

EVALUACION DE PRACTICAS DE LACTANCIA

MATERNA Y DESTETE

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA

Facultad de Ciencias y Humanidades

Departamento de Nutrición

EVALUACION DE PRACTICAS DE LACTANCIA

MATERNA Y DESTETE

María del Pilar López González

Trabajo de graduación presentado para optar
al grado académico de Licenciada en Nutrición

Guatemala

1996



Vo. Bo. :

(f) Eugenia Sáenz de Tejada
Licenciada Eugenia Sáenz de Tejada
Asesora " "

Tribunal:

(f) Norma Alfaro de Chocano
Licenciada Norma Alfaro de Chocano

(f) María Antonjeta González
Licenciada María Antonjeta González

(f) Eugenia Sáenz de Tejada
Licenciada Eugenia Sáenz de Tejada
" "

Fecha de aprobación: 26 de julio de 1996

RESUMEN

Se realizó una evaluación de las prácticas alimentarias de lactancia materna y destete de las madres de las aldeas Xepanil y Parajbey del municipio de Santa Apolonia, Chimaltenango. El propósito fue establecer las prácticas existentes, los factores que las afectan y evaluarlas según el efecto de las mismas. También se evaluó la técnica de lactancia materna de las madres estudiadas.

Para realizar este estudio se utilizaron tres métodos de recolección de datos: la entrevista dirigida, la observación y el grupo focal. La muestra se integró por 27 madres, las cuales fueron todas las que tienen hijos menores de dos años y que quisieron hacer la entrevista. Esta muestra fue tomada con base en un censo que se realizó en ambas aldeas para establecer el número de madres con hijos menores de dos años.

Para el análisis de los datos obtenidos se realizaron varios cruces de variables para identificar las relaciones existentes entre los diferentes factores que existen y que afectan las prácticas alimentarias. En este análisis se utilizó la estimación del valor $p=0.05$, $p=0.06$ en algunos y la prueba de Kruskal-Wallis.

Se encontró que la prevalencia de lactancia materna en estas aldeas es de 92.6% y que existe una lactancia materna exclusiva de cuatro meses. También se observó que las prácticas de lactancia

materna y destete en Xepanil y Parajbey se ven afectadas por la escolaridad de la madre, el número de hijos, la edad del niño, el número de nacimiento y la localidad.

Los datos obtenidos por medio de la observación mostraron que las madres tienen una técnica de lactancia materna adecuada y que ésta se ve afectada por el número de hijos de la madre y la edad del niño.

En general, las prácticas encontradas en las dos aldeas fueron beneficiosas en cuanto se refiere a la lactancia materna. Sin embargo, la mayoría de las prácticas alimentarias de destete son nocivas, ya que existe una introducción temprana de alimentos y un patrón inadecuado de ablactación. Se observó que los resultados del grupo focal mostraron que la introducción de alimentos se lleva a cabo a menor edad en Parajbey, en comparación con la aldea Xepanil.

Se concluye que las prácticas de lactancia materna en Parajbey y Xepanil son en su mayoría beneficiosas, en donde se muestra una alta prevalencia de la misma y un promedio de lactancia materna exclusiva adecuada. Sin embargo, la introducción temprana de alimentos de bajo valor nutritivo y el inadecuado patrón de introducción de alimentos que se observa es alarmante, ya que puede afectar el estado nutricional del niño y su estado de salud.

CONTENIDO

	Página
RESUMEN	vii
I. INTRODUCCION	1
II. ANTECEDENTES	3
A. Prácticas Alimentarias	3
B. Lactancia Materna	9
C. Período de Destete	18
D. Alimentación en el Primer Año de Vida	24
E. Estudios sobre Prácticas Alimentarias de Lactancia Materna y Destete en Guatemala	27
F. Descripción de las aldeas Xepanil y Parajbey	32
III. JUSTIFICACION	39
IV. OBJETIVOS	41
A. Generales	41
B. Específicos	41
V. METODOLOGIA	42
A. Materiales	42
B. Método	43

VI. RESULTADOS	Página 51
A. Características de la Familia	51
B. Características de la Madre	52
C. Características del Niño	53
D. Características de las Madres Lactantes	54
E. Características de las Madres No Lactantes	55
F. Descripción de Variables de Lactancia Materna	55
G. Descripción de las Variables de Destete	58
H. Características de la Técnica de Lactancia Materna	67
I. Datos Obtenidos por Medio del Grupo Focal	70
J. Evaluación de Prácticas de Lactancia Materna y Destete	72
VII. DISCUSION DE RESULTADOS	73
VIII. CONCLUSIONES	81
IX. RECOMENDACIONES	83
X. BIBLIOGRAFIA	84
XI. ANEXOS	91

I. INTRODUCCION

La Lactancia Materna exclusiva es recomendada a nivel mundial como la práctica óptima para los infantes. No existe ninguna duda de los beneficios que la leche materna provee, especialmente en aquellos ambientes en los que la sanitización es pobre. Sin embargo, sí existe problemas en cuanto a las prácticas de lactancia materna, las cuales no son siempre beneficiosas para el niño.

El destete, la introducción gradual de alimentos además de la leche materna en la dieta de un bebé, puede ser también un período de alto riesgo para éste. Además de perder los beneficios de la lactancia materna se les expone, por primera vez, a los gérmenes que se encuentran en los alimentos. Es importante conocer las prácticas sobre lactancia materna y destete, de modo que se puedan identificar aquellas que son perjudiciales para el niño y tratar de modificar estas prácticas al mismo tiempo que se refuerzan aquellas que son beneficiosas.

Existen muchos estudios sobre lactancia materna que muestran los cambios existentes en cuanto a prácticas alimentarias y prevalencia de la lactancia materna en Guatemala. Estos estudios muestran que tanto a nivel urbano como rural, la prevalencia y duración de la lactancia materna han disminuído. Sin embargo, en aquellas comunidades que tienen poca influencia de las áreas urbanas y que todavía conservan sus costumbres culturales, estas prácticas han sufrido poco cambio. Según los estudios existentes, estas comunidades son las que presentan mayor prevalencia y duración de la lactancia materna pero son al mismo tiempo, las poblaciones que presentan mayores problemas nutricionales en niños menores de dos años.

El presente trabajo buscó evaluar las prácticas de lactancia materna y destete que existen en las aldeas de Xepanil y Parajbey del municipio de Santa Apolonia, departamento de Chimaltenango, se establecen aquellas que son beneficiosas para el niño e identifican las características que permite el establecimiento de éstas prácticas.

II. ANTECEDENTES

A. Prácticas Alimentarias

1. Definición. Una práctica alimentaria es una respuesta individual a un estímulo relacionado con la obtención, selección, preparación, manipulación, distribución, almacenamiento, consumo y disposición de los alimentos (21,31,37,38)

Las prácticas alimentarias son el resultado de la interacción entre los factores culturales y las costumbres específicas de la población relacionadas con la alimentación y en la generalidad de los casos se arraigan completamente a la forma de vivir del individuo lo que da origen y significado a los hábitos alimentarios en cada cultura (21,31).

Se dice que las prácticas alimentarias no son lo mismo que los hábitos alimentarios ya que estos últimos son actos repetitivos y característicos que un individuo lleva a cabo sin pensar o automáticamente para satisfacer una necesidad real o imaginaria de alimentos, mientras que las prácticas incluyen tanto a los hábitos como a los actos que requieren pensar. Por tanto, un hábito alimentario es una práctica alimentaria pero no todas las prácticas alimentarias constituyen hábitos (31,37,38).

2. Factores que las condicionan. Los factores responsables de la malnutrición en edad de destete son solamente una parte de la gran cantidad de causas que afectan la salud de la comunidad. Las prácticas alimentarias están estrechamente relacionadas con factores económicos, sociales, tecnológicos y biológicos. Algunos ejemplos incluyen las creencias culturales sobre la aceptación de comidas, disponibilidad y distribución dentro del hogar y la cantidad de tiempo que la madre tiene para la preparación de

alimentos. Cuando se habla de prácticas alimentarias de lactancia materna también afectan otros factores como el sistema de apoyo que se tenga de la sociedad, educación, ambiente físico y la disponibilidad y promoción de sustitutos de la leche materna (2, 27).

a) Factores Maternos

Dentro de los factores maternos que afectan las prácticas alimentarias de los niños menores de un año están todas aquellas que tienen que ver con la lactancia y la introducción de alimentos en la dieta del niño (41).

Uno de los factores maternos condicionantes de la lactancia es el estado nutricional de la madre que determina en parte la capacidad de producción de leche y que se llenen los requerimientos nutricionales de ciertos nutrientes tales como las vitaminas (37).

Otro factor es el balance hormonal que regula la producción y disponibilidad de leche materna. La prolactina y la oxitacina son influenciadas por estímulos emocionales, físicos y por situaciones de estrés a que la madre se ve sometida (37,35,42).

A este respecto, se sabe que la mujer juega un rol vital en la preparación, distribución y consumo de alimentos, así como en los factores que condicionan su utilización biológica tales como la higiene, saneamiento ambiental y utilización de agua (43).

b) Disponibilidad y utilización de alimentos

Las prácticas alimentarias se encuentran muy afectadas por la disponibilidad de alimentos en la zona y al acceso económico que se tiene a ellos. Para obtener datos

sobre el uso de alimentos o preferencia por algunos de ellos se debe conocer a fondo el tipo de alimentos disponible (2).

Dos factores determinan la capacidad de la madre de proporcionar alimentos de ablactación adecuados: disponibilidad de dinero, tanto suyo como familiar y el tiempo con el que cuenta para preparar estos alimentos. También se debe considerar quién es el responsable de proveer los ingresos, ya que si es la madre en lugar del padre, generalmente el mayor porcentaje de ese dinero se destina a la compra de alimentos (2,44).

Se ha encontrado que el trabajo remunerado de la madre tiene dos efectos conflictivos en la nutrición infantil: uno es un aumento en el ingreso monetario que se refleja en un incremento en la ingesta dietética y el otro una disminución en el tiempo que la madre dedica al cuidado y preparación de alimentos de sus hijos (44).

La distribución desigual de alimentos que no ocurre por diferencias de apetito y preferencias de alimentos en algunas culturas ocurre en hogares en los que la dieta ya es deficiente. Los patrones de distribución desigual de alimentos se dan generalmente debido al estatus que el hombre tiene en algunas culturas respecto de la mujer, tanto económico como social (2).

Otro factor importante es la disponibilidad de energía para su preparación. Este aspecto puede ser muy importante en el éxito de nuevas recomendaciones de alimentos adecuados de destete. Este factor puede influenciar la frecuencia de preparación de alimentos, la cantidad y variedad de alimentos preparados, la confiabilidad de la esterilización de utensilios y el tiempo disponible para las preparaciones (2).

c) Conocimientos, actitudes, creencias y prácticas

El conocimiento, actitudes y creencias de la madre pueden ser importantes determinantes en caso de que el niño padezca o no desnutrición. Las creencias de una madre sobre el contenido nutricional de los alimentos y su entendimiento de los factores que causan la enfermedad pueden tener un efecto poderoso sobre el bienestar del niño. Por ejemplo, el niño puede ser alimentado con comidas inadecuadas en calidad y cantidad debido a que la comunidad cree que alimentar al niño con líquidos azucarados es bueno para él (2, 25).

Otra práctica perjudicial que es parte de las creencias es dejar de alimentar al niño que se encuentra enfermo, ya que se reducen sus posibilidades de recuperación. Otro factor muy importante son las influencias que ejercen miembros de la familia sobre las preparaciones utilizadas como alimento de ablactación (2).

d) Aceptabilidad de alimentos

Incluso si existen alimentos nutritivos disponibles en una comunidad se puede dar el caso de que estos no sean utilizados como alimentos de ablactación simplemente porque se acostumbra a hacerlo dentro de esa comunidad. Estas costumbres pueden haberse desarrollado debido a que no fueron introducidos o preparados adecuadamente, o a que crearon problemas de digestión al niño(2).

3. Metodologías para el Estudio de Prácticas Alimentarias. Para evaluar las dietas de destete y las prácticas alimentarias durante este período es necesario recolectar información sobre la composición de las dietas de destete, el tipo de prácticas alimentarias y los alimentos disponibles en el hogar y en la comunidad apropiados para

este fin. Es necesario también tener información sobre los factores económicos y socioculturales que afectan la elección de preparaciones de destete, la forma en que éstas son proporcionadas, por quién y bajo qué circunstancias son preparadas (2)

Al estudiar prácticas alimentarias es importante tratar de no imponer los conocimientos en una forma didáctica, impersonal o arrogante. El entendimiento de los principios de salud y nutrición son importantes, pero estos conocimientos deben conservarse cuando se interactúa con la comunidad con la intención de obtener información. Para obtener información completa y exacta se debe tener cuidado con las actitudes negativas que se posean hacia lo que se pudiera considerar una práctica perjudicial y mantener una visión objetiva (2).

La metodología que se emplea para el estudio de los hábitos y prácticas alimentarias se relaciona bastante con la del consumo de alimentos, dividiéndose ésta en dos tipos: cualitativa y cuantitativa (39,47).

La más usada es por lo general la metodología cualitativa con el objeto de conocer en un período breve los hábitos y prácticas alimentarias de los habitantes de la comunidad estudiada o un grupo específico de ésta (21,40,45).

Esta metodología cualitativa busca obtener información sobre el nombre, características y formas de preparación de los alimentos que la comunidad consume. Para ello es necesario usar una combinación de técnicas (47). Algunas de las utilizadas con más frecuencia son las siguientes:

a) Conversación

Por medio de ella se puede obtener información importante en conversaciones informales con individuos o pequeños grupos. En algunos casos las personas se sienten más cómodas en ambientes informales y por lo tanto, se comparte mejor (2).

b) Entrevista informal

Esta al ser comparada con entrevistas formales se puede observar que tiene una estructura abierta. El entrevistador debe seguir una línea general, pero puede incorporar fácilmente nuevos temas conforme éstos aparecen en la conversación. Se pueden llevar notas, pero éstas son usualmente menos detalladas de las que se toman en una entrevista formal (2).

Una regla general de la duración de una entrevista informal es que ésta no debe ser más larga de una hora. El entrevistador debe ser sensitivo a las demandas y al tiempo de la madre (2).

c) Observación

La persona debe observar eventos y el comportamiento de las personas dentro de la comunidad con mucho cuidado. La observación provee pistas no verbales muy importantes de lo que sucede verdaderamente (2).

d) Entrevista Formal

Consiste en una serie de preguntas escritas sobre temas específicos que se hacen a la persona y las respuestas son registradas con detalle. Muchas veces se emplea cuando el tema es complejo, altamente sensitivo y los entrevistados tienen un alto nivel de conocimientos (2,46).

e) Observación participativa

Esta técnica involucra tanto participar como observar las actividades del hogar y la comunidad. Por medio de ella la persona puede obtener información y puntos de vista importantes de la vida diaria de los miembros de la comunidad (2).

f) Grupos Focales

Consiste en una discusión en la que un grupo pequeño de participantes, generalmente de seis a doce, con guía y supervisión general de un moderador, tratan temas, ideas e información entre ellos, de modo que exista una conversación abierta donde se da la participación de todos. Se considera esencial para entender el comportamiento y las actitudes de las personas hacia determinado tema (48).

La metodología cuantitativa considera las cantidades de los alimentos que consume la población estudiada e incluye técnicas de: registro diario, recordatorio, inventario y análisis químico o alícuota (39,40,47,45).

B. Lactancia Materna

1. Conceptualización. La lactancia materna es una función biológica natural, la cual se ha practicado a través de la historia. Esta provee los nutrientes necesarios en cantidad y calidad indicada, los cuales se adaptan al desarrollo del niño y permiten un crecimiento óptimo. En el año de 1979 la Organización Mundial de la Salud publicó que la lactancia materna es una parte integral del proceso reproductivo, la forma natural e ideal de alimentar al infante y una base biológica y emocional única para el desarrollo del niño (6, 33, 34).

a) Calostro

Durante los primeros días después del parto los senos secretan calostro. El calostro es amarillo y más espeso que la leche madura. Este es un alimento alto en densidad y bajo en volumen. Se acepta que el calostro es, en primer término, una fuente de anticuerpos y de globulinas a la que se le atribuye una acción laxante. Entre sus características sobresale su valor calórico reducido, es rico en proteína, en grasas y posee cantidades de carbohidratos menores a la leche madura. Su contenido de minerales es alto, conteniendo cloro, azufre, potasio, sodio, hierro y cobre (16, 26, 28, 35).

El color del calostro se debe al beta-caroteno que contiene, lo que lo hace rico en provitamina A. En este también existe la presencia de altas cantidades de ceniza, lo que explica los altos niveles de sodio, potasio y cloro. El dar el calostro al bebé es importante debido a que permite también el establecimiento de la flora intestinal (16).

b) Leche de transición

Esta es la leche producida entre el calostro y la leche materna madura. La fase de transición es de 7 a 10 días posparto a dos semanas postparto. La concentración de inmunoglobulinas y proteína total disminuye, mientras la lactosa, grasa y valor calórico total aumenta. La cantidad de vitaminas hidrosolubles aumenta y los valores de vitaminas liposolubles disminuyen a los de la leche madura (16)

c) Leche madura

A lo largo de la segunda semana o a los 11 días que siguen aumenta la cantidad de leche y la apariencia y composición de ésta cambian. Se vuelve menos espesa y comienza a verse rala o azulada. Esta es la leche madura que contiene todos los nutrientes que el niño necesita para crecer (16, 28).

2. Composición de la Leche Materna. La leche materna no es un cuerpo fluido uniforme, sino una secreción de la glándula mamaria que tiene una composición cambiante. Esta cambia con el tiempo y de acuerdo a la hora del día. Conforme las concentraciones de proteína, grasa, carbohidratos y células cambian, las propiedades físicas, tales como la osmolaridad y el pH (16, 35).

La composición normal de la leche materna varía con un número de factores como la fase de la lactancia o la duración de la mamada. También existen diferencias entre mujeres que se encuentran en la misma etapa de lactancia y en la misma mujer en diferentes días. Existen variaciones más pequeñas por edad de la madre, embarazo, consumo de anticonceptivos y la dieta (8,16, 35).

a) Proteína

La proteína constituye el 0.9% de los constituyentes de la leche materna. Las proteínas de la leche incluyen la caseína, B-lactoglobulinas, inmunoglobulinas y otras glucoproteínas, las cuales cumplen funciones especiales. Por ejemplo, la presencia de lactoferrina en la leche materna inhibe el crecimiento a nivel gastrointestinal de ciertas bacterias dependientes del hierro. Además, la leche materna contiene factores inmunológicos específicos tales como IgA, IgG, IgM, linfocitos y otros, los cuales protegen a los niños contra determinadas infecciones (6, 16, 34).

