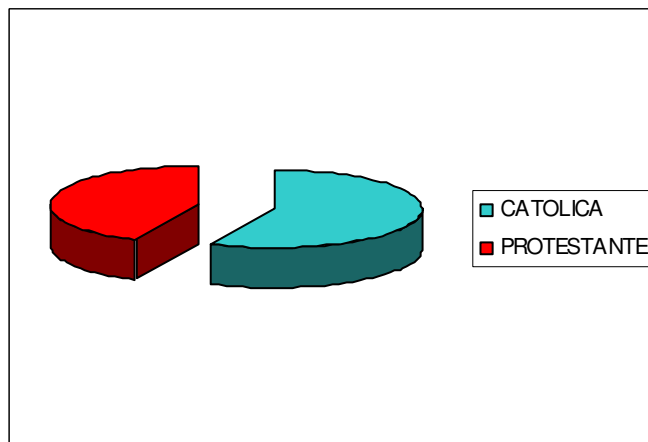
DISTRIBUCION ETÁREA DE 68 PACIENTES ENTREVISTADAS EN LA SALA DE ALOJAMIENTO CONJUNTO DEL HOSPITAL NACIONAL DE ANTIGUAGUATEMALA, PEDRO DE BETHANCOURT, JUNIO DEL 2003.



FUENTE: Cuadro No 1.

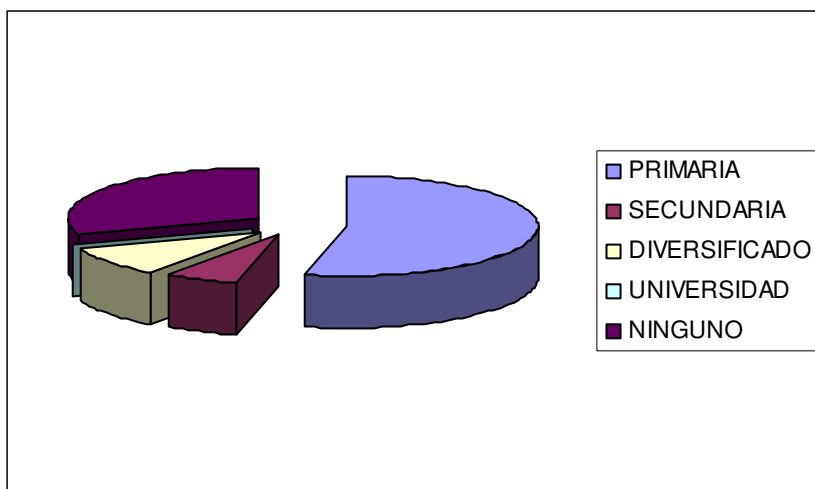
GRAFICA No 2

DISTRIBUCION POR RELIGION DE 68 PACIENTES ENTREVISTADAS EN LA SALA DE ALOJAMIENTO CONJUNTO DEL HOSPITAL NACIONAL DE ANTIGUA GUATEMALA PEDRO DE BETHANCOURT, JUNIO DEL 2003



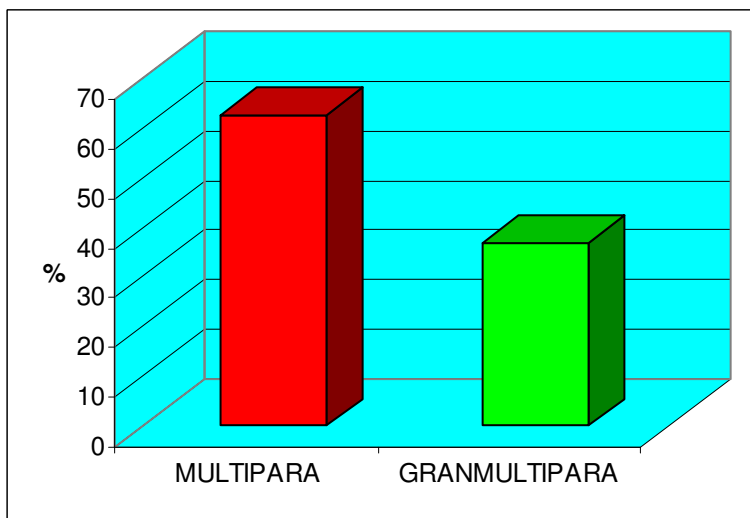
FUENTE: Cuadro No 2

GRAFICA No 3
DISTRIBUCION POR GRADO DE ESCOLARIDAD DE 68 PACIENTES
ENTREVISTADAS EN LA SALA DE ALOJAMIENTO CONJUNTO DEL HOSPITAL
NACIONAL DE ANTIGUA GUATEMALA PEDRO DE BETHANCOURT, JUNIO DEL
2003.