La proteína de la leche materna es fácilmente digerible y bien absorbida por el infante. La baja relación entre la caseína y las proteínas del suero permiten que sea suave para el sistema digestivo del niño y digerido fácilmente. La utilización de la leche materna es también alta, lo que sugiere un óptimo patrón de aminoácidos. La proteína de la leche materna tiene un valor biológico similar a las proteínas del plasma con una relación de

metionina:cistina que es baja comparada a las proteínas de otros animales. También se ha observado que es baja en aminoácidos aromáticos tales como la fenilalanina y la tirosina. La taurina también se encuentra en la leche materna. Esta sustancia que se encuentra presente en el cerebro en altas cantidades al nacer puede funcionar como un neurotransmisor y debido a que no puede ser sintetizada por el neonato depende totalmente de la ingesta dietética (3, 6, 8, 16, 33, 34).

b) Carbohidratos

En lo que refiere a los carbohidratos, estos juegan un papel importante para mantener baja la concentración de electrolitos. La lactosa es el carbohidrato de la leche de los mamíferos. Este azúcar se encuentra presente en la leche materna en concentraciones relativamente altas. Esta además de ser una fuente de energía es también una fuente de galactosa, la cual es requerida para el desarrollo del sistema nervioso central en la forma de galactolípidos. La lactosa junto con el factor bífido propicia el crecimiento de lactobacilos en el intestino. Otro beneficio de la lactosa es que se ha observado que promueve la absorción del calcio (6, 8, 16, 34, 35).

c) Grasas

La grasa de la leche materna es el principal proveedor de energía y sirve como un vehículo para transferir las vitaminas liposolubles y los ácidos grasos esenciales. La grasa de la leche materna es absorbida eficientemente por el infante debido especialmente a dos factores importantes: la lipasa que contiene y la naturaleza de los triglicéridos. La gran proporción de ácidos grasos esenciales, especialmente el linoléico, tiene un papel importante en el desarrollo bioquímico del cerebro y el sistema nervioso central. Esta es importante para facilitar la mielinización del sistema nervioso central durante los primeros años de vida. Los ácidos grasos esenciales que contienen tienen gran significancia dentro de la calidad de la mielina producida (8, 16, 28, 33).

Las concentraciones de grasa aumentan desde alrededor de 2.0 g/100 ml en el calostro hasta 4-4.5 g/ 100 ml en la leche madura a los quince días después del parto y siguen siendo relativamente estables de allí en adelante (35)

El contenido de colesterol en la leche materna es generalmente alto pero muy variable aunque no tiene relación con la ingesta materna. La grasa en la leche materna cambia durante una mamada aumentando al final de la alimentación. Los contenidos de grasa también aumentan desde la mañana hasta la tarde (8,16)

d) Vitaminas

Cuando la ingesta de la madre es adecuada en vitaminas, en especial de las hidrosolubles, la leche materna provee una cantidad suficiente para satisfacer las necesidades del lactante. La leche materna no sólo contiene las cantidades apropiadas de estos nutrientes sino que en formas de muy alta biodisponibilidad (8, 33, 34, 35).

e) Minerales

La baja concentración de sodio es de suma importancia debido a la capacidad limitada del riñón del recién nacido en manejar una fuerte cantidad de solutos. La baja carga de solutos de la leche materna hace innecesario dar agua al niño que recibe lactancia exclusiva incluso en climas calurosos. Los niveles de calcio y fósforo en la leche materna son menores que los que provee la leche de vaca. La relación calcio:fósforo en la leche materna es alta (2:4) y por lo tanto, más apropiada para el metabolismo del recién nacido (8, 16).

f) Elementos traza

La concentración de hierro en la leche materna es baja y provee solamente 1 mg/día aproximadamente. Sin embargo, su absorción es muy buena debido a los altos niveles de lactoferrina y vitamina C que contiene comparados con la leche de vaca. Existen estudios que han indicado que el niño con lactancia materna exclusiva hasta los seis meses no está en riesgo de padecer anemia (8, 16, 33).

El zinc de la leche materna también es muy bien absorbido. Esto es importante ya que éste es un elemento esencial para el crecimiento del infante. La leche materna ha sido identificada como un alimento que provee zinc biodisponible (8, 16).

g) Agua

Todos los constituyentes de la leche materna se encuentran disueltos, suspendidos o dispersos en agua. El agua contribuye al mecanismo de regulación de temperatura del recién nacido, ya que el 25% de su pérdida de calor es por evaporación de agua por los pulmones y la piel. La leche materna muestra una distribución de 12.4 gramos de sólidos por cada 100 g de leche, lo que indica que tiene un gran porcentaje de agua (16).

3. Ventajas de la leche materna. La principal ventaja de la leche materna es ser el alimento más balanceado para el infante. La leche materna tiene mayores niveles de lactosa que la leche de vaca y su proteína es en un 60% lactoalbúmina. La lactoalbúmina provee al infante la proporción de aminoácidos que más se acerca a la del tejido corporal (3, 32).

Como se mencionó con anterioridad, la leche materna contiene taurina, un aminoácido importante en la formación de sales biliares y por lo tanto, importante para la

absorción de las grasas. Además, este aminoácido está involucrado en el desarrollo del sistema nervioso central (8, 3, 32).

Otro factor importante es que la leche materna forma un fino vello en el estómago mejorando la digestión y causando un vaciamiento más rápido del estómago. También la cantidad de soluto de la leche materna permite que ésta sea más apropiada para el infante, ya que no recarga sus riñones que están en desarrollo (3, 32).

Después de unas cuantas semanas, la leche materna proporciona ventajas al lactante reduciendo la probabilidad de alergias y otras enfermedades; ésta es una de las ventajas más importantes sobre la leche de vaca. La leche materna contiene tantos leucocitos como la sangre (3, 32, 33, 34, 35).

Otro aspecto importante es que los niños alimentados al pecho no presentan problemas de estreñimiento como sucede con los niños que reciben fórmula (28).

En poblaciones de bajo nivel socioeconómico, los niños amamantados tienden a presentar menores niveles de mortalidad, probablemente porque además de ofrecer mayores defensas al niño, no da problemas de sanitización. La lactancia materna también tiene la ventaja de que el alimento se encuentra disponible en cualquier momento, a la temperatura adecuada y sin tener problemas de diluciones o preparaciones (3, 27, 32, 34).

La protección en contra de las alergias es una de las incontables ventajas que un niño recibe de la leche materna. Las proteínas de la leche materna son compatibles con el niño evitando que éste se vuelva sensible a ellas, lo que sí sucede con las proteínas de la leche de vaca (33).

La lactancia materna también provee ventajas para la familia ya que es un alimento barato y funciona como un método anticonceptivo espaciando los embarazos naturalmente. La madre también se ve beneficiada, ya que el amamantamiento ayuda a que el sangrado post-parto sea menor y evita el desarrollo de cancer de pecho (25, 28, 32, 33, 35).

Por último, existe la ventaja de tipo emocional. El niño amamantado crea una relación más fuerte con su madre de modo que se siente más seguro y protegido, al mismo tiempo que la madre siente satisfacción (3, 28, 32, 33).

4. Cómo Evaluar las Prácticas Alimentarias durante la Lactancia. Una clasificación utilizada para la evaluación del valor intrínseco de las prácticas de lactancia materna contiene cuatro categorías: beneficiosa, perjudicial, no perjudicial o indefinida. A continuación se indican algunos ejemplos (10):

a) Beneficiosa: tener al niño cerca, amamantar según demanda, espaciar embarazos con lactancia prolongada.

b) No perjudicial: Creer que ciertos alimentos son fríos o calientes y relacionándolos con estados frío-caliente no es perjudicial si los requerimientos se están cubriendo.

c) Perjudicial: No reconocer el valor del calostro y no proporcionarlo al bebé.

d) Indefinida: Cualquier práctica que no dañe a la persona y que requiera de mayor información o estudio para identificarla.

También existe otra clasificación de las prácticas alimentarias de lactancia materna en la cual las prácticas se dividen en restringida o no restringida (10).

a) No restringida: Estas no presentan ninguna regla que delimite el tiempo de amamantamiento. El infante recibe lactancia cada vez que llora o se intranquiliza. Usualmente la madre y el niño duermen en la misma cama o por lo menos en el mismo cuarto. En el día el infante permanece con la madre todo el tiempo de modo que si llora pueda ser tranquilizado por amamantamiento (10).

En este patrón de amamantamiento existen aproximadamente diez o más tiempos de comida para el niño. Este número disminuye gradualmente a cinco o seis en los primeros seis meses. No existe alimentación por pacha (10).

b) Restringida: Se caracteriza por limitaciones severas del amamantamiento debido a costumbres sociales. Existen reglas que restringen el número de mamadas, su duración y el tiempo que debe existir entre cada comida. La madre y el niño se encuentran generalmente en diferente cuarto. En este patrón la fuerza de succión del niño se calma con la pacha y se disminuye su apetito proporcionando agua azucarada y alimentos semisólidos. Pueden surgir problemas debido a que el número reducido de comidas ocasiona la acumulación de leche en el pecho de la madre haciendo que éste aumente de tamaño dificultando más la alimentación del niño; en este caso es común que exista un destete total (10).

C. Período de Destete

1. Conceptualización. El término destete tiene diferentes significados para diferentes personas y lugares, lo que ha determinado que aún no exista un acuerdo total sobre el significado del mismo (9, 24).

El término en sí, que proviene de la palabra "wenian", significa "llevar a acostumbrarse a algo diferente" y no significa el cese total de la lactancia materna. Sin embargo, en la terminología sobre alimentación infantil este término ha sido utilizado para referirse a diferentes cosas. Usualmente éste significa que el niño recibe cantidades significativas de otros alimentos diferentes a la leche materna o que se introduce una variedad de alimentos no lácteos mientras la relativa importancia de la leche en su dieta disminuye. Por lo tanto, el término podría referirse como el período durante el cual el niño se adapta gradualmente a otros alimentos distintos a la leche materna, mientras continúa siendo amamantado; siendo su propósito el de adicionar alimentos que complementen la leche materna (9,10, 16, 24, 22, 27).

Aparentemente un proceso simple como el destete es en muchos aspectos complejo viéndolo desde el punto de vista de una operación nutricional, inmunológica y fisiológica (16, 24).

Existen los siguientes términos para referirse a esta etapa: gradual, deliberada o abrupta. El destete gradual se refiere al que se acaba después de varias semanas o meses. El destete abrupto es aquel que es forzado y causa el cese inmediato de la lactancia; este tipo de destete es traumático para cualquier niño (10).

Existe la opinión que éste es un proceso gradual y que debe terminar aproximadamente después de un tiempo igual al período de gestación (16)

2. Inicio del destete. Este período usualmente inicia alrededor de los cuatro a seis meses de edad y se extiende hasta los dos años de vida, cuando el niño llena sus necesidades nutricionales consumiendo los alimentos que toda la familia consume. No existe ninguna necesidad nutricional de introducir alimentos antes de esta edad. La introducción temprana puede contribuir a tener alergias (3, 4, 9, 11, 25, 28).

La edad recomendable para iniciar la ablactación debe considerar varios criterios. Uno de ellos es la insuficiencia de la leche materna de cubrir los requerimientos nutricionales del lactante. El hecho de que la reserva de hierro que había sido proporcionada por la madre en la etapa intrauterina se agote y el que la leche materna no aporte la cantidad suficiente de este elemento es un factor de importancia para iniciar el destete. Otro aspecto importante es el desarrollo del sistema digestivo. De acuerdo a estos dos últimos criterios lo más temprano que el niño debe iniciar su destete es a los cuatro meses (1, 4, 9, 16, 25, 28).

Tanto las autoridades nutricionales como médicas están de acuerdo en que la edad óptima del niño para iniciar el destete es de los cuatro a seis meses. Además, esta edad puede traer ciertos beneficios, ya que debido al grado de desarrollo del niño en esta edad, él puede comunicar deseos y participar en el proceso (11).

El niño de un año de edad ya tiene que estar recibiendo alimentos que complementen la leche materna. Los requerimientos de proteína de un niño de un año de vida de acuerdo a su peso puede llenarse consumiendo 750 ml de leche; sin embargo, esta cantidad no cubre sus necesidades energéticas. La cantidad de energía requerida se

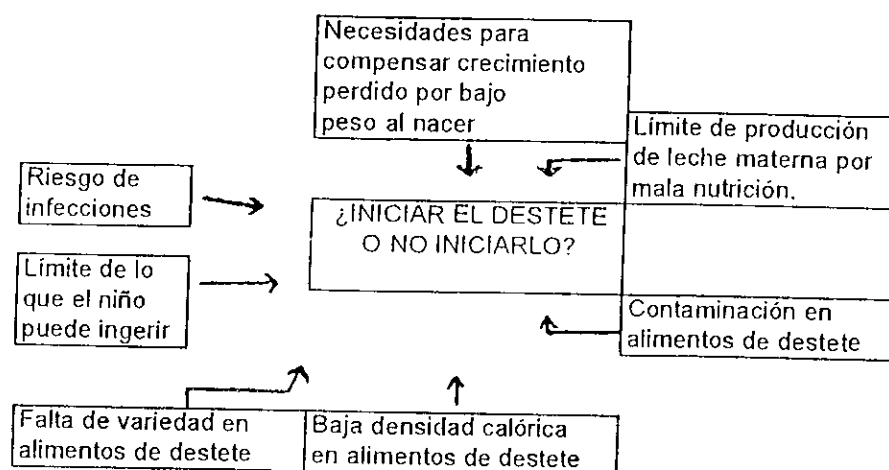
satisface con el consumo de 1500 ml de leche, una cantidad bastante alta para poder ser producida por una madre lactante (22).

En el cuadro No. 1 se muestran dos esquemas de los diferentes factores que pueden afectar el inicio del destete (22, 23)

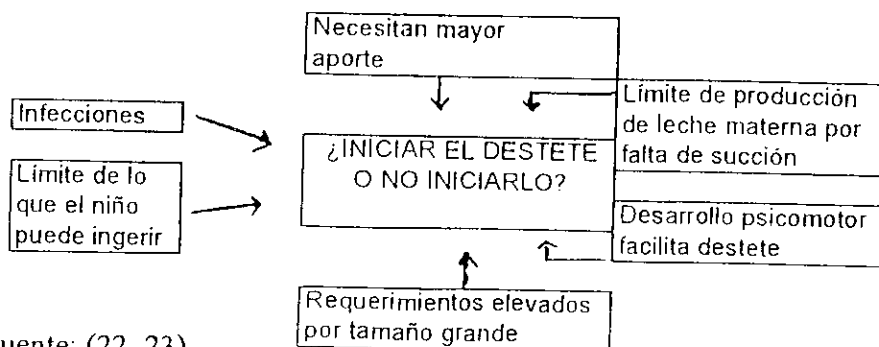
CUADRO NO. 1

FACTORES QUE AFECTAN EL INICIO DEL DESTETE

FACTORES EN PAISES EN DESARROLLO



FACTORES EN PAISES DESARROLLADOS



Fuente: (22, 23)

Como regla general, se sugiere que el destete debe hacerse en forma gradual y sin forzar al niño. Existen dos fases dentro del destete: a) la introducción de fórmula y b) la

introducción de alimentos semisólidos o sólidos. Estas dos fases no se cumplen en países subdesarrollados en los que generalmente los niños reciben lactancia materna por más de dos años y muchas veces no es substituída por ninguna fórmula (1, 25).

3. Principios Básicos para la Introducción de Alimentos. El propósito de introducir nuevos alimentos a la dieta del niño es complementar la leche materna y lograr que el niño reciba suficiente energía, proteína y otros nutrientes para el crecimiento normal (9,49).

Existen varias recomendaciones sobre introducir alimentos durante el período de destete; estas son (1, 3, 4, 9, 11, 16, 28):

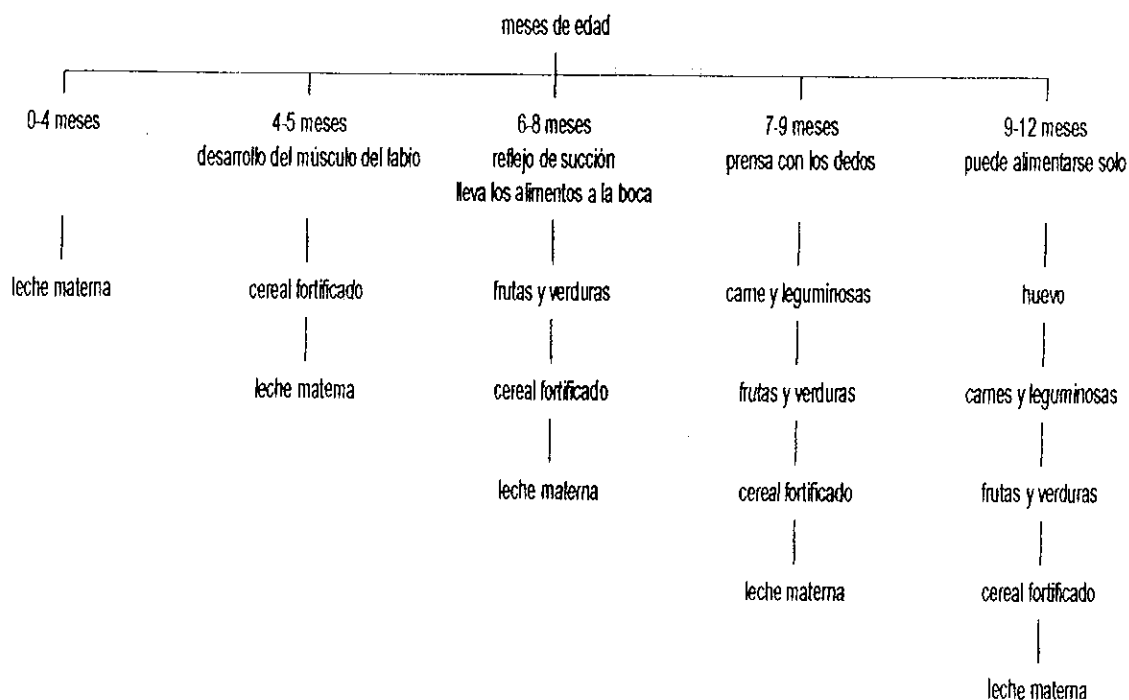
- a) Ofrecer alimentos complementarios después de que el niño ha sido amamantado. La razón para hacerlo así es que el niño ingiere alimentos sin reducir su ingesta de leche materna, la cual es el alimento nutricional más completo.
- b) Dar prioridad a los alimentos sólidos y semisólidos; de esta forma se propiciará la sed, al lograr que el niño siga mamando.
- c) Entrenar al niño para que acepte el sabor y textura de los alimentos dando pequeñas cantidades de cada alimento y aumentarlas poco a poco.
- d) No introducir sabores y texturas de una vez, sino que cada alimento se debe introducir a un tiempo, esperando unos días para introducir uno nuevo.
- e) Introducir preparaciones simples con sólo un ingrediente, de modo que sea fácil identificar alergias.

- f) Después de los seis meses el niño debe ingerir alimentos de cuatro a seis veces al día, además de la leche materna.
- g) Cuando el niño pueda, hay que dejarlo comer por sí mismo pero bajo supervisión.
- h) No se recomienda forzar los alimentos, aunque sí que las madres sean persistentes y pacientes en la alimentación del niño.
- i) La transición de alimentos debe hacerse de la siguiente forma: cereales fortificados mezclados con leche, frutas, vegetales, huevos, papa y por último carne.
- j) Al introducir los cereales, se recomienda que sea cereal de arroz fortificado con hierro, ya que éste no produce reacciones alérgicas.
- k) Al introducir frutas se recomienda que ésta sea en puré y sin azúcar. La naranja, uva, manzana y toronja son primero dadas en forma diluída debido a que pueden producir reacciones alérgicas.
- l) Dar primero puré de zanahoria, arvejas, ejote y güicoy antes de introducir otras verduras. Estos alimentos tienden a tener mayor aceptación.
- m) No introducir el huevo completo hasta después del año. Primero introducir la yema bien cocida mezclada con leche u otro alimento.

n) Introducir la carne de res, pavo, pollo o pescado molido a partir del séptimo o noveno mes.

Se debe recordar que la introducción de alimentos debe ir acorde al desarrollo del sistema digestivo y del desarrollo psicomotor del niño. En el cuadro No. 2 se muestra un esquema de cómo deben introducirse los alimentos (29).

CUADRO NO. 2
ESQUEMA PARA LA INTRODUCCION DE ALIMENTOS A LA
DIETA DEL LACTANTE



Fuente (29)

4. Cómo Conocer las Prácticas Alimentarias durante el Destete Las prácticas

alimentarias están directamente relacionadas con los aspectos socioeconómicos, culturales, tecnológicos y biológicos. Debido a esto es importante obtener información sobre el hogar y la comunidad, los factores ambientales, culturales y socioeconómicos que influyen en la selección de los alimentos de destete, su preparación y distribución dentro del hogar (1, 9, 16,21,50).

a) Disponibilidad de alimentos

Este aspecto es muy importante ya que definirá qué tipo de alimentos se introducirán al niño, como también será la base para formular nuevas recomendaciones de alimentación complementaria. Al estudiar este aspecto es importante definir los cambios que existen en la disponibilidad de alimentos debido a las diferentes estaciones del año. Este aspecto también incluye toda la información sobre los recursos disponibles para el almacenamiento y preparación de los alimentos (2, 9,50).

b) Conocimientos y creencias

Estos son condicionantes de la elección de los alimentos de destete. Las preparaciones de destete van de acuerdo a la disponibilidad de alimentos, pero los conocimientos y las creencias sobre estos son los que determinan qué alimentos se utilizan y cuáles no (2,9,50).

D. Alimentación en el Primer Año de Vida

El niño a término es capaz de funcionar independientemente en los aspectos fisiológicos que son esenciales para su sobrevivencia. Durante el primer año de vida, el

niño presentará un crecimiento y desarrollo que sobrepasa el que pueda suceder en años posteriores. El crecimiento físico y desarrollo de cada infante está determinado por características genéticas, calidad de nutrición prenatal y la adecuación nutricional de la dieta postnatal (3).

La cantidad de leche materna ingerida por un niño sano nacido de una madre bien nutrida se ha tomado como base para las recomendaciones diarias durante los primeros seis meses. Para los siguientes seis meses las recomendaciones están basadas en el consumo de fórmula y la cantidad de comida sólida que recibe (3)

Debido a que la leche de una madre que consume una dieta adecuada está diseñada para cubrir todos los requerimientos del infante, se recomienda que exista lactancia materna en los primeros seis meses de vida. Entre los cuatro y seis meses es apropiado introducir alimentos colados (3, 4).

a) Energía

Las necesidades de energía en los primeros seis meses oscilan entre los 95 a 145 kilocalorías por kilogramo de peso. En el segundo semestre de vida este requerimiento aumenta a 70 y 135 kilocalorías por kilogramo. En esta edad, aproximadamente la mitad de la energía gastada se debe al metabolismo basal y para mantener los altos niveles de actividades metabólicas. En los primeros cuatro o cinco meses de vida el crecimiento normal es el responsable de un tercio de la energía total requerida. En el resto del primer año un décimo de la energía es utilizada para crecimiento mientras que la mayor cantidad es utilizada para actividad física (3, 22).

b) Proteínas

Los requerimientos de proteínas para niños de esta edad es mayor por kilogramo de peso que los de adultos y otros niños. Las recomendaciones están basadas en la composición de la leche materna, asumiendo que ésta tiene una eficiencia de utilización del 100%. Estas expresadas en gramos por kilocalorías son: 1.9 g/100 kcal para infantes de 1 a 4 meses, 1.7 g/100 kcal de 4 a 12 meses, y 1.4 g/kg/día para niños de 12 a 36 meses (4).

La leche materna provee de 2 a 2.4 g de proteína por kilogramo de peso en los primeros meses de vida, pero a los seis meses esta cantidad desciende a 1.5 g/kg de peso/día. En las recomendaciones diarias (RDA) éstas han sido ajustadas a 2.0 g/kg en los segundos seis meses ya que en este período existe una alimentación mixta de menor eficiencia (3).

c) Grasa

Se recomienda que el niño consuma un mínimo de 3.8 g/100 kcal y un máximo de 6 g/100 kg de grasa. Esta cantidad es presentada en la leche materna y en todas las fórmulas maternizadas existentes lo que equivale a 45 - 50% de la energía (3,4).

Las fórmulas lácteas bajas en grasa están contraindicadas para el infante, ya que dificultan alcanzar una ingesta energética suficiente para que exista un incremento de peso adecuado (3).

d) Carbohidratos

No existe una recomendación sobre la ingesta de carbohidratos del infante. La lactosa forma el 38 a 40% del contenido energético de la leche materna. Debido a esto se

dice que los carbohidratos deben proveer el 30 a 60% de la energía ingerida por el infante (3,4).

e) Agua

Los requerimientos de agua en el niño son determinados por la cantidad perdida a través de la piel y pulmones, además de las pérdidas por orina y heces más una pequeña cantidad requerida para crecimiento. Los infantes requieren aproximadamente 150 ml/100 kcal. La lactancia materna y las fórmulas maternizadas preparadas adecuadamente proveen la cantidad de agua adecuada bajo condiciones normales. En climas calurosos el infante puede necesitar agua adicional. Otro aspecto que puede aumentar los requerimientos de agua es la presencia de vómitos o diarrea (3, 4, 34).

E. Estudios sobre Prácticas Alimentarias de Lactancia Materna y Destete en Guatemala

Han existido estudios sobre las prácticas de destete en Guatemala en los cuales se ha evaluado la prevalencia, duración, edad de introducción de alimentos complementarios y las principales causas que existen para suspender la lactancia materna. Los últimos estudios han demostrado que la tendencia de la lactancia exclusiva se ha incrementado, incremento que se mantiene hasta el tercer mes, pero se considera que aún no ha alcanzado niveles satisfactorios (14,51).

Las prácticas alimentarias del niño menor de un año en Guatemala varían notablemente entre grupos socioeconómicos y étnicos así como en la ubicación rural o urbana de las familias y se caracterizan por ser básicamente lactancia materna y otros alimentos que se introducen progresivamente pero que se administran en cantidades escasas (1, 51).

En cuanto al alojamiento conjunto en los servicios hospitalarios, se ha observado que de 1976 a 1991 ha aumentado siete veces esta práctica en los servicios que atienden la población rural y la urbano marginal, lo que no ha sucedido con la población urbana de nivel socioeconómico alto. Esto puede hasta cierto punto afectar el tiempo transcurrido entre el nacimiento y el amamantamiento que es de nueve a once horas (51).

La duración promedio de la lactancia materna está muy relacionada con el nivel socioeconómico de la madre. La población de posición socioeconómicamente alta muestra una duración media de 5 meses, la urbano marginal de 16 meses, la rural ladina 19, y la rural indígena 23 meses (51).

Los hallazgos muestran que la práctica del amamantamiento ha sido un proceso cambiante. En el área rural, tanto la prevalencia como la duración son altas, lo que no ocurre en el área urbana. La edad en la que se introducen los alimentos complementarios a la leche materna es generalmente temprana, excepto en algunos grupos étnicos del área rural donde sucede después de los seis meses de vida. Tanto los estudios longitudinales como transversales han mostrado que la prevalencia en el área urbana es menor a la existente en el área rural (1,14,51).

El último estudio de las tendencias de la lactancia materna en Guatemala mostró un incremento de la edad del destete en todas las poblaciones comparadas con los valores obtenidos en 1976. Estos resultados mostraron que en 1991, la población socioeconómicamente alta tuvo un destete a los 4-6 meses, la urbano marginal de 7 a 12 meses y la rural indígena y rural ladina de los 13 a 18 meses de edad. Al problema de la introducción temprana de alimentos en el área urbano marginal y rural ladina se suma el que los alimentos introducidos carezcan de un adecuado aporte de proteínas y energía (51).

En cuanto a la cantidad y calidad de los alimentos que se introducen a la dieta de los niños son en general inferiores a los que se deberían dar. Los resultados también muestran que aparte de alguna selección de alimentos, nada se prepara especialmente para los niños. Se prefieren los alimentos líquidos a los blandos los cuales generalmente tienen menor valor nutricional. El estudio realizado por Breeuwer en 1985 indica que estas prácticas se hacen siguiendo el patrón de creencias en cuanto a lo que el niño de esta edad puede tolerar y no de acuerdo al valor nutritivo de los alimentos (21,51).

Generalmente, las mujeres del área urbana destetan a los niños y les dan alimentos sólidos a edades tempranas, a diferencia de las mujeres en las áreas rurales. Un estudio realizado por CeSSIAM en 1991, donde el 30.3% de madres era del área rural y el 69.7% de la región metropolitana, mostró que el 68.4% de los niños presentó de cero a dos meses la introducción de alimentos por primera vez, el 23.7% la presentó de tres a cuatro meses, un 4% a de cinco a seis meses y un 3.9% arriba de los siete meses de edad. En la población ladina rural el destete comienza durante los segundos seis meses, cuando los niños comienzan a ingerir alimentos sólidos. El estudio sobre las tendencias de la lactancia materna en Guatemala en 1991, mostró que el 47.7% tienen una lactancia exclusiva en algún momento, 24.2% la tienen casi exclusiva, el 62.7% muestra una lactancia mixta de 6 a 9 meses y el 36.1% una lactancia prolongada, o sea hasta los 20 meses (1, 21, 51,55).

Los estudios realizados muestran que gran cantidad de las prácticas alimentarias están influenciadas por creencias culturales como las ideas relacionadas con "caliente y frío". También se observa que estas prácticas están influenciadas por el estado de salud del niño ya que muchas madres interrumpen la lactancia por la presencia de diarrea en el

niño. Muchas madres han indicado que también suspenden la lactancia cuando sufren un susto, reanudándola después de unas horas (15).

Se ha observado a nivel rural que la razón más común para el destete es un nuevo embarazo. Otras razones reportadas en diferentes estudios es la escasa cantidad de leche, seguido del rechazo por el niño y la enfermedad materna o del infante. Se ha observado también, que existe una relación entre la prevalencia de la lactancia materna y la ocupación de la madre, así como también con la edad que ésta tiene y el número de hijos en la familia, siendo mayor cuando la madre es ama de casa, tiene más edad y tiene mayor número de hijos (1,14,15,52).

En cuanto a las prácticas del destete, se ha observado que el dar agua azucarada mientras la madre está lista para dar de mamar es una práctica muy común, así como la introducción del café en el área rural, de once a doce meses y en el área urbana, de seis a siete meses. Un estudio realizado por CeSSIAM muestra que a más del 60% de los bebés alrededor de los 12 meses de edad, ya se les ha introducido el café en su dieta diaria (1,2,25,52,53).

Los alimentos más utilizados de cero a dos años son caldo de frijol, café, tortilla y fideos; y entre los líquidos más utilizados están el té de hierba buena, de salvia santa, agua hervida, de canela, de ruda, de pericón, de manzanilla, de altamira, guayabo y agua de zapote (1, 2, 25, 52).

En el área urbana los atoles de cereales como maicena, avena, 13 Cereales, la Incaparina y las frutas se introducen a los cinco meses, mientras en el área rural se introducen hasta los diez meses, siendo el alimento más comunmente introducido el atol de masa (31).

Los cereales y harinas de cereales se introducen entre los seis y ocho meses en el área urbana de Guatemala y hasta los once meses en el área rural. Los huevos, en la dieta del niño del área urbana se introducen a los seis meses y en el área rural a los catorce meses (31).

En cuanto a los vegetales, se ha observado que en el área rural se consume el macuy, el bledo y otro tipo de hierbas, mientras en el área urbana se consumen más los vegetales verdes y amarillos (31).

Las carnes se introducen a los ocho meses en el área urbana de Guatemala, mientras que en el área rural esto se dá hasta los trece meses (31).

En el cuadro no. 3 se muestra el patrón de introducción de líquidos y alimentos. Se debe considerar que el alimento puede cambiar según la región de Guatemala, pero estos resultados nos dan una idea del tipo y orden de alimentos que se introducen (55).

CUADRO NO. 3
PATRON DE INTRODUCCION DE ALIMENTOS LIQUIDOS Y SOLIDOS

orden	primer alimento líquido	frecuencia	primer alimento sólido	frecuencia
1°	agua azucarada	60.5%	banano	40.8%
2°	agua pura	23.7%	güicoy	32.9%
3°	agua de cebada	17.1%	huevo	29.0%
4°	atoles	7.9%	güisquil	27.6%
5°	incaparina, agua de papa	22.4%	arroz o café	6.6%

Fuente: (55)

F. Descripción de las aldeas Xepanil y Parajbey

I. Ubicación El Departamento de Chimaltenango se encuentra ubicado en la Sierra Madre, altiplano central de la República de Guatemala. Este departamento cuenta con 16 municipios: Acatenango, Comalapa, Chimaltenango, El Tejar, Parramos, Patzicía, Patzún, Pochuta, San Andrés Itzapa, San José Poaquil, San Martín Jilotepeque, Santa Apolonia, Santa Cruz Balanyá, Tecpán Guatemala, Yepocapa y Zaragoza (12).

Santa Apolonia se encuentra a 94 kilómetros de la ciudad capital, si se viaja por la carretera Panamericana. Colinda al norte con Tecpán Guatemala y Joyabaj (Quiché), al sur con San José Poaquil, al este con San José Poaquil y Comalapa y al oeste con Tecpán Guatemala. Tiene una extensión de 96 kilómetros cuadrados que ocupan su cabecera municipal, 12 aldeas, 21 caseríos y un asentamiento agrario conocido como la aldea Panatzan (12).

a) Xepanil

Se encuentra a una altura promedio de 2,200 metros sobre el nivel del mar. La aldea dista 12 kilómetros de la cabecera municipal al viajar por la carretera departamental y tiene un área de cuatro kilómetros cuadrados (12).

b) Parajbey

Se encuentra a 2,170 metros sobre el nivel del mar. La aldea se encuentra a 14 kilómetros de la cabecera municipal. El área de esta aldea se estima en seis kilómetros cuadrados (12).

2. Población y sus Características

a) Etnia

La población es 100% de etnia Maya-Kaqchiquel que aún conserva aspectos físicos y culturales (12).

b) Población

En el cuadro no. 4 se muestran los datos sobre la población que habita cada aldea. En total las dos aldeas tienen 1,315 habitantes que están distribuidos de la siguiente manera: Xepanil 300 habitantes y Parajbey 648 habitantes (12).

CUADRO NO. 4
DISTRIBUCION DE LA POBLACION DE LAS ALDEAS XEPANIL, PARAJBEY
Y PACUTAN, MUNICIPIO DE SANTA APOLONIA DEPARTAMENTO DE
CHIMALTENANGO

ALDEAS	AREA kms	No. familias	No. viviendas	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Xepanil	4	60	50	126	174	300
Parajbey	6	130	107	291	357	648

Fuente: (36)

La aldea Parajbey es la más poblada y la que cuenta con mayor superficie. En Xepanil y Parajbey el número de mujeres es mayor que el de los hombres (12).

c) Educación

Se estima que el analfabetismo en las dos aldeas es mayor al 90%, pero afecta más a las mujeres adultas. En los hombres disminuye el promedio de 50 a 60%. Las personas alfabetizadas solamente han cursado hasta segundo y tercero primaria en castellanización, esto quiere decir que leen sin comprender los conceptos de la lectura. El 65% de los alumnos entre 7 y 14 años solamente cursan hasta tercer grado primaria (12).

El ausentismo es grande y sus causas son varias relacionadas con la precaria situación socioeconómica de los habitantes de las aldeas, falta de maestros, irregularidad en la asistencia y lo inapropiado de los programas educativos (12).

d) Religión

En Xepanil la mayoría de sus habitantes son católicos. En Parajbey predomina la religión protestante y un reducido número son de religión tradicional Maya (12).

e) Mano de Obra

La mano de obra utilizada, en su mayoría, es familiar para todas las actividades que requieren los diferentes cultivos. Hay agricultores con mayor extensión de tierra y contratan mano de obra. También hay un número reducido de habitantes que se dedican a oficios como albañilería, comercio y zapatería. El costo del jornal es de siete a ocho quetzales por día más el almuerzo y depende del tipo de trabajo, la distancia, la aldea y la época. Para la siembra y limpieza de maíz, el costo de los jornales es de ocho a quince quetzales respectivamente (12).

3. Servicios Básicos

a) Salud

El Puesto de Salud más cercano a Xepanil y Parajbey se encuentra a 8 kilómetros en la aldea Chipatá, Las Mejoranas, pero los pobladores refieren que se encuentra abierto aproximadamente solamente una vez a la semana. Existe otro puesto de salud en la cabecera municipal de Santa Apolonia (12).

b) Vivienda

En la aldea Xepanil, el 100% de las viviendas tienen piso de tierra, paredes de lodo con palos rollizos dentro. Otras casas son de adobe hasta la mitad de las paredes y completan la pared en la parte superior con caña de maíz. El techo es de paja o lámina. La mayoría de las casas tienen de uno a dos cuartos en los que duermen, cocinan y almacenan los productos e instrumentos de uso diario. La mayoría de las viviendas tienen menos de 15 metros cuadrados de superficie. Por lo general cocinan en el suelo con leña. Actualmente, se han instalado 18 estufas chefinas en Parajbey y tres en Xepanil (12).

Las viviendas en Parajbey ofrecen mejores condiciones habitacionales que las de la aldea Xepanil. La mayoría de estas viviendas fueron construídas con fondos suizos a través del Banco Nacional de Desarrollo Agrícola, BANDESA, en calidad de crédito y con facilidades de pago en los años de 1976 a 1979 (12).

c) Agua Potable y Electricidad

En las dos aldeas hay canalización de agua para consumo pero con el inconveniente que escasea en la época seca. No hay corriente eléctrica en Xepanil y Parajbey pero los pobladores buscan alternativas para adquirir este servicio. Actualmente existe un panel fotovoltaico instalado por el Proyecto de la Universidad del Valle de

Guatemala en estas dos aldeas que se encuentra colocado en cada escuela y provee luz eléctrica para las reuniones comunales y otras actividades que se llevan a cabo en este lugar (12).