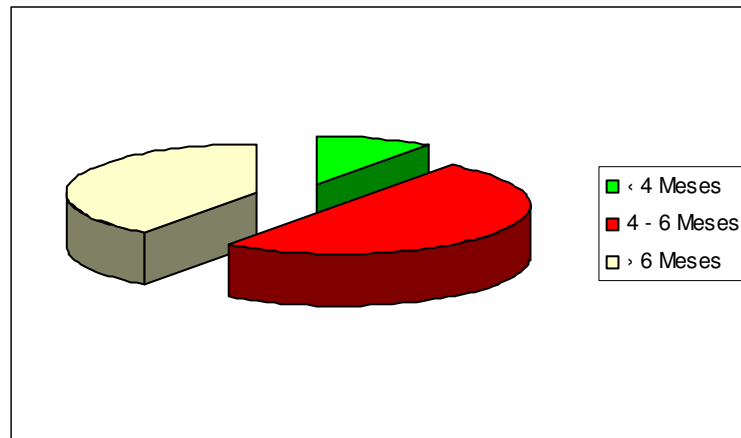
FUENTE: Cuadro No 3

GRAFICA No 4
DISTRIBUCION POR PARIDAD DE 68 PACIENTES ENTREVISTADAS EN LA
SALA DE ALOJAMIENTO CONJUNTO DEL HOSPITAL NACIONAL DE
ANTIGUA GUATEMALA PEDRO DE BETHANCOURT, JUNIO DEL 2003.



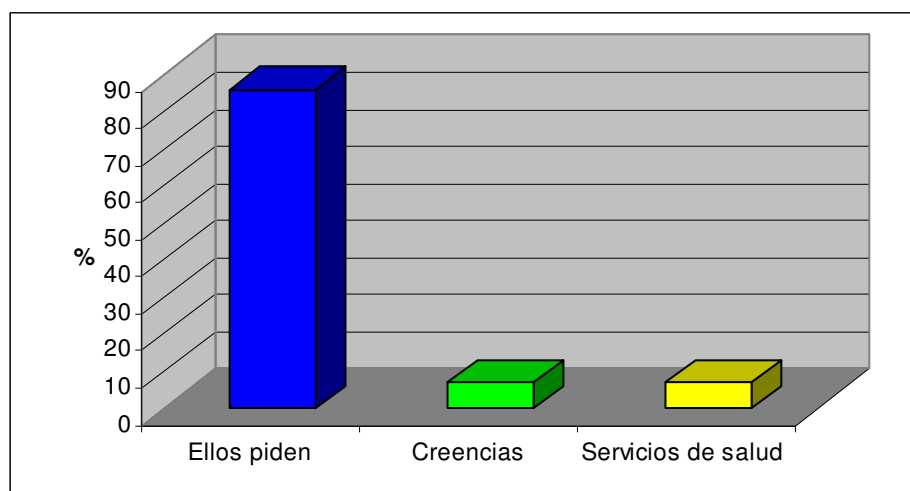
FUENTE: Cuadro No 4

GRAFICA No 5
CONOCIMIENTOS Y CREENCIAS DE 68 PACIENTES ENTREVISTADAS EN LA
SALA DE ALOJAMIENTO CONJUNTO DEL HOSPITAL NACIONAL DE
ANTIGUA GUATEMALA PEDRO DE BETHANCOURT, JUNIO DEL 2003
(¿A que edad cree usted correcto empezar a darle de comer a los niños?)



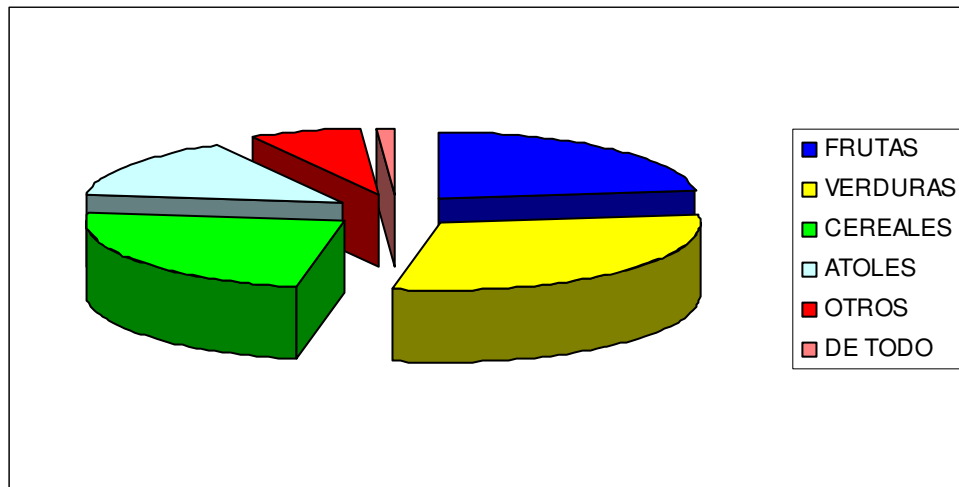
FUENTE: Cuadro No 5

GRAFICA No 6
CONOCIMIENTOS Y CREENCIAS DE 68 PACIENTES ENTREVISTADOS EN LA
SALA DE ALOJAMIENTO CONJUNTO DEL HOSPITAL NACIONAL DE
ANTIGUA GUATEMALA PEDRO DE BETHANCOURT, JUNIO DEL 2003
(¿Por qué cree usted que esa edad es la mas adecuada para iniciar la
alimentación con sus hijos?)