4. Problemas Nutricionales

a) Desnutrición Protéico-Energética

En el Primer Censo Nacional de Talla de Escolares, realizado en 1986, se encontró una prevalencia de retardo en talla de 37.4% a nivel nacional. La distribución por área geográfica de esta prevalencia fue heterogénea. Los departamentos identificados como los de mayor riesgo nutricional por las elevadas prevalencias de retardo en talla encontrada fueron: Huehuetenango, El Quiché, Sololá, Totonicapán y Chimaltenango (36,52).

El departamento de Chimaltenango fue el quinto en tener mayor número de niños con desnutrición con una prevalencia de 52%. El 38.8% de los niños escolares presentaron desnutrición moderada y 13.2% desnutrición severa. En base a estos datos el departamento fué calificado como área de muy alto riesgo (36).

En este estudio fue evaluado el municipio de Santa Apolonia presentando una prevalencia de desnutrición de 61.9%, lo que lo clasifica como un área de alto riesgo. Este municipio presentó una mayor prevalencia, en comparación con otros municipios del área, como Tecpán Guatemala que tuvo un valor de 60.2% (36).

b) Deficiencia de Vitamina A

En 1988 se hizo un estudio en varias comunidades del país mostrando que el 21% de los niños de uno a siete años tenían niveles bajos de retinol en plasma. Desde entonces, la prevalencia de la deficiencia de vitamina A ha sufrido altibajos debido a las medidas preventivas que se han tomado como la fortificación del azúcar. En adición a la fortificación del azúcar con vitamina A, se ha iniciado el cultivo de vegetales ricos en pigmentos pro-vitamina A en algunas localidades del país (36)

La evolución de la prevalencia de hipovitaminosis A está asociada a la fortificación del azúcar con palmitato de retinol. Sin embargo, el consumo de este alimento no está generalizado y en muchas áreas no existe la posibilidad de su compra lo que hace muy difícil su consumo. Esto sucede en las aldeas Xepanil y Parajbey, donde los habitantes refieren que su costo es alto y que para ellos es mejor consumir la panela (36).

En esta aldeas si existen cultivos con pigmentos pro-vitamina A, entre ellos está el brócoli, bledo, macuy y berro. El brócoli se cosecha en grandes cantidades pero su consumo es reducido. Esto se debe a que estos son cultivos de exportación y no existe hábito de consumirlo dentro de los habitantes de esta región. Por lo general, es más común que se coman las hierbas como el macuy, el berro y el bledo, aunque estos cultivos son más limitados (36,54).

c) Deficiencia de Yodo

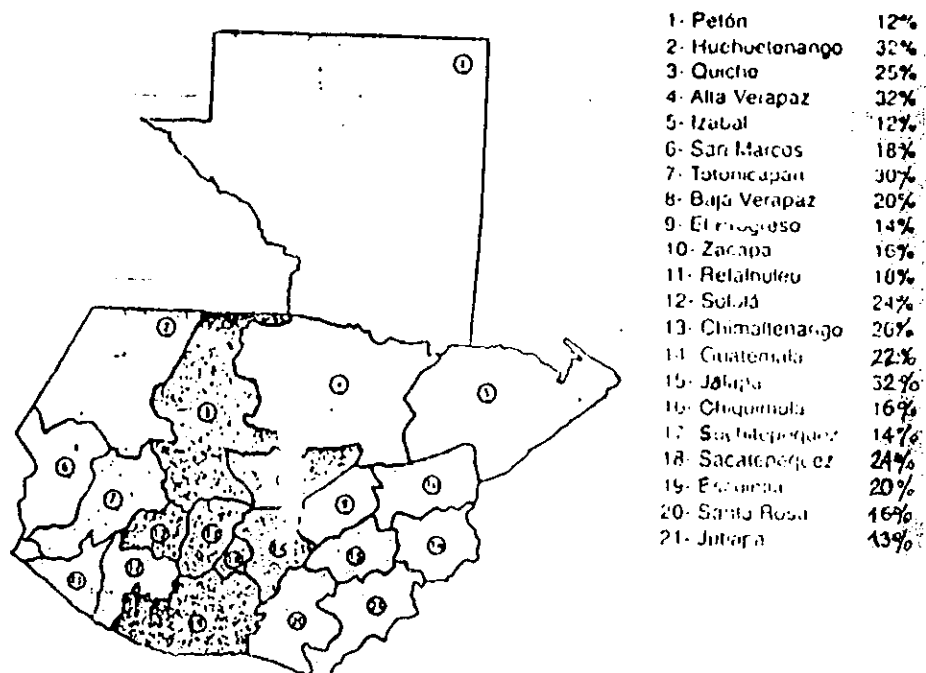
Guatemala fué uno de los primeros países en América Latina y el primero en América Central, en disminuir la prevalencia de bocio endémico a niveles que no

significan un problema de salud pública, por medio de un programa de yodación de la sal a nivel nacional. Sin embargo, la yoduria experimentó un descenso entre las últimas encuestas debido al abandono del programa (35).

En 1987, se efectuó en Guatemala una investigación para determinar la prevalencia de bocio y deficiencia de yodo en escolares del nivel primario de toda la república, en el que Chimaltenango presentó una de las mayores prevalencias con un porcentaje de 26%. Estos resultados se muestran en la figura no. 1 (35).

FIGURA NO. 1

PREVALENCIA DE BOCIO ENDEMICO EN ESCOLARES



Fuente: (56)

III. JUSTIFICACION

Las enfermedades diarreicas siguen constituyendo uno de los problemas más importantes de la niñez ya que figuran entre las primeras cinco causas de mortalidad de los niños de uno a cuatro años. Además, las enfermedades diarreicas constituyen uno de los primeros determinantes de la malnutrición y el retraso de crecimiento.

La lactancia materna es una de las medidas de mayor eficacia y menor costo para proteger el crecimiento y desarrollo sano de los niños. Ella brinda el alimento ideal para el recién nacido, así como un beneficio biológico y afectivo a la madre y al niño. Pese a esto, la lactancia materna no es una práctica extendida en toda la región y a esto se le agregan las prácticas deficientes de ablactación en la mayoría de lugares.

En países en vías de desarrollo como Guatemala, la edad en la que a los niños lactantes se les introduce alimentos complementarios es considerado un aspecto importante de salud pública debido a que existe un alto riesgo de contraer enfermedades infecciosas por preparaciones contaminadas y a la vez, un riesgo potencial de sufrir alteraciones en el crecimiento si estos alimentos son introducidos inadecuadamente. Por lo tanto, las prácticas inadecuadas de alimentación en la infancia constituyen un serio problema y un gran obstáculo para el desarrollo social y económico de nuestro país (12, 30).

En la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, se estableció como una de las metas para 1995 lograr que todas las madres amamanten a sus hijos durante los primeros cuatro a seis meses y que se continúe la lactancia con la adición de alimentos complementarios hasta bien entrado el segundo año de vida, con el fin de evitar las altas tasas de desnutrición y mortalidad infantil que actualmente existen (30).

Para poder cumplir con esta meta es necesario que existan estudios periódicos de las prácticas alimentarias de lactancia materna y destete en la región, de modo que éstas puedan ser una fuente de información actualizada para retroalimentar los programas de promoción de la lactancia materna y destete. Estos aspectos son importantes ya que son los programas preventivos los que permiten que exista una disminución en los porcentajes de morbilidad y mortalidad infantil.

Por esta razón, se planificó la presente investigación en la que se estudiarán las prácticas alimentarias de lactancia materna y destete en una población que presenta alta prevalencia de lactancia materna pero al mismo tiempo, altos porcentajes de desnutrición. Con ello se pretende establecer las prácticas alimentarias de lactancia materna y destete existentes e identificar aquellas que son dañinas, beneficiosas o sin importancia para la salud del niño. También se identificarán los diferentes factores que tienen influencia sobre estas prácticas.

Se pretende que este estudio brinde información valiosa para la modificación o implementación de programas de promoción de la lactancia materna y destete apropiado que obedezcan a las necesidades de las poblaciones de mayor prevalencia de desnutrición y enfermedades diarreicas en nuestro país.

IV. OBJETIVOS

A. General

Contribuir a evaluar las prácticas que, en relación a lactancia materna y destete, tienen las madres de los niños de cero a dos años de las aldeas Xepanil y Parajbey del municipio de Santa Apolonia, Departamento de Chimaltenango y establecer los factores que las condicionan.

B. Específicos

1. Determinar los prácticas existentes en estas aldeas en relación a lactancia materna y destete.
2. Establecer la prevalencia y duración de la lactancia materna exclusiva y la edad de destete entre las madres de la comunidad.
3. Determinar los factores que condicionan las prácticas de lactancia materna y destete entre las madres.
4. Observar y calificar la técnica de lactancia materna que existe entre las madres de la comunidad.
5. Evaluar las prácticas de lactancia materna y destete en las aldeas Xepanil y Parajbey, Chimaltenango.

V. METODOLOGIA

A. Materiales

1. Población. La población estudiada fue del 96.4% de madres con niños menores de dos años que residen en las aldeas Xepanil, y Parajbey, municipio de Santa Apolonia del departamento de Chimaltenango. Este porcentaje representa a 27 madres que fueron entrevistadas. Solamente una madre no quiso ser entrevistada.

2. Instrumentos de recolección de datos

a) Formulario de Censo: Este formulario se utilizó para establecer la cantidad de madres con niños menores de dos años, sus nombres y la cantidad de hijos menores de dos años que tienen. En el anexo no.1 se presenta el formulario junto con su instructivo.

b) Formulario de Observación: Este formulario fue utilizado para hacer anotaciones sobre la técnica de lactancia materna que tiene la madre y si ésta es adecuada o puede dar problemas. En el anexo no. 2 se presenta el formulario.

c) Formulario de recolección de datos para entrevista: Este formulario se presenta en el anexo no. 3 con su respectivo instructivo. En el mismo se obtiene información general de la madre, información familiar, saneamiento ambiental, información del niño menor de dos años e información sobre las prácticas alimentarias del niño menor de dos años.

d) Formulario de recolección de datos para grupo focal: Este formulario se presenta en el anexo no. 4 con su respectivo instructivo. Este formulario recopila algunas preguntas del formulario de recolección de datos para entrevista, las cuales se hicieron para obtener mayor información dentro del grupo focal.

3. Tabulación y Análisis de Datos. Para la tabulación y análisis de datos se utilizó una computadora PC Compudyne y el programa EPIINFO versión 6.0 y Statxact versión 2.0.

B. Método

1. Determinación de la Población a Estudiar. Debido a que solamente se tenían datos aproximados sobre la cantidad de madres con niños menores de dos años en las dos aldeas, se llevó a cabo un censo para establecer esta población. Este censo se hizo con la ayuda de un traductor que pertenecía a cada una de la aldeas.

2. Para la Elaboración del Cuestionario.

a) El formulario de observación fue tomado del curso de entrenamiento sobre lactancia materna impartido por UNICEF.

b) De acuerdo con los objetivos de la investigación, al hacer el cuestionario sobre prácticas de lactancia materna y destete, primero se determinaron las preguntas a utilizar

de acuerdo a la sección del cuestionario. Para ello se revisaron los formularios usados en estudios similares y se consultó bibliografía sobre el tema.

c) Se ordenaron las preguntas en cada sección del formulario de modo que siguieran una secuencia lógica.

d) Se aplicó una prueba correctiva de validez a cinco madres del municipio de Santa Apolonia que tuvieran niños menores de dos años en la aldea Pacután, municipio de Santa Apolonia. De acuerdo a este ensayo se realizaron las correcciones necesarias y se elaboró el formulario definitivo.

e) Para la elaboración del formulario para el grupo focal, se analizó el formulario de recolección de datos para la entrevista y se escogieron las preguntas que eran apropiadas para ser discutidas en grupo.

3. Para la Recolección de Datos.

a) Para establecer quiénes serían las madres a entrevistar se hizo un censo, en recorrido por la aldea con un miembro del Comité Local de Desarrollo de cada aldea quien indicó las familias que tenían niños menores de dos años. Se empleó el formulario de censo para anotar los nombres de las madres (anexo no. 1).

b) Entrevista dirigida: Las preguntas del cuestionario fueron planteadas por la entrevistadora y ella fue la encargada de anotar las respuestas que la madre facilitó. Para ello se necesitó la ayuda de una intérprete, ya que la mayoría de las madres en las aldeas no hablan castellano. La persona que se utilizó como intérprete fue entrenada sobre el uso del formulario y la información que se desea obtener.

Durante la entrevista se llevó a cabo la observación de la técnica de lactancia materna y se llenó el formulario. El formulario de observación sólo se llenó si la madre continúa ella amamantando.

c) Grupos focales: se hizo un grupo focal en cada aldea para obtener más información sobre las prácticas y el por qué de las mismas. Para esto se utilizó el formulario de recolección de datos para grupo focal (anexo no. 4). El grupo focal estuvo formado por madres entrevistadas en cada aldea.

4. Para la Tabulación de Datos. La tabulación de los datos se realizó por categorías utilizando una computadora. Primero se tabuló la información general y familiar, se clasificaron las respuestas en base a su frecuencia para después establecer los porcentajes que representaban.

La sección de prácticas de lactancia materna y destete se tabularon con el uso de códigos

ya asignados para cada respuesta. eso se realizó para facilitar el análisis de los datos y establecer posteriormente la frecuencia de cada respuesta.

Para clasificar las prácticas de lactancia materna y destete éstas fueron anotadas descriptivamente para poder después establecer si cada una de ellas era beneficiosa, nociva o neutral o de eficacia dudosa.

Para tabular los datos sobre la observación, se dividió el formulario en los siguientes aspectos: posición corporal, respuestas, lazos emocionales, anatomía, succión y tiempo de succión. Esta división permitió establecer qué aspectos se ven más afectados y en cuáles no existe ningún prolema. También se sacó un conteo de los factores positivos y negativos que se observaron y se dió una calificación. Estas calificaciones fueron promediadas para obtener una puntuación global que permitiera observar cómo se encuentra en general la población.

La información adquirida por medio del grupo focal se tabuló de forma descriptiva, de modo que se pudieran observar las diferentes opiniones y razones que dan las madres.

5. Para la Presentación de los Resultados

a) Observación de la Técnica de Lactancia Materna

Se estableció la técnica de lactancia materna que la mayoría de las madres presentan

y las variaciones que existían de la misma. También se presentó el porcentaje de madres que presentan una técnica adecuada y de las que no lo hacían. Se estableció si existía una diferencia en las técnicas de acuerdo a la edad del niño y la cantidad de hijos que la madre tenía. También se presentó en forma descriptiva las dificultades más observadas..

b) Información General, Familiar y del Ambiente

La presentación de la información general, familiar y de saneamiento ambiental se hizo en base a los códigos de cada pregunta que se encuentran especificados en el instructivo del Formulario de Recolección de Datos (anexo 3). A partir de estos datos se formaron tablas para presentar el número y porcentaje de las diferentes variables incluídas en la sección.

c) Información Materna

Para la presentación de la edad de las madres entrevistadas se clasificaron en grupos de edad con los siguientes intervalos: menores de 26 años, de 26 a 30 y mayores de 30 años.

La presentación del resto de variables maternas se hizo con base a los códigos especificados en el instructivo del Formulario de Recolección de Datos (anexo no. 3). Los resultados obtenidos para cada variable fueron presentados en tablas que indicaban la frecuencia y distribución porcentual de cada una.

d) Información del Niño menor de un Año

El sexo y edad de los niños menores de dos años se presentó de acuerdo al código después de establecer la distribución de lactantes y su porcentaje en ambas características. La edad del lactante se presentó en cuatro grupos: de 0 a 3 meses, 4 a 6 meses, 7 a 12 meses y de 12 a 24 meses.

e) Prácticas Alimentarias del Niño Menor de un Año

La edad de introducción de cada grupo de alimentos fue clasificada por trimestres. El resto de las prácticas alimentarias fueron presentadas en tablas que mostraron la cantidad de madres que la poseen y los porcentajes correspondientes.

El orden de introducción de alimentos se presentó según la clasificación hecha en el Formulario de Recolección de Datos (anexo no. 3). En cuanto a las razones dadas por la madre para la introducción de alimentos, estas son presentadas con base en las respuestas más frecuentes.

Con resto de respuestas relacionadas con prácticas alimentarias se presentarán con base a los códigos del Formulario de Datos. Se calificaron las prácticas alimentarias reportadas como beneficiosas, neutrales, de eficacia dudosa y nocivas.

f) Información Obtenida por el Grupo Focal

La información obtenida por medio del grupo focal en cada aldea se presentó de forma descriptiva para mostrar las opiniones dadas por las madres.

6. Para el Análisis de los Resultados. Para el análisis de los resultados se utilizó estadística descriptiva para establecer la frecuencia de prácticas y la variabilidad que existe dentro de la población. Todos los datos de razonamiento dados por las madres respecto de las prácticas alimentarias fueron analizadas asociando las respuestas a las diferentes prácticas observadas, las dificultades que se encontraron y los diferentes factores que muestran relación en las pruebas estadísticas.

Para el análisis de los datos obtenidos, se realizaron varios cruces de variables de modo que se pudiera identificar una relación entre los diferentes factores que existen y que afectan las prácticas alimentarias. Este tipo de relaciones también se establecieron para determinar si la técnica de la madre se ve afectada por la edad del niño o el número de hijos que tiene. Para establecer estas relaciones se utilizó la estimación exacta del valor $p=0.05$, $p=0.06$ en algunos casos y la de Kruskal-Wallis. Debido al número tan reducido de niños en cada grupo de edad fue necesario hacer, en algunas ocasiones, una recategorización de estos grupos en tablas de dos por dos, de modo que se pudiera hacer un análisis de las relaciones existentes entre éstos y algunas prácticas alimentarias.

Dentro del análisis se estudiaron también para los razonamientos que las madres dieron a cada práctica dentro del cuestionario, establecen los diferentes factores que las

condicionan. De la información obtenida con base al cuestionario de prácticas de lactancia materna y destete se establecerán las siguientes relaciones:

a) Información del Niño versus Prácticas Alimentarias

Se trató de encontrar una relación entre las prácticas alimentarias y las características del niño tales como: edad, sexo y número de nacimiento. Se buscó encontrar la influencia de estos factores en la prevalencia de lactancia materna, sustituto de lactancia materna si existe alguno, tiempo de inicio de la lactancia, uso del calostro, frecuencia de mamadas, lactancia nocturna, lactancia por demanda u horario, duración de la lactancia materna exclusiva, forma de destete, edad en que se inició el destete, sustituto de la lactancia materna después del destete, edad de inicio de otros alimentos líquidos, edad de inicio de alimentos sólidos y número de comidas al día.

b) Prácticas Alimentarias versus Información Materna

Se analizó la relación entre las prácticas alimentarias y la edad de la madre, nivel de escolaridad, bilingüismo, número de hijos y actividad económica. Las variables a evaluar dentro de las prácticas alimentarias fueron: tiempo de inicio de la lactancia materna, uso del calostro, frecuencia de mamadas, tiempo de duración de la lactancia materna exclusiva, lactancia nocturna, horario de lactancia, alimentos primero introducidos al niño y tiempo de destete.

c) Prácticas Alimentarias versus Información Familiar

Se combinaron las diferentes variables de las prácticas alimentarias expuestas anteriormente con la localidad y número de hijos de la familia.

VII. RESULTADOS

A. Características de la Familia

Tabla No. 1

GRUPOS DE ACUERDO AL TAMAÑO DE LA FAMILIA

NUMERO DE MIEMBROS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Menor a siete	13	52%
Siete o más	12	48%
TOTAL	25	100%

Tabla No. 2

GRUPOS DE ACUERDO AL NUMERO DE HIJOS

NUMERO DE HIJOS	FRECUENCIA	PORCENTAJES
Menor de cuatro	10	40%
Cuatro a seis hijos	10	40%
Siete hijos o más	5	20%
TOTAL	25	100%

Tabla No. 3

PADRE AUSENTE O PRESENTE

PADRE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRESENTE	23	92%
AUSENTE	2	8%
TOTAL	25	100%

Tabla No. 4

PERSONA QUE PROVEE EL SOPORTE ECONOMICO

PERSONA QUE PROVEE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PADRE	23	92%
MADRE	1	4%
OTRO	1	4%
TOTAL	25	100%

En general las madres brindan poca ayuda en el presupuesto familiar debido a que aunque la mayoría hace artesanías de barro y teje, estas dos actividades les llevan mucho tiempo y no son muy bien compensadas económicamente debido a que no existe un mercado cercano y entonces lo venden a intermediarios.

B. Características de la Madre

Tabla No. 5

GRUPOS DE EDAD PARA LAS MADRES

GRUPOS DE EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Menor de 26 años	8	32%
De 26 a 30 años	10	40%
Mayor de 30 años	7	28%
TOTAL	25	100%

Tabla No. 6

ESCOLARIDAD DE LA MADRE

ASISTIO A LA ESCUELA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	17	68%
NO	8	32%
TOTAL	25	100%

Tabla No. 7

GRUPOS POR EDUCACION DE LA MADRE

ULTIMO AÑO DE ESCUELA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO ASISTIO	8	33.3%
HASTA TERCER GRADO	12	50%
ARRIBA DE TERCERO	4	16.7%
TOTAL	24	100%

Tabla No. 8

BILINGUISMO DE LA MADRE

HABLA CASTELLANO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	9	36%
NO	16	64%
TOTAL	25	100%

C. Características del Niño

Tabla No. 9

GRUPOS DE EDADES DE LOS NIÑOS

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Tres meses o menor	6	24%
Cuatro a seis meses	7	28%
Siete a doce meses	6	24%
Doce a veinticuatro meses	6	24%
TOTAL	25	100%

Tabla No. 10

SEXO DEL NIÑO

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	12	48%
FEMENINO	13	52%
TOTAL	25	100%

Tabla No. 11

ESTADO DE SALUD DEL NIÑO

ESTADO DE SALUD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SANO	15	60%
ENFERMO	10	40%
TOTAL	25	100%

Tabla No. 12

ENFERMEDADES QUE PADECEN

ENFERMEDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Diarrea o vómitos	2	20%
Resfrío o tos	6	60%
Otra	2	20%
TOTAL	10	100%

Tabla No. 13

GRUPOS DE NIÑOS DE ACUERDO A SU POSICION
DE NACIMIENTO EN LA FAMILIA

NUMERO DE NACIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Antes del cuarto	10	40%
Cuarto o mayor	15	60%
TOTAL	25	100%

D. Características de las madres lactantes

Tabla No. 14

MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA

DA DE MAMAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	25	92.6%
NO	2	7.4%
TOTAL	27	100%

Tabla No. 15

ALDEA A LA QUE PERTENECEN LAS MADRES LACTANTES

ALDEA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Xepanil	13	52%
Parajbey	12	48%
TOTAL	25	100%

E. Características de las madres que no dan de mamar

Las dos madres que refieren no dar de mamar actualmente manifestaron que si dieron de mamar alguna vez, ambas lo hicieron por un período de 12 meses. Estas madres indicaron que quitaron el pecho de forma gradual y lo sustituyeron por atoles y algunas veces café. La razón que ambas dieron para haber dejado de dar de mamar fue tener leche insuficiente: una de ellas lo atribuyó a un nuevo embarazo.

F. Descripción de Variables en Lactancia Materna

Tabla No. 16

TIEMPO ESPERADO PARA EMPEZAR A DAR DE MAMAR

HORAS	FRECUENCIA	PORCENTAJES
Menos de 24 horas	12	48%
Más de 24 horas	13	52%
TOTAL	25	100%

Tabla No. 17

RAZONES EXPRESADAS PARA ESPERAR ESE TIEMPO

HORAS	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	TOTAL
<24 hr.	5	3	3	0	0	0	1	12
>=24 hr.	9	1	0	1	1	1	0	13
TOTAL	14	4	3	1	1	1	1	25

*R1= no tenía leche. R2= lloró mucho, R3= no lloró, R4= no quiso, R5= leche no era buena, R6=se baño antes, R7= así viene la leche.

Tabla No. 18

USO DE CALOSTRO

DIO CALOSTRO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	18	72%
NO	7	28%
TOTAL	25	100%

Tabla No. 19

RAZONES PARA DAR O NO EL CALOSTRO

RAZON	1	2	3	4	5	6	TOTAL
SI DIO	2	1	0	7	1	1	12
NO DIO	0	0	1	4	0	0	5
TOTAL	2	1	1	11	1	1	17

*1=tenía que darle, 2= así se acostumbra, 3=estaba amarilla, 4= no tenía leche, 5= le tuvo que dar, 6= sólo eso tenía.

Tabla No. 20

TUVO AYUDA DE OTRA MADRE PARA DAR DE MAMAR

LE AYUDARON	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	12	48%
NO	13	52%
TOTAL	25	100%

Tabla No. 21

RAZONES POR LAS QUE NECESITARON AYUDA

LE AYUDARON	No tenía leche	Le dieron café	Le dió maicena	TOTAL
SI	5	0	0	5
NO	0	1	2	3
TOTAL	5	1	2	8

El tiempo que las madres recibieron ayuda de otra madre tuvo una media de 2.4 días con una moda de 3 días y una desviación estandar de 0.843. Los datos

adquiridos mostraron que de las madres que requirieron ayuda, cuatro la recibieron de una vecina y ocho de alguna familiar siendo la más común la hermana o cuñada.

La posición preferida por las madres para dar de mamar es estar sentadas ($n=4$), ya que esto permite que se puedan realizar otras actividades al mismo tiempo. Solamente una madre dijo que daba de mamar acostada.

Se encontró que la mayoría ($n=19$) de madres no da nada al niño antes de mamar, y fueron solamente seis madres las que tienen esta práctica. Estas madres indicaron que generalmente se le da al niño incaparina, atol de maicena, tortilla o agua azucarada antes de dar de mamar.

En cuanto a la cantidad de veces que el niño mama al día, los resultados mostraron que este es un promedio de 7.043 veces al día con un máximo de quince y un mínimo de cuatro veces. De las veinticinco madres que dan de mamar, 21 madres dijeron darle de mamar al niño durante la noche. En la tabla No. 22 se muestran las razones que las madres manifestaron para dar de mamar por las noches.

Tabla No. 22

RAZONES POR LAS QUE SE DA DE MAMAR POR LAS NOCHES

RAZONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Llora	12	57.1%
Tiene hambre	1	4.8%
Se despierta	6	28.6%
sólo eso come	1	4.8%
quiere coiner	1	4.8%
TOTAL	21	100%

Los resultados de la entrevista mostraron que en general las madres no tienen un horario para dar de mamar, ya que solamente cuatro de las veinticinco madres indicaron tenerlo. En la tabla No. 23 se muestran las razones que estas madres dieron para tener o no horario.

Tabla No. 23

RAZONES PARA TENER O NO HORARIO PARA DAR DE MAMAR

HORARIO	se da cuando despierta	se da cuando quiere	se da cuando llora	TOTAL
SI	0	2	1	3
NO	4	14	3	21
TOTAL	4	16	4	24

En cuanto al tiempo que dura una mamada, los resultados mostraron datos muy variables en los que el mínimo fue de dos minutos, el máximo de treinta minutos y el promedio de 8.6 minutos. Los resultados de las entrevistas mostraron también que la mayoría (n=23) de las madres dan de mamar de los dos pechos; algunas de las razones para hacerlo así se muestran en la tabla No. 24.

Tabla No. 24

RAZONES PARA DAR O NO DE MAMAR
DE LOS DOS PECHOS EN UNA MAMADA

Da los dos pechos	SI	NO	Total
Se tiene que dar	2	0	2
Quiere las dos	3	0	3
Llora	1	0	1
Tienen leche	2	0	2
Necesita las dos	1	0	1
Uno no alcanza	6	0	6
Se termina una	1	0	1
Se llenan las dos	1	0	1
Se llena con una	0	1	1
Total	17	1	16

En cuanto a la preparación de los pechos antes de dar de mamar, las entrevistas mostraron que la única forma de hacerlo es hacerse masaje para ayudarr a que baje la leche. Según la tabla No. 25 la cantidad de madres que hace esta preparación representa la cuarta parte de las madres entrevistadas. Otra práctica importante antes de dar de mamar es lavarse las manos; 24 de las madres

entrevistadas dijeron hacerlo y solamente una dijo que no se lava las manos antes de dar de mamar.

Tabla No. 25

MADRES QUE PREPARAN LOS PECHOS ANTES DE DAR DE MAMAR

Preparan los pechos	FRECUENCIA	PORCENAJES
SI	6	24%
NO	19	76%
TOTAL	25	100%

Según la tabla No. 26 la mayoría de madres expresaron que si toman algo para favorecer la producción de leche, estas cosas se encuentran en la tabla No. 27.

Tabla No. 26

MADRES QUE TOMAN ALGO PARA FAVORECER
LA PRODUCCION DE LECHE

TOMAN ALGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	18	72%
NO	7	28%
TOTAL	25	100%

Tabla No. 27

ALIMENTOS CONSUMIDOS PARA FAVORECER
LA PRODUCCION DE LECHE

ALIMENTOS	Atol	Agua	Hierbas	TOTAL
No. de madres	11	6	1	18

Los resultados de la entrevista mostraron que solamente tres madres de las entrevistadas dejaron de dar de mamar alguna vez, mientras que las restantes veintidos madres nunca han dejado de mamar al niño, aún si están ella o el niño enfermos. Las madres que dejaron de dar de mamar lo hicieron debido a un nuevo embarazo. En la tabla No. 28 y 29 se muestran las razones que dieron para dar de mamar durante las enfermedades.

Tabla No. 28
 RAZONES PARA DAR DE MAMAR
 AUNQUE LA MADRE ESTE ENFERMA

RAZONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Se da si no está grave	2	8.7%
No hay otra cosa que darle	4	17.4%
Se le tiene que dar	3	13%
Está acostumbrado	2	8.7%
llora	10	43.5%
Si no se muere	1	4.3%
No hay otra persona que le de	1	4.3%
TOTAL	23	100%

Tabla No. 29
 RAZONES PARA DAR DE MAMAR
 AUNQUE EL NIÑO ESTE ENFERMO

RAZONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ayuda a que mejore	2	9.5%
No hay otra cosa	2	9.5%
Se le tiene que dar	4	19%
Llora	9	42.9%
Si no se muere	1	4.8%
Sólo eso toma	2	9.5%
Si no se deshidrata	1	4.8%
TOTAL	21	100%

Se observó que la razón principal para dejar de dar de mamar en ambas aldeas fue un nuevo embarazo, ya que veinte madres indicaron que se debe dejar de dar de mamar al estar embarazadas; las razones para hacerlo así se muestran en la tabla No. 30. Solamente tres madres expresaron haber seguido amamantando hasta el primer trimestre de embarazo.

Tabla No. 30

RAZONES PARA DAR O NO DE MAMAR CON UN NUEVO EMBARAZO

Mama	*1	2	3	4	5	6	7	8	9	Total
SI	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2
NO	6	4	1	4	4	0	0	1	1	18
Total	6	4	1	4	4	1	1	1	1	20

*Razones: 1 = hace mal, 2=ya no está buena, 3=ya no sirve, 4=se va la leche, 5= le da diarrea, 6=se da hasta los tres meses, 7=si no come se le tiene que dar, 8=ya no le gusta al niño, 9=puede comer.

G. Descripción de las Variables de Destete

Los resultados de la entrevista mostraron que un 68% de las madres entrevistadas ya dió algún tipo de líquido al niño; estos datos se muestran en la tabla No. 31. El promedio de edad para la introducción es de cuatro meses, siendo la edad más temprana antes del primer mes y la más tardía al año. En la tabla No. 32 se muestran los grupos de edad de acuerdo a la introducción de líquidos.

Tabla No. 31

CANTIDAD DE MADRES QUE HAN INTRODUCIDO LIQUIDOS

INTRODUCCION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	17	68%
NO	8	32%
TOTAL	25	100%

Tabla No. 32

GRUPOS DE EDAD PARA LA INTRODUCCION DE LIQUIDOS

EDADES	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
Menor de dos meses	10	40%
Dos a tres meses	2	8%
Cuatro a seis meses	5	20%
Mayor a seis meses	8	32%
TOTAL	25	100%

Las razones expresadas por las madres para hacer la introducción de estos alimentos son las siguientes: para hacerlo durante el primer mes: Le da cuando está ocupada y no puede dar de mamar; entre dos y tres: el niño llora; cuatro a seis meses: el niño quiere, tiene sed, llora o hay que ayudar al pecho; para hacerlo después de los seis meses: antes no tomaba y ahora pide, el quiere, o hay que ayudar al pecho.

Los resultados sobre la introducción de alimentos sólidos mostraron que el 44% de madres ya han introducido alimentos sólidos a la dieta del niño; estos datos se muestran en la tabla No. 33

TABLA NO. 33
INTRODUCCION DE ALIMENTOS SOLIDOS

INTRODUCCION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	13	56%
NO	12	44%
TOTAL	25	100%

Los resultados muestran que la edad promedio para la introducción de alimentos sólidos al niño es de 7.8 meses que ofrecen valores mínimos y máximos de uno y doce meses, respectivamente; estos grupos de edad se muestran en la tabla No. 34. Las razones expresadas por la madres para realizar la introducción de alimentos a esta edad se muestra en la tabla No. 35.

TABLA NO. 34
GRUPOS DE EDAD DE INTRODUCCION DE ALIMENTOS SOLIDOS

GRUPO DE EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Un mes de edad	2	15.4%
Dos a tres meses	1	7.7%
Cuatro a seis meses	1	7.7%
Mayor a seis meses	9	69.2%
TOTAL	13	100%

Tabla No. 35

RAZONES PARA LA INTRODUCCION DE ALIMENTOS

EDAD	No quería antes	llora y pide	pidió de comer	quiso comer	antes era pequeño	TOTAL
< a 6 meses	0	0	0	1	0	1
> a 6 meses	1	2	1	1	1	6
TOTAL	1	2	1	2	1	7

Las entrevistas mostraron que la mayoría de las madres (n=10) escogen lo que el niño come, mientras únicamente una de las madres indicó que el niño escoge lo que quiere comer y otra que lo hace la hermana. En cuanto a la preparación de los alimentos, las doce madres que respondieron a esta pregunta indicaron que ellas mismas la hacen y le dan de comer al niño.

En la tabla no. 36 se muestra el número de comidas que hace el niño al día. Según estos datos, la mayoría de los niños que ya comen alimentos sólidos hacen tres comidas diarias. Las razones expresadas para dar menos de tres comidas fueron que ya no quería comer más el niño o que éste está muy pequeño para comer más. La razón principal para tener tres comidas es que el niño come con la familia y tiene bastante hambre.

Tabla No. 36

NUMERO DE COMIDAS DIARIAS

NO. COMIDAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	1	10%
2	2	20%
3	7	70%
TOTAL	10	100%

En cuanto a los alimentos que son introducidos a la dieta del niño en esta región, la tabla No. 37 muestra los porcentajes de madres que han introducido cada alimento.

Tabla No. 37
 INTRODUCCION DE ALIMENTOS POR LAS MADRES
 DE LAS ALDEAS XEPANIL Y PARAJBEY

Alimentos	SI	NO
Agua sin azúcar	52%	48%
Agua con azúcar	52%	48%
Agua de cereales	8%	92%
Té de hierbas	20%	80%
Café	44%	56%
Atoles	48%	52%
Fórmula infantil	0%	100%
Leche entera	8%	92%
Jugos de frutas	28%	72%
Sopas	28%	72%
Caldos	40%	60%
Puré de frutas	4%	96%
Papilla de cereales	8%	92%
Huevo	40%	60%
Puré de verdura	16%	84%
Pan o tortilla	40%	60%
Raíces en trocitos	24%	76%
Frijol colado	28%	72%
Verdura en trocitos	28%	72%
Fruta en trocitos	36%	64%
Carne picada	32%	68%
Quesos	12%	88%
Fideos, pasta	40%	60%
Arroz	4%	96%
Refresco artificial	4%	96%

Las siguientes tablas presentan la distribución de introducción de cada alimento según la edad del niño.