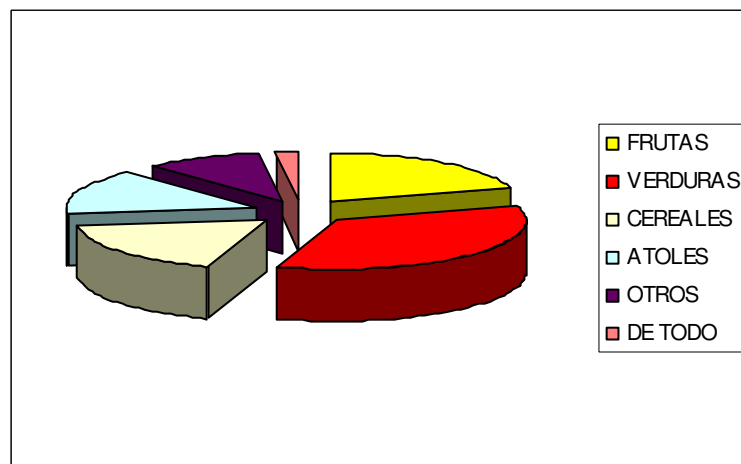
FUENTE: Cuadro No 6

GRAFICA No 7
CONOCIMIENTOS Y CREENCIAS DE 68 PACIENTES ENTREVISTADAS EN LA
SALA DE ALOJAMIENTO CONJUNTO DEL HOSPITAL NACIONAL DE
ANTIGUA GUATEMALA PEDRO DE BETHANCOURT,
JUNIO DEL 2003.
 (¿Cuáles cree usted que son los alimentos mas adecuados para iniciar la alimentación con sus hijos?)