TABLA NO. 38

INTRODUCCION DE AGUA HERVIDA DE ACUERDO A LA EDAD DEL NIÑO

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 - 3 meses	5	38%
4 - 6 meses	3	23%
7 - 9 meses	4	31%
9 - 12 meses	1	8%

TABLA NO. 39

INTRODUCCION DE AGUA CON AZUCAR
DE ACUERDO A LA EDAD DEL NIÑO

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 - 3 meses	5	38%
4 - 6 meses	3	23%
7 - 9 meses	4	31%
9 - 12 meses	1	8%

TABLA NO. 40

INTRODUCCION DE AGUA DE CEREALES
DE ACUERDO A LA EDAD DEL NIÑO

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 - 3 meses	0	0%
4 - 6 meses	0	0%
7 - 9 meses	2	100%
9 - 12 meses	0	0%

TABLA NO. 41

INTRODUCCION DE TE DE HIERBAS DE ACUERDO A LA EDAD DEL NIÑO

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 - 3 meses	0	0%
4 - 6 meses	1	20%
7 - 9 meses	4	80%
9 - 12 meses	0	0%

TABLA NO. 42

INTRODUCCION DE CAFE DE ACUERDO A LA EDAD DEL NIÑO

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 - 3 meses	1	9%
4 - 6 meses	6	55%
7 - 9 meses	2	18%
9 - 12 meses	2	18%

TABLA NO. 43

INTRODUCCION DE ATOLES DE ACUERDO A LA EDAD DEL NIÑO

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 - 3 meses	2	17%
4 - 6 meses	4	33%
7 - 9 meses	4	33%
9 - 12 meses	2	17%

TABLA NO. 44

INTRODUCCION DE LECHE ENTERA DE ACUERDO A LA EDAD DEL NIÑO

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 - 3 meses	2	100%
4 - 6 meses	0	0%
7 - 9 meses	0	0%
9 - 12 meses	0	0%

TABLA NO. 45

INTRODUCCION DE JUGOS DE FRUTA DE ACUERDO A LA EDAD DEL NIÑO

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 - 3 meses	1	14%
4 - 6 meses	2	29%
7 - 9 meses	3	43%
9 - 12 meses	1	14%

TABLA NO. 46

INTRODUCCION DE SOPAS DE ACUERDO A LA EDAD DEL NIÑO

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 - 3 meses	0	0%
4 - 6 meses	1	14%
7 - 9 meses	4	57%
9 - 12 meses	2	29%

TABLA NO. 47

INTRODUCCION DE CALDOS DE ACUERDO A LA EDAD DEL NIÑO

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 - 3 meses	0	0%
4 - 6 meses	2	20%
7 - 9 meses	5	50%
9 - 12 meses	3	30%

TABLA NO, 48

INTRODUCCION DE PURE DE FRUTAS DE ACUERDO A LA EDAD DEL NIÑO

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 - 3 meses	0	0%
4 - 6 meses	0	0%
7 - 9 meses	0	0%
9 - 12 meses	1	100%

TABLA NO. 49

INTRODUCCION DE PAPILLA DE CEREALES
DE ACUERDO A LA EDAD DEL NIÑO

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 - 3 meses	0	0%
4 - 6 meses	0	0%
7 - 9 meses	1	50%
9 - 12 meses	1	50%

TABLA NO. 50

INTRODUCCION DE HUEVO DE ACUERDO A LA EDAD DEL NIÑO

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 - 3 meses	1	10%
4 - 6 meses	2	20%
7 - 9 meses	4	40%
9 - 12 meses	3	30%

TABLA NO. 51

INTRODUCCION DE PURE DE VERDURA
DE ACUERDO A LA EDAD DEL NIÑO

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 - 3 meses	0	0
4 - 6 meses	1	25%
7 - 9 meses	1	25%
9 - 12 meses	2	20%

TABLA NO. 52

INTRODUCCION DE TORTILLA DE ACUERDO A LA EDAD DEL NIÑO

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 - 3 meses	1	10%
4 - 6 meses	1	10%
7 - 9 meses	5	50%
9 - 12 meses	3	30%

TABLA NO. 53

INTRODUCCION DE RAICES EN TROCITOS
DE ACUERDO A LA EDAD DEL NIÑO

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 - 3 meses	1	17%
4 - 6 meses	0	0%
7 - 9 meses	4	66%
9 - 12 meses	1	17%

TABLA NO. 54
INTRODUCCION DE VERDURA EN TROCITOS
DE ACUERDO A LA EDAD DEL NIÑO

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 - 3 meses	0	0%
4 - 6 meses	0	0%
7 - 9 meses	4	57%
9 - 12 meses	3	43%

TABLA NO. 55
INTRODUCCION DE FRUTAS EN TROCITOS
DE ACUERDO A LA EDAD DEL NIÑO

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 - 3 meses	0	0%
4 - 6 meses	0	0%
7 - 9 meses	4	57%
9 - 12 meses	3	43%

TABLA NO. 56
INTRODUCCION DE FRIJOL COLADO DE ACUERDO A LA EDAD DEL NIÑO

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 - 3 meses	0	0%
4 - 6 meses	1	11%
7 - 9 meses	5	56%
9 - 12 meses	3	33%

TABLA NO. 57
INTRODUCCION DE CARNE PICADA DE ACUERDO A LA EDAD DEL NIÑO

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 - 3 meses	1	12%
4 - 6 meses	0	0%
7 - 9 meses	4	50%
9 - 12 meses	3	38%

TABLA NO. 58

INTRODUCCION DE QUESOS DE ACUERDO A LA EDAD DEL NIÑO

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 - 3 meses	0	0%
4 - 6 meses	0	0%
7 - 9 meses	2	67%
9 - 12 meses	1	33%

TABLA NO. 59

INTRODUCCION DE PASTAS DE ACUERDO A LA EDAD DEL NIÑO

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 - 3 meses	1	10%
4 - 6 meses	1	10%
7 - 9 meses	5	50%
9 - 12 meses	3	30%

La madre que dijo darle refrescos artificiales al niño los introdujo a los cuatro meses y el arroz fue introducido a los siete meses.

La tabla No. 60 muestra el resumen de las asociaciones encontradas entre las variables que se estudiaron en las prácticas de lactancia materna y destete.

H. Características de la Técnica de Lactancia Materna

El cuestionario de observación de la técnica de lactancia materna evaluó seis aspectos:

Posición corporal de madre e hijo, respuestas del bebe, lazos emocionales visibles, anatomía del pecho, succión del niño y tiempo de succión. Todos estos aspectos recibieron un puntaje mayor a cinco puntos sobre diez, siendo estos: 6.364 para la posición corporal, 6.182 para las respuestas del bebe, 9.545 para los lazos emocionales, 9.455 para la anatomía y 9.636 para la succión del niño. En cuanto al tiempo de succión, se observó que solamente una madre quitó del pecho al niño, las

TABLA NO. 61
ASOCIACIONES ENTRE CARACTERISTICAS Y COMPORTAMIENTOS

Comportamiento	Localidad	Escolaridad	Bilingüismo	# de hijos	Soporte ec.	Edad niño	Sexo niño	No. de nac.
P20	A	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
P21	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
P22	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
P25	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
P26	NA	A	NA	NA	NA	NA	NA	NA
P28	NA	NA	NA	A	NA	NA	NA	A
P29	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
P30	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
P31	A	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
P33	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
P38	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
P42	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
P43	NA	NA	NA	NA	NA	*A	NA	NA
P44	NA	NA	NA	NA	NA	*A	NA	NA
P45	NA	NA	NA	NA	NA	*A	NA	NA
P49	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
P51	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
P52	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

*=Recategorizar a tablas 2 x 2

A=Asociación

NA=No hay asociación

ASOCIACION ENTRE COMPORTAMIENTOS

Comportamientos	P21	P22	P25	P26	P28	P29	P30	P31	P33	P42	P43	P44	P45
P20	A#	A	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
P25				NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
P26													
P31													
P42													
P43													

#=asociación =0.055

NA= no hay asociación

A= Asociación

P20=tiempo de inicio de lactancia materna

P21=uso de calostro

P22=ayuda de otra madre

P25=se le da algo antes de darle de mamar

P26=número de mamas

P28=horario para mamar

P29=tiempo que dura la marnada

P30=uso de los dos pechos en cada marnada

P31=prepara sus pechos antes de dar de mamar

P33=toma algo para favorecer la producción de leche

P38=continuó dando de mamar embarazada

P42=ya introdujo líquidos

P43=edad de introducción de líquidos

P44=ya introdujo sólidos

P45=edad de introducción de líquidos

P49=quién escoge los alimentos del niño

P51=quién da de comer al niño

P52=número de comidas al día

demás permitieron que el niño se liberara del pecho. En la tabla No. 61 se muestran las características que mostraron las madres en cada aspecto.

TABLA NO. 62

CARACTERISTICAS DE LA TECNICA DE LACTANCIA MATERNA

POSICION CORPORAL	SI	NO
Madre relajada y confortable	21	3
Cuerpo del bebé cercano	20	4
Cabeza y cuerpo(bebé) rectos	17	7
La barbilla toca el pecho	12	12
Sostenido por las nalgas*	0	24
RESPUESTAS	SI	NO
Busca pecho al tener hambre	21	3
El bebe busca el pecho*	0	24
Explora el pecho con la lengua	8	16
Se amamanta calmado, alerta	21	3
Se mantiene en el pecho	21	3
Signos de eyección de leche	9	15
LAZOS EMOCIONALES	SI	NO
Lo toma confidente y segura	21	3
Atención cara a cara	21	3
Existe mucho contacto	21	3
ANATOMIA	SI	NO
Pecho suave después de mamar	20	4
Los pezones sobresalen	21	3
La piel parece saludable	21	3
Al mamar el pecho es redondo	21	3
SUCCION	SI	NO
Boca completamente abierta	21	3
Labio inferior hacia afuera	21	3
La lengua alrededor del pecho	4	20
Mejillas redondas	21	3
Más aerola sobre la boca	19	5
Succión lenta y profunda	21	3
Se ve u oye la deglución	21	3

Continuación de la Tabla No. 62

TIEMPO DE SUCCION	SI	NO
El bebé se libera del pecho	21	3

Usando los resultados obtenidos se realizaron varios cruces de variables para establecer si existían o no asociaciones entre las características de la población estudiada y la técnica de lactancia materna observada. Con base a estos cruces, se estableció que la única relación que existe es entre la anatomía y el número de hijos que tiene la madre. En la tabla No. 62 se muestran los cruces de variables que se realizaron.

TABLA NO. 63

ASOCIACIONES ENTRE CARACTERISTICAS Y COMPORTAMIENTOS

Características	Pos. Corporal	Respuestas	Lazos emocionales	Anatomía	Succión
Localidad	NA	NA	NA	NA	NA
Escolaridad	NA	NA	NA	NA	NA
Bilingüismo	NA	NA	NA	NA	NA
# de hijos	NA	NA	NA	A	NA
Soprote económico	NA	NA	NA	NA	NA
Edad niño	NA	NA	NA	NA	NA
Sexo niño	NA	NA	NA	NA	NA
# de hijos	NA	NA	NA	NA	NA

NA= no existe asociación

A= existe asociación

I. Datos Obtenidos por Medio del Grupo Focal

TABLA NO. 64
PRACTICAS DE LACTANCIA MATERNA Y DESTETE
INDICADAS POR EL GRUPO FOCAL

PRACTICA	XEPANIL	PARAJBEY
Tiempo esperado para dar de mamar después de nacido	1 hr. hasta 3 días, hasta que el niño llora, si no llora no se le da	2-3 días de su madre, desde que nace toma leche de otra madre
Da el calostro	Si, hay que darlo	Si, tiene vitaminas
Otra señora le da de mamar	Si, cuando no baja la leche	Si, cuando no tiene leche
PRACTICA	XEPANIL	PARAJBEY
Tiene horario para mamar	No, se le da cuando quiere, no se le despierta	No, cuando él quiere.
Prepara sus pechos	No	Si, se hace masaje
Toma algo para tener leche	No, sólo la comida, agua, café	Si, atol de masa y agua hervida.
Ha dejado de dar de mamar	Nunca	Nunca
Da de mamar si el niño está enfermo	Si, es lo único que come	Si, llora y si no se puede morir.
Da de mamar si está embarazada	No, se acaba la leche, se pone amarilla y da diarrea y vómitos.	No, hace mal, da asientos, ya no sirve la leche.
Por qué se deja de dar pecho	Nuevo embarazo	Nuevo embarazo, si no se embarazan siguen dando hasta los tres años.
Edad de introducción de líquidos.	7 meses, cuando ya pide	Cuando nace y después a los 3-4 meses.
Edad de introducción de comida	Un año	Después de los seis meses porque antes es pequeño
Edad en que deja el pecho	No se aplica, todas dan de mamar.	Más o menos dos años. Puede ser hasta los 3 años.
Con qué sustituye la leche materna	No se aplica.	Atol, incaparina o mosh.

TABLA NO. 65
 EDAD DE INTRODUCCION DE ALIMENTOS
 SEGUN DATOS OBTENIDOS POR GRUPO FOCAL

Alimentos	XEPANIL (meses)	PARAJBEY (meses)
Agua sin azúcar	6	0-4
Agua con azúcar	6	1-3
Agua de cereales	no introducen	3
Té de hierbas	8	6
Café	7	6
Atoles	7-12	6
Fórmula infantil	no introducen	no introducen
Leche entera	no introducen	no introducen
Jugos de fruta	12	8
Sopas	10	6-7
Caldos	10	6-7
Puré de fruta	no introducen	no introducen
Alimentos	XEPANIL (meses)	PARAJBEY (meses)
Papillas de cereales	no introducen	no introducen
Huevo	12	6-7
Puré de verduras	no introducen	no introducen
Pan o tortilla	12	7-8
Raíces en trocitos	12	6
Verduras en trocitos	12	6
Fruta en trocitos	12	6
Frijol colado	7	6-8
Carne picada	12	5-7
Quesos	no introducen	7-8
Fideos, pasta	7-12	5-12
Arroz	7-12	7
Refresco artificial	no contestaron	no introducen

J. Evaluación de la Práctica de Lactancia Materna y Destete

PRACTICAS DE LACTANCIA MATERNA	EVALUACION
La mayoría esperan 24 o más horas para dar de mamar.	Nociva
La mayoría de las madres dicen que si dan el calostro al bebe.	Beneficiosa
Reciben ayuda de otra madre en los primeros días.	Beneficiosa
Dan de mamar en las noches.	Beneficiosa
No tienen un horario para dar de mamar.	Beneficiosa
Dan de mamar de los dos pechos en cada mamada.	Beneficiosa
No preparan sus pechos antes de dar de mamar.	Nociva
Toman algo para favorecer la producción de leche.	Beneficiosa
75Dan de mamar aún si están enfermas.	Beneficiosa
Dan de mamar aún cuando el niño está enfermo.	Beneficiosa.
Dejan de dar de mamar con un nuevo embarazo.	Nociva
Introducen líquidos antes de los seis meses de edad.	Nociva
Introducen alimentos sólidos a una edad tardía y sin ningún orden.	Nociva
Los niños comen tres veces al día.	Beneficiosa
Se lavan las manos antes de dar de mamar.	Beneficiosa
PRACTICAS DE LACTANCIA MATERNA	EVALUACION
No tienen un patrón de introducción de alimentos.	Nociva
El destete se realiza en forma gradual.	Beneficiosa
La madre se encarga de escoger los alimentos del niño.	Beneficiosa
La madre es la encargada de dar de comer al niño.	Beneficiosa

VII. DISCUSION

Al hacer el censo para conocer la cantidad de madres con hijos menores de dos años se obtuvo un número de 28 madres. De éstas se entrevistaron veintisiete ya que una de ellas dijo que no quería ser entrevistada.

Las características de las familias de las madres entrevistadas muestran que 48% están formadas por más de siete miembros y la mayoría de los niños estudiados son del cuarto nacimiento de la madre o mayor. Estos datos concuerdan con los otros estudios rurales que muestran que gran parte de las familias son numerosas.

Las entrevistas también mostraron que el 92% de los padres se encuentran presentes y son ellos los que proveen el soporte económico, mientras la mujer permanece en el hogar y lo ayuda en tiempo de cosecha. Las madres hacen vasijas de barro y tejen, pero debido a que deben venderlo a través de intermediarios obtienen poco dinero por estas artesanías. A esto se le suma el alto precio del hilo, lo que hace que muchas madres solamente tejan para hacer prendas para la familia y no para comercializarlas.

En cuanto a la edad de las madres, el 40% de las entrevistadas tienen entre 26 y 30 años y el 28% es mayor de 30 años. Se observó que las mujeres empiezan a tener hijos jóvenes y algunas los tienen aún después de los 40 años.

La escolaridad de las madres entrevistadas muestra que la mayoría (68%) de ellas sí asiste a la escuela, pero solamente lo hace hasta tercer grado primaria. A pesar de esto, el 64% de esas madres no hablan español.

En cuanto a la prevalencia de la lactancia materna, un alto porcentaje de los niños estudiados (92.6%) recibían lactancia materna al momento de la entrevista. El 100% de las madres entrevistadas dijeron haber dado de mamar en algún momento. Las madres que ya no daban de mamar manifestaron que la razón para haber dejado de dar de mamar fue un nuevo embarazo o el que ya no tuviera leche. Estos datos

muestran que la lactancia materna es una práctica en estas aldeas, aún después del primer año de vida del niño.

Un 52% de las madres empezaron a dar de mamar 24 horas después del nacimiento y algunas hasta después de 72 horas. Las principales razones para esto, fueron el que no tuviera leche todavía o que el niño no lloró. En la evaluación de prácticas de lactancia materna, ésta es una de las más nocivas para el niño y aún más porque es una práctica generalizada en la localidad que se da por consejos familiares; por lo tanto, es difícil cambiar a pesar de que existan consejos por parte del personal de salud. Es interesante observar que existe relación entre el tiempo de inicio de la lactancia materna y la localidad, siendo en la aldea Xepanil en la que menos tiempo esperan para iniciar la lactancia. Estos datos se confirmaron en las respuestas obtenidas en el grupo focal; las madres de Xepanil expresaron que se le puede dar de mamar desde una hora hasta tres días después de nacido y que esto depende de si el niño llora rápido mientras que en Parajbey se espera de dos a tres días.

A pesar del retardo en la iniciación de la lactancia materna, la mayoría (72%) de las madres manifestaron que sí dieron calostro al niño. Lo que es importante observar es que las razones para habérselo dado no reflejan que las madres tengan conocimientos de la importancia del mismo. Solamente el grupo focal en Parajbey indicó que el calostro tiene vitaminas, pero en las entrevistas individuales de la misma aldea este tipo de respuesta no se dió. Por lo tanto, a pesar de que esta práctica se da y es beneficiosa para el niño, la falta de conocimiento sobre la importancia del calostro es nociva, ya que son éstos lo que hacen que algunas madres decidan no darlo.

Otra práctica generalizada en estas dos aldeas fue la de recibir ayuda de otra madre para dar de mamar. Esta ayuda se da de uno a tres días y es de beneficio para el niño ya que a pesar que no es lo ideal, permite que el niño reciba lactancia materna y no sustitutos menos nutritivos. Este caso se da en las madres que no reciben ayuda, ya que ellas dijeron que hasta que la leche les baja le dan maicena o café.

Las personas que dan este tipo de ayuda son en su mayoría familiares o vecinas que se encuentran dando de mamar a sus propios hijos. El que alguna familiar o vecina tenga un hijo lactante determina si la madre puede obtener esta ayuda, ya que ellas manifestaron que si no lo hicieron fue solamente porque no había nadie que las pudiera ayudar.

El análisis de estos datos muestra que existe una asociación entre el tiempo de inicio de la lactancia materna y otras dos prácticas comunes: uso de calostro y recibir ayuda de otra madre. Se ve que mientras más tiempo tarda la madre en empezar a dar de mamar al niño es más factible que reciba ayuda de otra madre; por lo contrario, si la madre inicia en las primeras 24 horas a dar de mamar, es más factible que ésta de el calostro al bebé.

Una práctica que se observa entre las madres entrevistadas es la de dar algún otro alimento al niño antes de dar de mamar. Aunque esta práctica no existe en la mayoría de las madres, seis madres si la tienen. Estas madres indicaron que al niño se le da incaparina, atol de maicena, tortilla o agua azucarada antes de mamar. Esta práctica se evaluó como nociva porque evita que el niño reciba todos los nutrientes necesarios, ya que toma menos leche materna y más alimentos de menor valor nutritivo. Otro factor que se debe tomar en cuenta es que muchos niños no están preparados para recibir este tipo de alimentos de acuerdo a su edad.

En cuanto a la frecuencia de mamadas, el promedio es de siete veces al día. Los datos obtenidos para esta pregunta fueron muy variables. El cruce de variables realizado mostró que existe asociación entre el número de mamadas y la escolaridad de la madre, lo que muestra que mientras más asiste la madre a la escuela el número de mamadas disminuye. Este dato se contradice con el de otros estudios que muestran que a mayor escolaridad, se tienen mejores prácticas de lactancia materna (1).