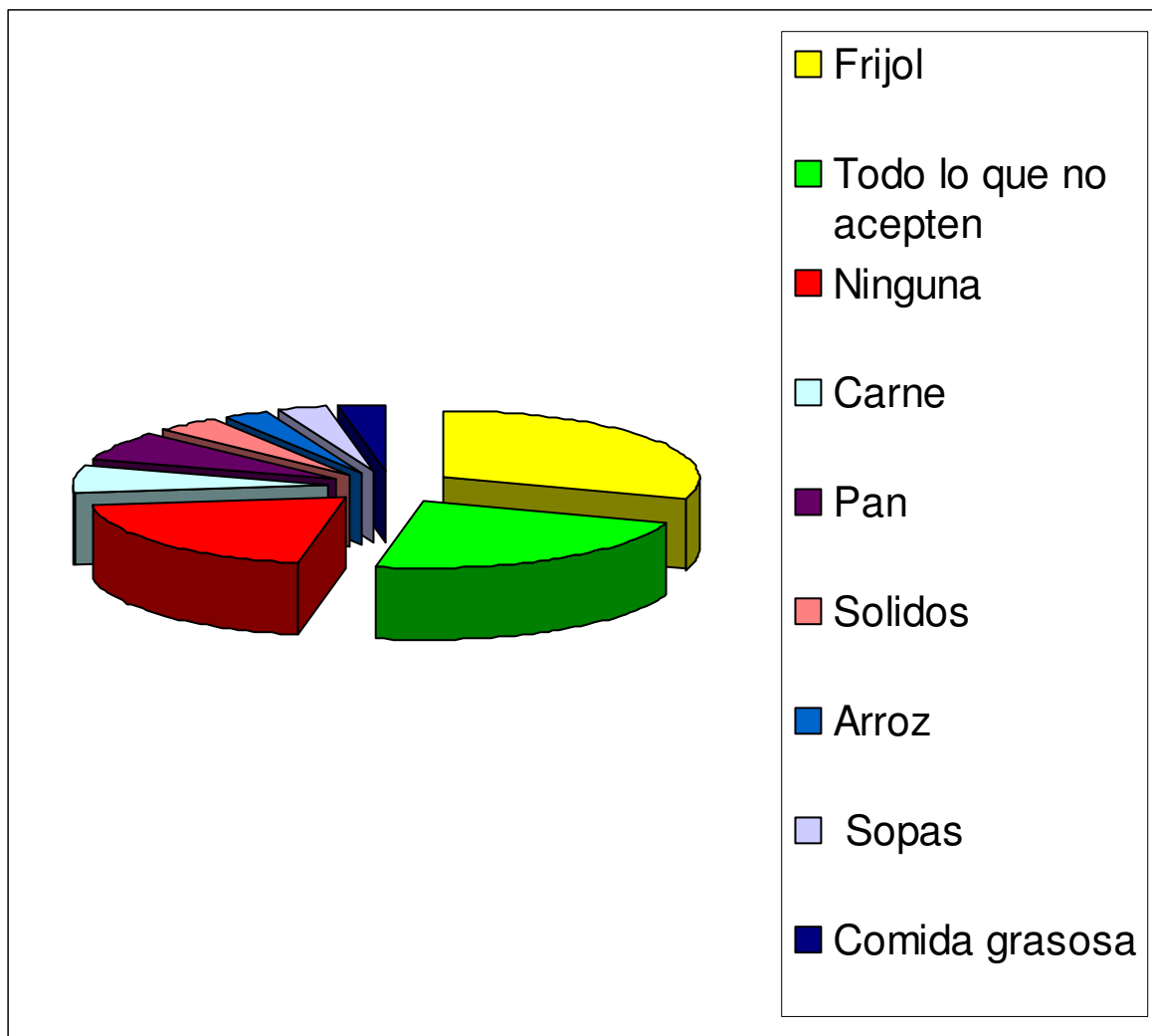
FUENTE: Cuadro No 7

GRAFICA No 8
CONOCIMIENTOS Y CREENCIAS DE 68 PACIENTES ENTREVISTADAS EN LA
SALA DE ALOJAMIENTO CONJUNTO DEL HOSPITAL NACIONAL DE
ANTIGUA GUATEMALA PEDRO DE BETHANCOURT, JUNIO DEL 2003.
 (¿En qué orden debe introducir los alimentos anteriormente mencionados?)



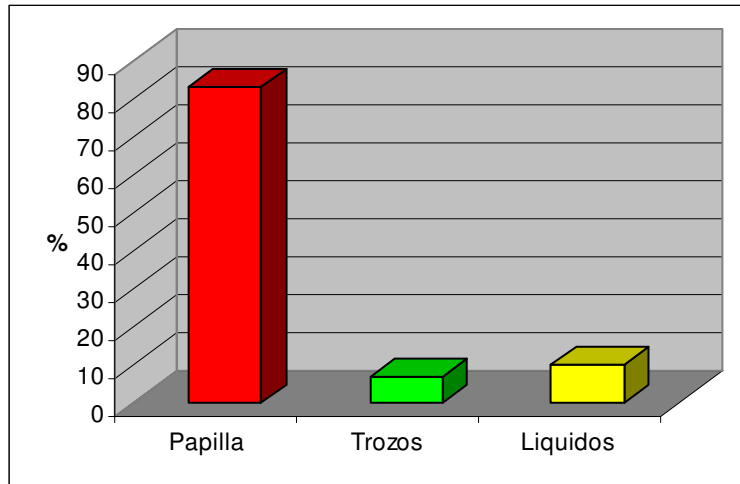
FUENTE: Cuadro No 8

GRAFICA No 9
CONOCIMIENTOS Y CREENCIAS DE 68 PACIENTES ENTREVISTADAS EN LA
SALA DE ALOJAMIENTO CONJUNTO DEL HOSPITAL NACIONAL DE
ANTIGUA GUATEMALA PEDRO DE BETHANCOURT, JUNIO DEL 2003.
(¿Cuáles cree usted que son los alimentos menos adecuados para iniciar la
alimentación?)



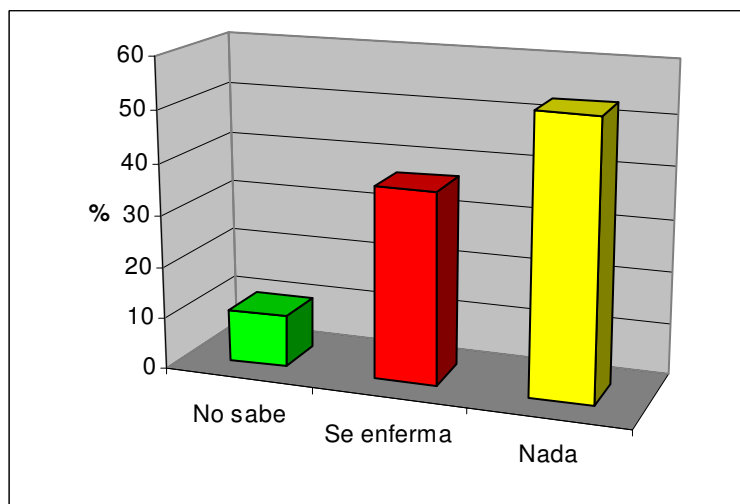
FUENTE: Cuadro No 9

GRAFICA No 10
CONOCIMIENTOS Y CREENCIAS DE 68 PACIENTES ENTREVISTADAS EN LA
SALA DE ALOJAMIENTO CONJUNTO DEL HOSPITAL NACIONAL DE
ANTIGUA GUATEMALA PEDRO DE BETHANCOURT, JUNIO DEL 2003.
(¿Cuál cree que es la mejor forma de preparar los alimentos al iniciar la alimentación?)



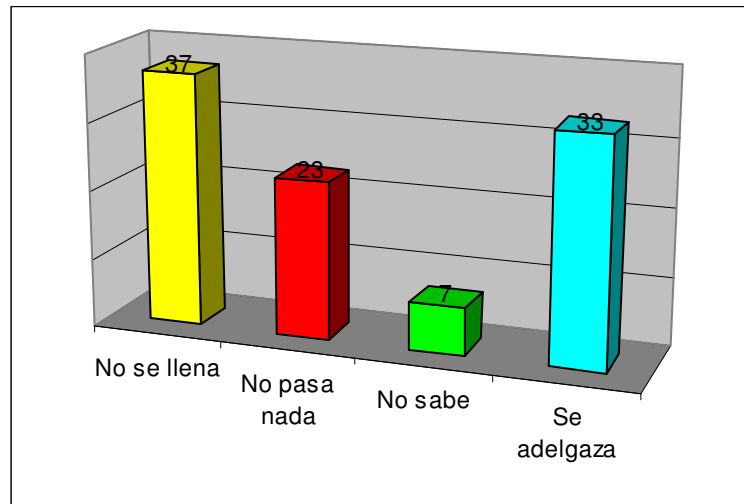
FUENTE: Cuadro No 10

GRAFICA No 11
CONOCIMIENTOS Y CREENCIAS DE 68 PACIENTES ENTREVISTADAS EN LA
SALA DE ALOJAMIENTO CONJUNTO DEL HOSPITAL NACIONAL DE
ANTIGUA GUATEMALA PEDRO DE BETHANCOURT, JUNIO DEL 2003.
(¿Que cree usted que sucedería si se inicia antes de los 4 a 6 meses de edad la
introducción de alimentos que no sean la lactancia materna?)



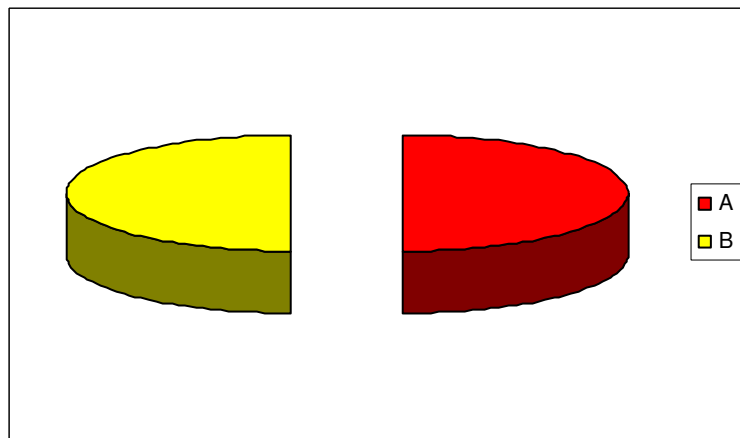
FUENTE: Cuadro No 11

GRAFICA No 12
CONOCIMIENTOS Y CREENCIAS DE 68 PACIENTES ENTREVISTADAS EN LA
SALA DE ALOJAMIENTO CONJUNTO DEL HOSPITAL NACIONAL DE
ANTIGUA GUATEMALA PEDRO DE BETHANCOURT, JUNIO DEL 2003.
(¿Que cree usted que sucedería si el niño continua recibiendo solo lactancia materna
después de los 6 meses?)



FUENTE: Cuadro No 12

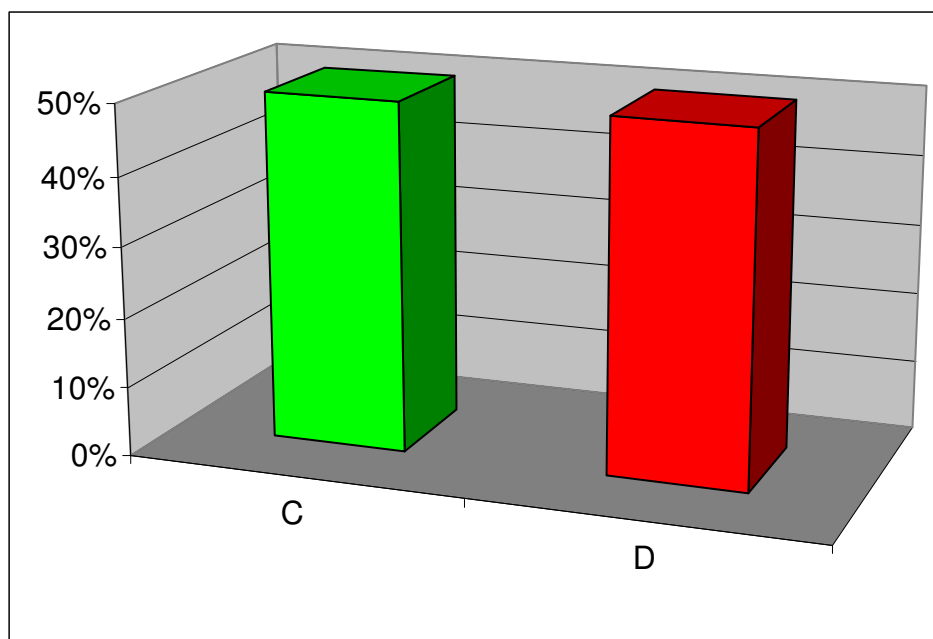
GRAFICA No 13
ACTITUDES DE 68 PACIENTES ENTREVISTADAS EN LA SALA DE
ALOJAMIENTO CONJUNTO DEL HOSPITAL NACIONAL DE ANTIGUA
GUATEMALA PEDRO DE BETHANCOURT, JUNIO DEL 2003.
(Si usted conociera a una madre que ha introducido alimentos a su hijo antes de los 4
meses, ¿Cual seria su opinión?)