Los resultados de la entrevista mostraron que en general las madres no tienen un horario para dar de mamar y ésto se debe a que ellas expresaron que se le debe dar

de mamar al niño cuando quiere, despierta o llora. En el análisis de estos datos se encontró que existe relación entre el número de hijos y el número de nacimientos del niño y si no existe un horario para dar de mamar. Esto significa que las madres que más hijos tienen son aquellas que no tienen un horario para dar de mamar, y esto lógicamente se debe a la gran cantidad de personas que deben atender y la falta de tiempo disponible que tiene.

El 84% de las madres que están dando de mamar dijeron que lo hacen durante la noche, siendo la principal razón para hacerlo, que el niño lllore o se despierte. El que la madre de pecho durante la noche y no tenga un horario específico para hacerlo muestra que estas madres presentan un tipo de lactancia no restringida (10).

En cuanto a la duración de la mamada, los datos variaron entre dos y treinta minutos. A simple vista parecería que esta cantidad está relacionada con la edad del niño, el tiempo disponible de la madre y la cantidad de veces que mamaba al día; sin embargo, el análisis estadístico mostró que esta relación no existe. Es necesario considerar que la primera respuesta de muchas madres fue "no se" y que tal vez el dato que se dió es una apreciación incorrecta de estas madres, considerando que la mayoría no está acostumbrada a manejar este tipo de datos.

El 92% de las madres lactantes dan de mamar de ambos pechos y las razones expresadas para hacerlo son principalmente que el niño no se llena con un sólo pecho. Un dato interesante es que solamente una cuarta parte de las madres entrevistadas preparan sus pechos antes de dar de mamar. Esta preparación consiste en darse un masaje para ayudar a que baje la leche. Se encontró que esta práctica se encuentra relacionada con la localidad, ya que todas las madres que dijeron tenerla pertenecen a la aldea Parajbey mientras ninguna es de Xepanil. Las madres que tienen esta práctica indicaron que es bueno hacerlo para que la leche no baje "como agua", las demás dijeron que no era necesario preparar sus pechos.

Otra práctica adecuada de lactancia materna es lavarse las manos antes de dar de mamar. Al preguntar a las madres si tenían esta práctica, el 96% dijo tenerla. Sin embargo, durante la entrevista todas las madres empezaron a darle de mamar al niño y ninguna de ellas se lavó las manos antes de hacerlo. Esto nos hace pensar que aunque las madres saben qué es lo correcto, no es una práctica de ellas hacerlo. En este caso lo que se observa es una conducta ideal versus la real.

Entre las prácticas beneficiosas que se encontraron entre las madres, estuvo la de tomar algo para favorecer la producción de leche. El 72% de las madres expresaron tenerla, siendo el atol el alimento más utilizado para este fin.

En cuanto a la interrupción de la lactancia materna, el 100% de las madres dijeron que nunca han dejado de dar de mamar por enfermedad de ellas o del niño. La única razón expresada por las madres para interrumpir la lactancia materna es un nuevo embarazo, ya que la leche le empieza a hacer mal al niño. Aún así, tres madres expresaron haber dado de mamar durante el primer trimestre del nuevo embarazo.

La lactancia materna exclusiva en estas aldeas tiene un promedio de cuatro meses. Este dato se obtuvo con base en la introducción de los primeros alimentos a la dieta del lactante. No se pudo obtener por medio de las respuestas de las madres debido a que el resultado fue de seis meses y se contradecía con los datos de introducción de alimentos. Esto se dió debido a que este tipo de respuesta se ve afectada por la memoria de la madre. Esta diferencia entre la respuesta directa de las madres y su conducta se puede dar también como una incoherencia entre la conducta ideal y la conducta real.

Las prácticas de destete mostraron que el 68% de las madres han introducido líquidos y el 44% han introducido alimentos sólidos en la dieta del niño. El análisis estadístico mostró relación entre estos dos comportamientos, lo que muestra que los dos van de la mano, siendo la introducción de líquidos la que da lugar a la introducción de alimentos sólidos más adelante.

En la descripción de las prácticas de destete se refleja el grave problema que hay en el patrón de ablactación que muestran los niños de esta región, ya que el 40% de los niños estudiados tuvieron una introducción de líquidos antes de los dos meses de edad y un 68% antes de los seis meses de edad. De la misma manera, aunque la introducción de alimentos sólidos muestra una edad promedio de 7.8 meses, existen datos de introducción de estos alimentos en el primer mes de vida y otros hasta los doce meses.

Una práctica beneficiosa durante la ablactación es que la madre escoge y prepara lo que el niño debe comer. Otra práctica que favorece la formación de un buen patrón de alimentación es que la mayoría de los niños hacen tres comidas diarias junto a la familia.

En la tabla No. 37 aparecen los alimentos que ya han sido introducidos por las madres. En esta tabla se puede observar que no es una práctica de las madres dar fórmula infantil, leche entera, agua de cereales o refresco artificial, pero sí dar agua hervida, agua azucarada, café o atoles. En cuanto a los alimentos sólidos introducidos, es interesante ver que las madres casi no utilizan la preparación de papillas o purés para la introducción de alimentos, pero sí estos alimentos en trozos.

El patrón de introducción de ciertos alimentos muestran que gran cantidad son introducidos de uno a tres meses de edad; entre ellos se encuentran: el agua hervida o azucarada, café, leche entera, jugos, huevo, tortilla, carne, pastas y raíces. Entre los alimentos introducidos de cuatro a seis meses están: las hierbas, café en más cantidad, sopas y caldos, puré de verduras y frijol colado.

Los alimentos que son introducidos entre siete y nueve meses son: el agua de cereales, papilla de cereales, verduras en trozos, frutas en trozos, carne, queso y arroz. A los nueve y doce meses algunas madres introducen purés de frutas mientras otros niños ya comen huevos, tortilla, raíces, verduras, fruta, frijol, queso, pasta y carne. Todos estos datos muestran que el patrón de introducción varía mucho entre las

madres, ya que mientras algunas están introduciendo alimentos como verduras y frutas, otras madres se encuentran introduciendo carne y huevos. Lo que es más alarmante de estos datos es el hecho de que muchas madres introducen alimentos a muy temprana edad, alimentos que el sistema digestivo del niño no está preparado para recibir, mientras otras madres introducen alimentos que el niño debería haber recibido dos a tres meses antes, lo que representa una ingesta pobre, tanto en valor energético como en nutrientes que el niño necesita. Con esto se observa que no existe una orientación sobre la introducción de alimentos a la dieta del lactante, orientación que debería ser impartida por el personal de salud de la región, sobre todo por promotores de salud que son los que más contacto tienen con estas poblaciones.

Los datos de la entrevista mostraron que el 40% de los niños se encuentran enfermos al momento de la entrevista. Esto en parte puede ser una consecuencia de la mala introducción de alimentos que se da y las malas prácticas de higiene que se tienen al preparar los alimentos. La introducción de alimentos de bajo valor nutritivo afectan las defensas del niño aumentando la incidencia de problemas respiratorios (60%) y la mala higiene produce enfermedades diarreicas (20%).

Se observó que existe una asociación entre la edad del niño y la edad de introducción de líquidos. Esta relación también existe con la introducción de alimentos sólidos y la edad a la que ésta se hace. En esta asociación se observó que los grupos de edad antes y después de los seis meses se comportan diferente, siendo esta edad la que determina en gran cantidad el empezar a introducir sólidos puesto que todos los niños ya han recibido algún tipo de alimento líquido a los seis meses.

En cuanto a la edad de destete, ésta no se pudo establecer debido a que el 92.5% de los niños continuaba lactando. En general, los datos obtenidos por medio del grupo focal mostraron que la edad de destete está entre dos y tres años y lo que la determina es principalmente un nuevo embarazo, Las madres indicaron que si no existe un nuevo embarazo el niño continúa mamando hasta los tres años.

En la observación técnica de lactancia materna, la mayoría de madres mostraron una adecuada técnica. Los aspectos que mostraron una calificación mayor fueron los lazos emocionales entre madre e hijo y la anatomía del pecho. La calificación tan baja para la posición corporal se dió debido a que los niños estaban ya bastante grandes, por lo que mamaban parados o sentados, lo que modifica la posición de su cuello y cabeza al hacerlo. Lo mismo sucedió con las respuestas del bebé, ya que debido a que el niño ya era grande, la búsqueda y la exploración del pecho no se daba en muchos de ellos.

Ninguna de las madres entrevistadas mostró tener problemas como pezones agrietados o sensibles al dar de mamar. Existe una relación entre los aspectos anatómicos de la lactancia y la cantidad de hijos que tiene la madre. Esto significa que mientras más hijos tengan las madres, éstas tienden a tener mejores respuestas anatómicas a la lactancia materna.

Para realizar el grupo focal, se invitó a una reunión a ocho madres de cada aldea. Sin embargo, estas madres lo comentaron con las demás madres entrevistadas lo que hizo que la mayoría de ellas asistieran a la reunión. Los resultados del grupo focal en ambas aldeas mostraron que las prácticas de lactancia materna son las mismas en las dos a excepción de la preparación de los pechos que solamente se da en Parajbey. Donde existe mayor diferencia entre las dos aldeas es en la introducción de alimentos líquidos y sólidos. En general, la introducción de alimentos líquidos y sólidos se realiza a mayor edad en Xepanil. La tabla No. 65 muestra que en todos los grupos de alimentos, las madres de la aldea Parajbey hacen una introducción más temprana en comparación a las de la aldea Xepanil.

Esto puede que se deba a la influencia de los medios de comunicación y el contacto con personas de otras aldeas. Se debe tomar en cuenta que, en el momento de la entrevista, Parajbey ya contaba con su alumbrado público y es la aldea que tiene mejor acceso y más contacto con otras personas por estar a la orilla del camino. Esto no sucede en Xepanil que se encuentra aislado.

VIII. CONCLUSIONES

1. Las aldeas de Xepanil y Parajbey presentan una alta prevalencia de lactancia materna con un valor de 92.6% y un promedio de lactancia materna exclusiva de cuatro meses.
2. Las prácticas de lactancia materna y destete que son beneficiosas son: alta prevalencia de lactancia materna, uso de calostro, recibir ayuda de otra madre, no interrumpir la lactancia a pesar de enfermedad, destete gradual, los niños hacen tres comidas diarias, las madres no presentan un horario para dar de mamar, existe amamantamiento durante la noche, consumen alimentos galactogogos para favorecer la producción de leche, dan leche materna hasta los dos años y dan los dos pechos en cada mamada.
3. Las prácticas de lactancia materna y destete que son nocivas son: esperar 24 horas o más para el inicio de la lactancia materna, introducción temprana de líquidos, dar alimentos antes de que el niño mame, mal patrón de introducción de alimentos, introducción tardía de algunos alimentos importantes, concluir la lactancia materna con un nuevo embarazo y no existe ninguna preparación previa del pecho.
4. Las prácticas de lactancia materna y destete en las aldeas Xepanil y Parajbey se ven afectadas por la escolaridad de la madre, el número de hijos, la edad del niño, el número de nacimientos y la localidad.
5. Las madres estudiadas mostraron una técnica de lactancia materna adecuada. Esta se ve afectada por la edad del niño y el número de hijos que ella tiene, siendo los aspectos más afectados la posición corporal y la respuesta del niño.
6. La edad de destete no se pudo determinar en el estudio debido a que existe una lactancia materna prolongada en la mayoría de las madres.

7. En la mayoría de los niños los alimentos líquidos son introducidos antes de los dos meses de edad y los alimentos sólidos después de los seis meses.

IX. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda realizar estudios periódicos de prácticas de lactancia y destete en niños menores de dos años en otras regiones de Guatemala que incluyan un análisis del estado nutricional del niño de modo que muestren el impacto que este tipo de prácticas tiene en su crecimiento y desarrollo.
2. Revisar y reforzar el contenido sobre lactancia materna en el programa de educación primaria ya que se encontró que a mayor escolaridad la madre disminuye el número de mamadas diarias.
3. Continuar fomentando el uso de lactancia materna por parte del personal de salud y hacer énfasis en la importancia de la introducción de alimentos a la dieta del lactante de modo que estas personas sean una fuente de información para los habitantes de la región.
4. Desarrollar campañas de capacitación para los promotores de salud y comadronas de modo que ellos puedan capacitar e informar a las madres sobre las prácticas correctas de lactancia materna y destete.
5. Desarrollar campañas de capacitación e información a nivel nacional que no sólo fomenten la lactancia materna sino una ablactación correcta, de modo que exista una introducción de alimentos que sea oportuna y acorde a las necesidades del niño.

X. BIBLIOGRAFIA

1. Chocano Linde, A. A. "Relación entre Prácticas Alimentarias, Estado Nutricional y Algunos Factores Condicionantes en Niños menores de 1 Año de un Area Urbano Marginal de Guatemala" Tesis Universidad San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia, Guatemala, 1990. 219 p.
2. Mitzner K., et. al. "Improving The Nutricional Status of Children During the Weaning Period" Graphics Art Services, Massachusetts Institute of Technology, 1984. 79 pg.
3. Robinson, C. et. al. Normal and Therapeutic Nutrition 7a. edición Macmillan Publishing Company, New York 1990. 280-290 pp.
4. Mahan L. K., et. al. Krause's Food, Nutrition & Diet Therapy 8a. edición W. B. Saunders Company, Philadelphia 1992, 177-190 pp.
5. Torún, B. et. al. Recomendaciones Dietéticas Diarias del Incap INCAP/ OPS, Guatemala, 1994. 137 pp.
6. _____ . Documentos Técnicos (I al V) Proyecto Regional de Promoción de la Lactancia Materna, Centro Regional de Documentación sobre Nutrición Materno-infantil, Lactancia y Destete. INCAP 1984.
7. Cohen, et. al. "Effects of age of Introduction of complementary foods on infants breast milk intake, total energy intake, and growth:a randomised intervention study in Honduras" Lancet 1994; 343: 288-93 pp.
8. Casey, C. y M. Hambridge Lactation: Physiology, Nutrition and Breast Feeding Plenum Press, New York. 1983. 200-235 pp.

9. Fabian de Tobar, M. "Desarrollo de Preparaciones para el Destete con Alimentos Disponibles a Nivel de Hogar, en las Areas Urbano Marginales de San Salvador" Tesis (licenciatura en Nutrición) Universidad San Carlos de Guatemala, 1991. 211 pp.
10. Riordan, J. A Practical Guide to Breastfeeding Jones and Bartlett Publishers, Boston 1991, 297-322 pp.
11. Rodwell Williams, S. Essentials of Nutrition and Diet Therapy 6a. edición Mosby-Year Book Inc. St. Louis 1990, 250 pp.
12. Mendoza, A. y J. Chonay Sondeo de las Aldeas Xepanil, Parajbey y Pacután del Municipio de Santa Apolonia, Departamento de Chimaltenango Guatemala, 1992. 60 pp.
13. Cutting W. y K. Elliot "Cómo mejorar la higiene de los alimentos de destete" Diálogo sobre la Diarrea No. 50 Diciembre 1994- Marzo 1995.
14. Chew, F. "Prevalencia y duración de la Lactancia Materna en Guatemala" Guatemala Pediátrica Vol. 9 No. 2 Abril, Mayo y Junio 1987.
15. Figueroa, et. al. "Factores determinantes en la Práctica de la Lactancia Materna" Guatemala Pediatría Vol 5 No. 1 Enero, Feb. y Marzo 1983.
16. Lawrence, Ruth A. Breastfeeding: A guide for the medical profession 3a. edición, The C. V. Mosby Co. San Luis, 1989. 30 p.
17. Pant, Ira & Khushnuma Chothia " Maternal Knowledge Regarding Breast Feeding and Weaning Practices" Indian J Pediatr 1990; 57: 395-400.

18. Cohen, et. al. " Effects of age of introduction of complementary foods on infant breast milk intake, total energy intake, and growth: a randomised intervention study in honduras" Lancet 1994; 350 p.
19. Perez-Escamilla, et. al. "Infant feeding practices among low-income Mexican urban women: a four month follow-up" Archivos Latinoamericanos de Nutrición Vol. 42 No. 3, 1992.
20. Al-Mazrou, et. al. "Breastfeeding and Weaning Práctices in Saudi Arabia" Journal of Tropical Pediatrics Vol 40 No. 5, 1994.
21. Breeuwer, A. M. "Creencias y Costumbres de las Madres Lactantes del Departamento de Chimaltenango, Guatemala, en relación a la alimentación del niño " Tesis Universidad San Carlos, Guatemala, 1995. 220 p.
22. Poskitt, E. "Energy Needs in the Weaning Period" Weaning: Why, What and When? Nestle Nutrition, Raven Press. New York, 1987 210 pp.
23. Ramachandran, P. "The Indian Experience" Weaning: Why, What and When? Nestle Nutrition, Raven Press. New York, 1987 210 p.
24. Guesry, P. Weaning: Why, What and When? Nestle Nutrition, Raven Press. New York, 1987 210 p.
25. Balaj A. "Weaning Practices in Developing Countries" Weaning: Why, What and When? Nestle Nutrition, Raven Press. New York, 1987 210 pp.

26. Escudero, P. y I. García Repetto "La composición química de la Leche Materna utilizada por el Instituto Nacional de Nutrición" Estudio sobre Alimentación del Lactante INCAP 1944.
27. Brownlee, A. "Breastfeeding: Weaning and Nutrition: The Behavioral Issues" The Office of Health of the United States Agency for International Development, Washington D. C. 1990, 55 pp.
28. Savage King, F. Cómo Ayudarles a las Mamás a Amamantar Editorial Gente Nueva, Traducción: Osorno, Jairo. Guatemala, 1989 180 p.
29. Jimenez, Z. y A. Morice Evaluación y Manejo Nutricional del Niño Desnutrido Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud, Tres Ríos 1988. 50 p.
30. OMS/ UNICEF Salud Materno Infantil: Metas para 1995 e indicadores para su seguimiento Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, Comité Coordinador Interagencial para las Américas, 1994.
31. Soto de Guido C. E. "Estudio sobre prácticas alimentarias en niños durante el período de destete". Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala (tesis de graduación), Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia 1972. 162 p.
32. _____ . Alimentación al Pecho UNICEF , Editorial Pax, México 1983.35 p.
33. Liga Internacional de la Leche El Arte Femenino de Amamantar Traducción: Guadalupe Meza, Editorial Diana, México. 1992, 690 pp.

34. Jelliffe, D. et. al. "Ultimos Descubrimientos sobre la Excepcionalidad de la Leche Materna" INCAP CE/046, Guatemala 1994 65 p.
35. _____ . Alimentación Infantil, Bases Fisológicas OPS/OMS/INCAP ME-001, Guatemala, 1992. 80 p.
36. López, M. del P. "Diagnóstico Alimentario Nutricional de las Aldeas Xepanil, Parajbey y Pacután, Municipio de Santa Apolonia, Departamento de Chimaltenango" Práctica Profesional Supervisada, Universidad del Valle de Guatemala, 1995. 160 p.
37. Icaza S., Béhar M. Nutrición 2a edición Interamericana México, 1981. 110 p.
38. Bass M.A., et. al. Community Nutrition and Individual Food Behavior Burgess Publishing Co., Minnesota, 1979. 50 p.
39. Castillero Hernández V. "Patrón Alimentario y Estado Nutricional según indicadores de peso y talla de lactantes menores de un año del área rural y urbana del distrito de la Chorrera República de Panamá". Tesis de Graduación Universidad San Carlos, Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia Guatemala, 1981. 88p.
40. Siniestra C. "Conocimientos y hábitos alimentarios en madres de niños de uno a tres años de edad de la ciudad de Guatemala". Tesis de Graduación Universidad San Carlos, Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia, Guatemala, 1981. 175p.
41. Sampers B., et. al. Prácticas de alimentación infantil en Bogotá Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá 1986. 135 p.

42. Underwood B. A., Hofvander Y. "Appropriate timing form complementary feeding of the breast-fed infant" Acta Paed. Scand. 1982;71(sup.294): 32p.
43. Teller C., et. al. "Desnutrición, población y desarrollo social y económico: hacia un marco de referencia" Interrelación desnutrición, población y desarrollo social y económico INCAP Guatemala, 1980. 445 p.
44. Tucker K., Sanjur D. "Maternal employment and child nutrition in Panamá" Soc. Sci. Med. 1988; 26(6):605-612.
45. Valverde V., Delgado H. L. Manual de encuestas de consumo de alimentos Serie de Manuales de Capacitación en métodos de investigación de campo No. 1, INCAP. Guatemala, 1986. 28p.
46. Scrimshaw SCM., Hurtado E. "Field guide for the study of health-seeking behaviour at the household level." Food and Nut. Bull. 984;6(2):27-45.
47. Méndez Navas N. "Prácticas alimentarias que los médicos pediatras recomiendan para el niño menor de un año y la aceptabilidad de estas recomendaciones por las madres que asisten a consulta externa del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social". Tesis de Graduación Universidad San Carlos, Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia. Guatemala, 1983. 195 p.
48. _____ . Rapid, low-cost data collection methods for AID Agency for International Developmente, Washington D.C., 1987. 34p.
49. Berggren, G. "Questions and Answers about weaning" Food Nutr. Bull. 1982; 4(1): 20-24.

50. Pelto, G. H. "Ethnographic Studies of the Effects on Food Availability and Infant Feeding Practices" Food Nutr. Bull. 1984; 6(1); 33-43.
51. Pineda, J. F. et. al. Tendencias de la Lactancia Materna en Guatemala CONAPLAM, OPS, UNICEF 1992. 85 p.
52. Arango de, R. et. al. Análisis Preliminar de las Actividades y Prácticas de Apoyo a la Lactancia Materna en Guatemala Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, USAID Guatemala, 1992 45 p.
53. Quán de Serrano, J. et. al. "Patrones de Ingesta Temporana de Café y su Influencia en el Estado Hematológico de Pre-escolares Guatemaltecos" Boletín de Resúmenes Científicos del Comité Nacional Pro-Ciegos y Sordos de Guatemala Vol 4, No. 1, pag. 7-8, 1993.
54. López, C. Y., et. al. "Determinación de Actividad de Vitamina A en un Grupo de Plantas Seleccionadas de Guatemala" Boletín de Resúmenes Científicos del Comité Nacional Pro-Ciegos y Sordos de Guatemala Vol 4, No. 1, pag. 9, 1993.
55. Quán de Serrano, J. et. al. "Introducción de Alimentos Sólidos y Líquidos en el Proceso de Destete en el Infante Guatemalteco". Faseb, pag. A1289, 1991.
56. _____. Yodo por la Vida, Yodación de la Sal en Centro América UNICEF, 1994. 97 P.

XI. ANEXOS

anexo No. 1.a

INSTRUCTIVO FORMULARIO DE CENSO

Indicaciones: Este formulario será utilizado para establecer a qué personas se les hará la entrevista. Se apuntarán solamente las madre que tengan hijos menores de 2 años, llenando uno formulario por cada aldea.

1. Se anotará la aldea a la que corresponde el censo.
2. Se apuntarán los nombres completos de las madres que tiene hijos menores de dos años de edad.

PERSONAS A ENTREVISTAR

Aldea: _____

	NOMBRE	# de hijos < 2 años
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		
36		
37		
38		
39		
40		
41		
42		
43		
44		
45		
46		
47		
48		
49		
50		

FORMULARIO DE OBSERVACION LACTANCIA MATERNA

Nombre de la madre: _____ No. de muestra

Nombre del niño: _____

{los signos entre corchetes se refieren a recién nacidos}

Signos de que la L. M. está bien

Signos de posible dificultad

POSICION CORPORAL

- Madre relajada y comfortable
- Cuerpo del bebe cercano, hacia el pecho.
- Cabeza y cuerpo del bebe rectos
- La barbilla del bebe toca el pecho
- {sostenido en las nalgas}

- Hombros tensos, agachada sobre el bebe
- Cuerpo del bebe lejos del de la madre
- cuello del bebe torcido
- la barbilla no toca el pecho.
- Solo se sostienen los hombros y la cabeza

RESPUESTAS

- El niño busca el pecho al tener hambre
- {El bebe busca el pecho}
- El bebe explora el pecho con la lengua
- El bebe se amamanta calmado y alerta
- El bebe se mantiene en el pecho.
- Signos de eyección de leche

- No responde al pecho
- {no existe búsqueda}
- el niño no se interesa por el pecho.
- Llora y se mantiene inquieto
- El bebe se resbala del pecho.
- No existe eyección de leche.

LAZOS EMOCIONALES

- Lo toma confidente y segura
- atención cara a cara de la madre
- Existe mucho contacto de la madre

- Lo toma nerviosa
- No existe contacto visual entre los dos.
- Poco tacto
- bebe inquieto

ANATOMIA

- Pecho suave después de amamantar
- Los pezones sobresalen, protaciles
- La piel parece saludable
- El pecho está redondo durante el amamantamiento

- Pecho congestionado
- Pezones planos o invertidos
- Piel roja o con fisuras
- El pecho se mira estirado

SUCCION

- Boca completamente abierta
- Labio inferior hacia afuera
- La lengua colocada alrededor del pecho
- Mejillas redondas
- Más areola sobre la boca del bebe
- Succión lenta y profunda, con pausas
- Se puede ver u oír deglución

- Boca no abierta completamente, hacia enfrente
- Labio inferior hacia adentro
- No se mira la lengua del bebe
- Mejillas tensas o hacia dentro
- Más areola abajo de la boca
- Solamente succiona rapidamente
- Se pueden oír chasquidos

TIEMPO DE SUCCION

- El bebe se libera del pecho

- La madre quita al bebe del pecho

anexo No. 3.a

INSTRUCTIVO DEL FORMULARIO DE RECOLECCION DE DATOS

Indicaciones: El formulario se pasará únicamente a las madres con niños menores de dos años y se entrevistará a cada madre individualmente y se llenará un formulario por cada niño.

I. DATOS GENERALES

NO.	PREGUNTA	CODIGO O INSTRUCCION
1	Aldea	Anotar el código establecido para cada aldea. 01= Xepanil, 02= Parajbey
2	Nombre de la madre	Anotar el nombre completo de la madre Anotar a un lado la edad en forma numérica.
3	Asistió a la Escuela?	Anotar utilizando el código correspondiente: 01= si, 02= no. Y anotar el último grado a que la madre asistió.
4	¿Habla Castellano?	Indicar por medio del código si la madre habla no castellano: 01=si, 02=no.
5	Número total de miembros en la familia	Anotar en forma numérica la cantidad de miembros en la familia.
6	Número total de hijos	Anotar en forma numérica el número total de hijos.
7	Padre presente o ausente	Indicar por medio del código si el padre de familia se encuentra presente o ausente. 01= si, indica si está presente.
8	¿Quién provee soporte económico?	Anotar el código correspondiente: 01=padre, 02=madre, 03=otro

II. INFORMACION SOBRE EL NIÑO MENOR DE DOS AÑOS

9	Nombre del niño	Escribir el nombre completo del niño menor de dos años.
10	Edad en meses	Escribir la edad del niño en meses
11	Fecha de	Escribir con números la fecha de nacimiento

	nacimiento	del niño: día/mes/año
12	Sexo	Indicar el sexo utilizando el código correspondiente: 01= masculino, 02= femenino
13	Estado de salud	Indicar el estado de salud del niño de acuerdo a la siguiente codificación: 01=sano, 02=enfermo
14	Si está enfermo, ¿Qué tiene?	Anotar el código correspondiente para indicar la enfermedad: 1= diarrea y vómitos 2 = resfrío y tos 3= otra. Si, la respuesta es 3 especificar a que se refiere.
15	Número de nacimiento de la madre	Anotar si el niño es el primer, segundo , tercero, etc. en nacer dentro de la familia. Ej. segundo, anotar #2.

III. LACTANCIA MATERNA

16	¿Le está dando de mamar al niño?	Indicar por medio del código si se está dando de mamar: 01= si, 02= no
17	¿Le dió de mamar al niño alguna vez?	Anotar el código correspondiente: 01=si, 02=no
18	Si no le dió, ¿Qué le dió en lugar de la leche?	Indicar de acuerdo a los códigos si se dió: 01=fórmula infantil, 02= leche entera en polvo, 03= leche entera fluida, 04= atol de masa, 05= otra. Si la respuesta es 5, explicar en el espacio.
19	Si no le dió, ¿Por qué?	Indicar si: 01=niño enfermo, 02= no queria, 03 = tenía poca leche, 04=madre enferma, 05= madre debía trabajar, 06= lesiones en el pezón o mama, 07= leche no era buena, 08 otra. En caso de que la respuesta sea 7 u 8 explicar.
20	Al cuanto tiempo de nacido empezó a darle pecho?	Anotar la cantidad de horas de nacido que el niño tenía al empezar a darle pecho, indicar porqué se esperó ese tiempo.
21	¿Le dió al niño lo que tenía antes de	Anotar si la madre dió calostro a su bebé utilizando el código: 01=si, 02=no. Indicar

	la leche?	porqué se hizo así.
22	¿Alguna madre le ayudó dando de mamar antes de que tuviera leche?	Indicar si esto se dió utilizando la codificación: 01= si, 02=no.
23	Si lo hizo, ¿Por cuanto tiempo?	Indicar cuantos días postparto el niño recibió leche materna de otra persona.
24	¿Quién la ayudó?	Anotar por medio del código la persona que dió esta ayuda: 01=amiga, 02=vecina, 03= familiar, 04= otro. Si la respuesta es 4 especificar quién fue.
25	Se le daba alguna cosa antes de ponerlo al pecho	Anotar el código: 01=si, 02=no. Si la respuesta es 1 indicar qué.
26	Generalmente cuantas veces mamaba el niño al día	Anotar la cantidad de veces que mama el niño diariamente.
27	Da/ba de mamar en las noches?	Anotar el código que corresponde: 01=si, 02= no Indicar por qué lo hacía o hace así
28	Tiene/Tenía un horario especial para dar de mamar?	Anotar la respuesta utilizando el código: 01= si, 02= no. Indicar por qué.
29	¿Cuántos tiempo tarda/ba la mamada?	Anotar el tiempo de duración en minutos.
30	¿Le da de mamar de los dos pechos?	Anotar: 01=si, 02=no. Indicar porqué se da esa respuesta.
31	Prepara/ba los pechos antes de dar de mamar	Anotar 1=si, 2=no.
32	Antes de dar el pecho	Anotar los códigos correspondientes 1=si, 2=no.

- se lava las manos.
- 33 Toma/ó algo para favorecer la producción de leche? Anotar si lo hace o no por medio de los códigos 01=si, 02=no. Si la respuesta es 1 indicar que es lo que toma.
- 34 En que posición da/ba de mamar? Anotar el código correspondiente: 01= sentada, 02= recostada, 03= acostada, 04= otro. Si la respuesta es 4 indicar cuál es la posición.
- 35 ¿Cuándo ha dejado de dar de mamar? Anotar el código correspondiente: 01=enojo, 02= susto, 03= embarazo, 04= enfermedad de la madre, 04= otro. Si la respuesta es 4 especificar.
- 36 ¿Cuándo usted se enferma/ba da/ba de mamar? Anotar el código: 01=si, 02=no, 03=no aplica. El código 3 se usará cuando la madre no haya dado de mamar nunca.
- 37 ¿Cuándo el niño se enferma/ba da/ba usted de mamar? Anotar el código correspondiente y el por qué de esa respuesta: 01= si, 02=no, 03=no aplica. La respuesta no. 3 se usará cuando la madre no haya dado de mamar nunca.
- 38 ¿Continúa/ó dando de mamar cuando esta/ba embarazada? Anotar el código correspondiente: 01=si, 02=no, 03= no aplica. El código no. 3 se utiliza cuando la madre no ha dado de mamar.
- 39 ¿Cuántas semanas/ meses completos dió de mamar a su hijo? Anotar antes de la diagonal la cantidad semanas. Si se anota como meses anotarlos después de la diagonal. Si la lactancia continúa usar el código 00.
- 40 En qué forma le quitó el pecho? Anotar según el código correspondiente: 01=gradual, 02=súbita, 03=no explica.
- 41 ¿Por qué le quitó el pecho al niño? Anotar las razones según el código: 01=niño enfermo, 02= niño no quería, 03= niño era muy grande, 04=niño no se llenaba, 05=niño tenía diarrea, 06=Le salieron dientes al niño, 07=madre trabaja afuera, 08=madre enferma, 09=lesiones en los pezones, 10= nuevo embarazo, 11=leche de la madre no era buena, 12=leche insuficiente, 13= otro. Si la respuesta es 11 ó 13 especificar.

- 51 ¿Quién da de comer al niño? Anotar el código correspondiente: 01=madre, 02=abuela madre, 03=abuela suegra, 04=otro familiar, 05= otro. Si la respuesta es 5, especificar quién lo hace.
- 52 Número de comidas que se le dan al día Anotar en forma numérica la cantidad de comidas indicadas por la madre
- 53 ¿Qué comió el niño ayer? Anotar en la primera columna: el número 1 para indicar que si comió ese alimento, y dejar en blanco si el alimento no se consumió.
- 54 ¿Qué otro alimento come el niño ya? Anotar en la primera columna: el número 1 para indicar que si comió ese alimento, y dejar en blanco si el alimento no se consumió.
- 55 ¿Come el niño los siguientes alimentos...? Anotar en la primera columna el número 1 para indicar que si comió esos alimento y dejar en blanco si no lo ha hecho. Se pregunta sobre los alimentos que la madre no ha mencionado en las dos preguntas anteriores.
56. ¿A qué edad empezó a darle a su hijo de los siguientes alimentos? Anotar el mes en que se introdujo cada alimento, si fue antes del primer mes de vida anotar 00. Esta pregunta se hará después de cada la madre indica que el niño ha comido algún alimento de la lista.

25. Se le da/ba alguna cosa antes de ponerlo al pecho? 1= si, 2= no ¿Qué?
26. Generalmente cuantas veces mamaba el niño al día
27. Da/ba de mamar en las noches? 1= si, 2 = no ¿ Por qué?
28. Tiene/Tenía un horario especial para dar de mamar: 1 = si, 2= no ¿ Por qué?
29. ¿Cuánto tiempo tarda/ba la mamada? (minutos)
30. Le da de mamar de los dos pechos en cada mamada? 1=si, 2= no ¿ Por qué?
31. ¿Prepara/ba los pechos antes de dar de mamar? 1=si, 2 = no
32. Antes de dar el pecho se lava las manos? 1=si, 2= no
33. Toma/ó algo para favorecer la producción de leche? 1= si, 2 = no ¿Qué?
34. En que posición da/ba de mamar?
- 1 = sentada
- 2 = recostada
- 3 = acostada
- 4 = otro, especificar
35. ¿Cuándo ha dejado de dar de mamar? ¿Por qué?
- 1= Enojo
- 2 = susto
- 3 = embarazo
- 4 = enfermedad de la madre
- 5 = otra, especificar
36. ¿Cuando usted se enferma/ba da/ba de mamar? ¿ Por qué?
- 1= si, 2 = no, 3= no aplica
37. ¿Cuando el niño se enferma/ba usted da/ba de mamar? ¿ Por qué?
- 1= si, 2 = no, 3= no aplica
38. ¿Continúa/ó dando de mamar cuando está/ba embarazada? ¿ Por qué?
- 1= si, 2 = no, 3= no aplica
39. ¿Cuántas semanas/meses completos dió de mamar a su hijo? /
- 0= continúa
40. En qué forma le quitó el pecho? 1= gradual, 2= súbita, 3 = no explica
41. ¿Por qué le quitó el pecho al niño?
- 01= niño se enfermó
- 02= niño no quería
- 03= Niño ya era muy grande
- 04= Niño no se llenada
- 05= Niño tenía diarrea
- 06= Le salieron dientes al niño
- 07= madre trabajaba afuera
- 08= madre enferma
- 09= lesiones en los pezones
- 10= nuevo embarazo
- 11= leche de la madre no era buena
- 12= leche insuficiente
- 13= otro, especificar

IV. DESTETE

42. ¿Ya le empezó a dar líquidos distintos de la leche materna? 1=si, 2=no
43. ¿A qué edad se le empezó a dar líquidos, además de la leche materna? mes ¿ Por qué?
44. ¿Ya empezó a darle alimentos? 1=si, 2=no

45. ¿A qué edad empezó a darle comida sólida al niño? mes ¿ Por qué?
46. ¿Dejó ya de mamar el niño? 1=si, 2=no
47. ¿A qué edad dejó definitivamente el pecho? 0= no aplica ¿ Por qué?
48. Con qué sustituyó la leche materna?

- 1= fórmula infantil
2= leche de vaca en polvo
3= leche de vaca fluída
4 = otra, especificar

49. ¿Quién escoge lo que come el niño?

- 1 = madre
2= abuela madre
3= abuela suegra
4 = otro familiar, indicar
5 = otro, especificar

50. ¿Quién prepara los alimentos del niño? (mismos códigos)

51. ¿Quién da de comer al niño? (mismos códigos que 41)

52. Número de comidas que se le dan al día

¿ Por qué?

53. ¿Qué comió el niño ayer? Anotar en la primera columna, 1 = si, en blanco si no se consumió

54. ¿Qué otro alimento come el niño ya? Anotar en la primera columna, 1 =si

55. ¿Come el niño los siguientes alimentos.....? Anotar en la primera columna, 1=si

56. ¿A qué edad empezó a darle a su hijo de los siguientes alimentos? (meses) 00= menos de un mes

Alimentos	1a	2a	Alimentos	1a	2a
01 Agua sin azúcar			13 Papillas de cereale		
02 Agua con azúcar			14 Huevo		
03 Agua de cereales			15 Puré de verdura		
04 Té de hierbas			16 Pan o tortilla		
05 Café			17 Raices en trocitos		
06 Atoles			18 Verduras en trocito		
07 Fórmula infantil			19 fruta en trocitos		
08 Leche entera			20 Frijol colado		
09 Jugos de fruta			21 Carne Picada		
10 Sopas			22 Quesos		
11 Caldos			23 Fideos, pastas		
12 Puré de fruta			24 Otros* _____		

* incluir dentro de "otros" aguas que no están especificadas, decir cuáles son.