FUENTE: Cuadro No 13

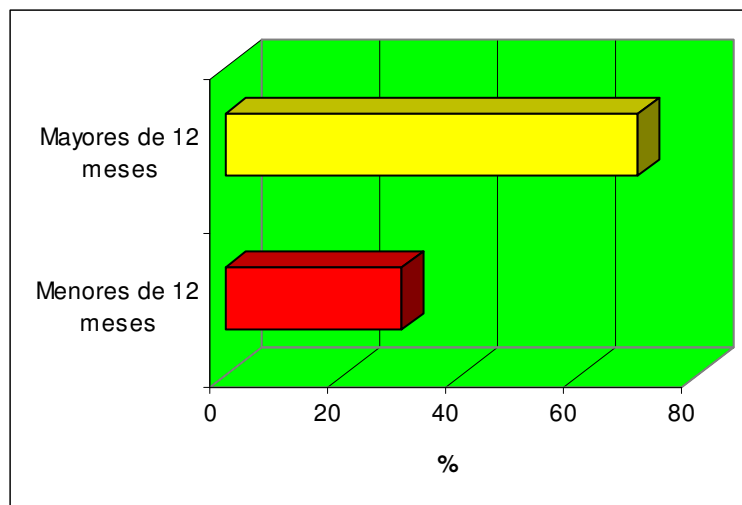
GRAFICA No 14
ACTITUDES DE 68 PACIENTES ENTREVISTADAS EN LA SALA DE
ALOJAMIENTO CONJUNTO DEL HOSPITAL NACIONAL DE ANTIGUA
GUATEMALA PEDRO DE BETHANCOURT, JUNIO DEL 2003.

(Que actitud adoptaría si usted consulta a esta institución porque su niño tiene algún problema y alguien del personal de salud le indicara que el se encuentra en mal porque usted no a practicado correctamente la introducción de otros alimentos que no sean la lactancia materna?)



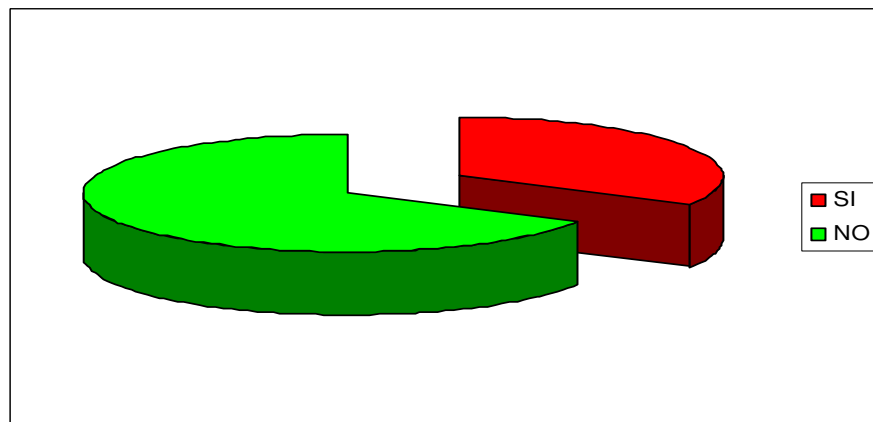
FUENTE: Cuadro No 14

GRAFICA No 15
PRACTICAS DE 68 PACIENTES ENTREVISTADAS EN LA SALA DE
ALOJAMIENTO CONJUNTO DEL HOSPITAL NACIONAL DE ANTIGUA
GUATEMALA PEDRO DE BETHANCOURT, JUNIO DEL 2003.
(¿A que edad empezó a darle de comer a su hijo de los alimentos que prepara
para los adultos?)



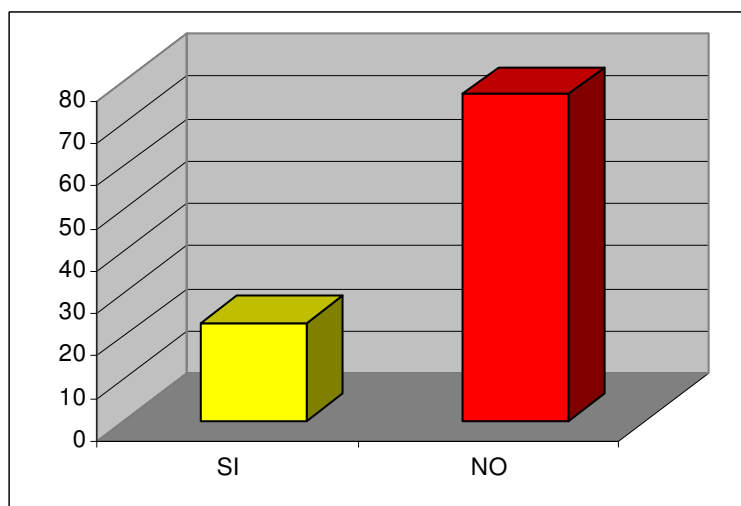
FUENTE: Cuadro No 15

GRAFICA No 16
PRACTICAS DE 68 PACIENTES ENTREVISTADAS EN LA SALA DE
ALOJAMIENTO CONJUNTO DEL HOSPITAL NACIONAL DE ANTIGUA
GUATEMALA PEDRO DE BETHANCOURT, JUNIO DEL 2003.
(¿Alguna vez ha solicitado consejo acerca de la instrucción de otros alimentos que
no sean la lactancia materna?)



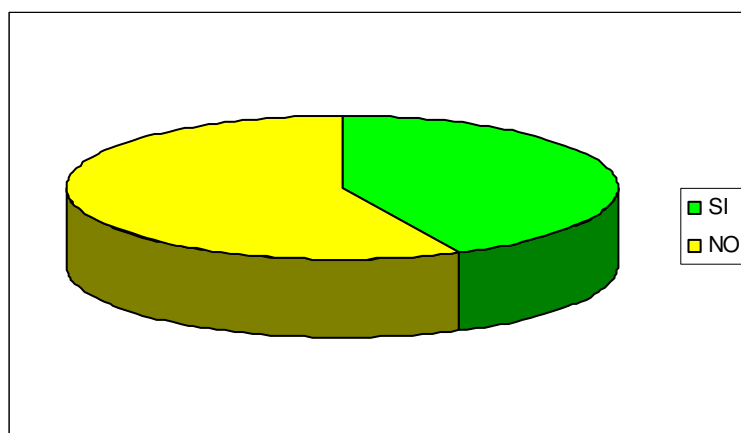
FUENTE: Cuadro No 16

GRAFICA No 17
PRACTICAS DE 68 PACIENTES ENTREVISTADAS EN LA SALA DE ALOJAMIENTO CONJUNTO DEL HOSPITAL NACIONAL DE ANTIGUA GUATEMALA PEDRO DE BETHANCOURT, JUNIO DEL 2003.
(¿Ha transmitido lo que usted conoce acerca de la introducción de los alimentos a otras madres que estén por iniciarla?)



FUENTE: Cuadro No 17

GRAFICA No 18
DETERMINACION DE LA FUENTE DE CONOCIMIENTO DE 68 PACIENTES ENTREVISTADAS EN LA SALA DE ALOJAMIENTO CONJUNTO DEL HOSPITAL NACIONAL DE ANTIGUA GUATEMALA PEDRO DE BETHANCOURT.
JUNIO DEL 2003.
(¿Ha recibido platicas en el centro de salud sobre este tema?)



FUENTE: Cuadro No 22

ANEXO No.4
DESARROLLO NORMAL DE LAS HABILIDADES MOTORAS ORALES DE ALIMENTACIÓN

EDAD	CONDUCTA ALIMENTARIA	HABILIDAD DE SUCCIÓN	HABILIDAD DE DEGLUCIÓN	HABILIDAD DE MORDIDA	HABILIDAD DE MASTICACIÓN
Nacimiento	• Líquidos en biberón o el pecho. • Reacción de chupeteo. • Se alimenta reclinado 45°. • Rara vez babea	• Reflejo nauseoso fuerte • Deglución refleja	• Reflejo fásico de mordida al estimular las encías		
3 meses	• Alimentado con biberón o al pecho materno. • Se alimenta reclinado 45-90°. • Pueden darse alimentos suaves o en papilla. • Puede sacarse algo de comida de la boca. • Inicia desarrollo de papilas gustativas y de glándulas salivares. • Vocaliza	• Succión secuenciada 20 + seguidas de deglución. • Usa reflejo de succión para tomar alimento de la cuchara. • Labios no asisten en la limpieza de la cuchara. • Disminuye el reflejo de proyectar la lengua hacia delante. • Movimiento amplio de la quijada.	• Reflejo succión - deglución. • Pausas poco frecuentes para respirar • Presenta náusea, vómito o ahogo al introducir alimentos sólidos.		

EDAD	CONDUCTA ALIMENTARIA	HABILIDAD DE SUCCIÓN	HABILIDAD DE DEGLUCIÓN	HABILIDAD DE MORDIDA	HABILIDAD DE MASTICACIÓN
6 meses	• Se introducen cereales y alimentos en papilla. • Come semisentado con apoyo externo • Se introduce líquido en taza. • Se alimenta por sí solo con alimentos que puede tomar con sus dedos. • Disminuye la reacción de chupeteo. • Babea durante sus balbuceos. • Abre la boca para recibir la cuchara. • Golpea la mesa con la taza. • Sostiene el biberón. • Balbucea.	• Surge verdadero patrón de succión con la alimentación en biberón, pecho, taza o cuchara. • Secuencias largas de succión, deglución y respiración. • Surge el movimiento de la lengua de arriba hacia abajo.	• No hay elevación de la lengua cuando bebe en taza. • Los labios pueden estar abiertos mientas deglute, pierde cierta cantidad de líquido. • Al deglutir alimentos sólidos, semisólidos y líquidos se da simple protusión de la lengua. • Al beber en taza pierde líquido, tose o se sofoca debido a la poca coordinación al deglución. • Disminuye el reflejo nauseoso.	• Patrón primitivo fásico de morder y soltar con un ritmo regular sobre una galleta. • Puede volver a succionar la galleta. • Reflejo fásico de mordida disminuido.	• Surge masticación pobre y sin control mezclada con el patrón de succión. • Masticación diagonal rotatoria estimulada al colocar alimento en un lado de la boca. • Lateralización de la lengua con movimientos de rodado o cambios de lugar cuando se coloca alimento en un lado de la boca

EDAD	CONDUCTA ALIMENTARIA	HABILIDAD DE SUCCIÓN	HABILIDAD DE DEGLUCIÓN	HABILIDAD DE MORDIDA	HABILIDAD DE MASTICACIÓN
9 meses	• Consume alimentos líquidos, molidos, machacados o papilla. • Come sentado sin apoyo externo además del respaldo de su silla y su cinturón. • Se introducen más alimentos que puede tomar con los dedos y los come solo. • Disminuyen las escupidas a menos que coma rápido o demasiado. • Babea solamente durante la dentición.	• Habilidades refinadas de succión con movimientos de lengua de adelante a atrás y de arriba abajo. • No pierde líquido con el biberón ni con el pecho. • El labio superior asiste para retirar el alimento de la cuchara. • El labio inferior se mueve hacia abajo, adelante y hacia adentro a los 10 meses.	• Utiliza patrón de succión de arriba abajo con protusión simple y movimientos intermitentes de la lengua de adelante a atrás. • Secuencias más largas de succión al beber en taza: 3 succiones, deglución y respiración. • Usa incisivos para limpiar labio inferior.	• Sostiene galleta suave entre dientes, no la puede morder. • Mandíbula estable para sostener comida. • Al morder alimentos duros puede dar mordida fásica.	• Masticación vertical que varía en cantidad y velocidad. • Surge masticación diagonal rotatoria al mover la lengua a los lados. • Al masticar con los dientes de enfrente se observa patrón fásico de morder y soltar. • Se da transferencia lateral de los alimentos. • Se mueven los labios con la mandíbula durante la masticación, se nota movimiento hacia abajo, hacia adelante y adentro.

EDAD	CONDUCTA ALIMENTARIA	HABILIDAD DE SUCCIÓN	HABILIDAD DE DEGLUCIÓN	HABILIDAD DE MORDIDA	HABILIDAD DE MASTICACIÓN
12 meses	• Líquidos y alimentos suaves y machacados o picados que provienen de la comida servida en la mesa y carnes suaves. • 4 biberones de 8 onzas diariamente • Introduce leche entera y huevos • Alimentos que como por sí solo con sus dedos. • Surgen las primeras palabras.	• Sostiene y toma hábilmente una taza. • Lengua protuye debajo de la taza con patrón de succión y pierde líquido. La mandíbula se mueve de arriba a abajo y de atrás a adelante.	• Elevación de la punta de la lengua durante deglución de semisólidos, sólidos y líquidos en taza. • No pierde alimentos mientras come. • Labios abiertos al beber pero se cierran al deglutir. • Al beber en taza mueve la lengua de adelante hacia atrás. • Hay profusión simple al deglutir. • No hay pausa en la secuencia succión deglución al beber en taza con 3 succiones degluciones. • Rara vez se sofoca o ahoga.	• Puede morder fácilmente una galleta suave con mordida controlada y sostenida. • Se revierte a mordida fásica o succión al morder alimentos más duros.	• Labios y dientes activos al masticar. • Los dientes superiores ayudan a quitar alimentos del labio inferior.

FUENTE: Puelzl M., Sindén N. and Hendricks, K. Developmental aspects of weaning. Int Semin Paediatr Gastroenterol Nutr. 1993;2:10-11.