

COSTUMBRES SOBRE LA CRIANZA DE NIÑOS Y SU RELACION CON NUTRICION Y SALUD

NANCIE L. SOLIEN DE GONZALEZ Y MOISES BEHAR

La salud, tal como la define la Organización Mundial de la Salud, no es sólo ausencia de enfermedad, sino un estado de bienestar físico, mental y social. La salud puede ser considerada también como un adecuado ajuste del hombre a su medio ambiente físico, biológico y cultural. Las relaciones entre la cultura y el estado físico son muchas y, bajo varias circunstancias, cada factor influencia al otro.

Pero aun cuando la salud es una de las finalidades de la comunidad, su definición varía considerablemente entre las diferentes culturas.

El sociólogo puede resultar valioso en dos formas principales para los que están interesados en mejorar la salud pública. Una de ellas es mediante la creación de una mejor comprensión de los modelos de cultura —cómo han llegado a ser lo que son, cuáles son sus funciones dentro del sistema social total, y por qué persisten o cambian a través del tiempo. Otra es el sugerir qué es posible cambiar, cómo ocurren los cambios en la cultura, y cuáles pueden ser los resultados indirectos de estos cambios sobre los otros aspectos del sistema cultural y social. La mayor parte de las publicaciones que existen hoy en día en los campos compuestos de la antropología y la salud, tratan acerca de estos temas. Personas de la calidad de Adams,¹ Foster,² Jelliffe,³ Paul,⁴ y Wellin,⁵ entre otros, han elaborado sobre ellos tanto en el nivel específico como en el general.

En este trabajo se tratarán algunas de las formas en que las costumbres dietéticas y de crianza de niños en Guatemala, determinadas culturalmente, afectan su salud.

En ese país, existe una variedad de segmentos sociales, cada uno de

los cuales tiene sus propias características culturales. Sin embargo, los dos grupos que vamos a tratar aquí son indios tradicionales o ladinos pobres.

El indígena de Guatemala ha vivido durante 400 años en un encierro cultural. Después que fueron conquistados y reorganizados por los españoles, los indígenas se retiraron, psicológica y físicamente, a sus aldeas, cada una de las cuales se convirtió en una entidad cultural separada, caracterizada por distinto vestido, dialecto y costumbres.^{6, 7} Dedicados a las labores agrícolas, los indios formaron parte integral de la organización económica total del país. No sólo cultivaban los alimentos básicos, sino que sus labores de artesanía eran igualmente utilizadas por los ladinos. Además, los comerciantes indios tuvieron a su cargo mucha de la distribución de estas mercancías. Sin embargo, las relaciones sociales entre indios y ladinos quedaron cristalizadas en una situación como de castas, y los indios mantuvieron una rígida barrera psicológica entre ellos y los ladinos, poderosos tanto social como políticamente. Esta barrera conservó con todo éxito la cultura indígena tradicional, después de su reintegración inicial después de la conquista, casi hasta el día de hoy. Es innecesario decir que esta cultura resistió, y en gran parte todavía resiste, extremadamente toda posibilidad de cambio.

La cultura del ladino pobre, aunque incorpora algunos elementos indígenas, está basada esencialmente en la cultura española de los siglos dieciseis y diecisiete. También se ha conservado casi sin cambiar, desde aquella época, en algunas áreas rurales de Guatemala. Sin embargo, esta cultura ladina no incluye la rígida barrera al cambio que caracteriza a la de los indios. Para la mayor parte de los ladinos guatemaltecos, la pobreza y la carencia de educación son los mayores obstáculos que se oponen a los cambios. El ladino pobre reconoce la existencia de una diferencia de clase, no étnica, entre él y los guatemaltecos de clase elevada, y por lo general está ansioso por adoptar las costumbres de este grupo.

Las costumbres dietéticas y de crianza de niños entre estos grupos deben ser consideradas desde una perspectiva histórica, al igual que en términos de aculturación económica y en marcha hacia la moderna civilización occidental. Los modelos dietéticos, junto con muchos otros elementos de cultura, son determinados en gran parte por la *tradición* para cualquier pueblo en particular. Los alimentos básicos que todavía consumen los indios guatemaltecos ya formaban parte de la dieta precolombina.

Siempre se deben examinar con mucho cuidado los procesos de socialización y aculturación, de los cuales las técnicas de crianza de niños son tal vez las más importantes. Estos procesos pueden suministrar importantes datos para la determinación de si una cultura es principalmente tradicional o si está sufriendo un cambio rápido en cualquier momento determinado. Cuando la autoridad y el ejemplo de los padres es el principal medio de educar a los niños, la cultura resultará ser probablemente una de esas "resistente al cambio". Pero cuando existe un elevado nivel de asistencia a la escuela, y se dispone y hace uso de la radio, la televisión, las revistas y otros medios de comunicación de masa, y cuando influencias de fuera de la comunidad tales como doctores, enfermeras, agentes de extensión, maestros, misioneros, etc., también juegan un papel importante en la educación de los jóvenes, se puede esperar una cultura de rápido cambio, dispuesta a aceptar las novedades. Obviamente, los problemas prácticos impuestos sobre los que deseen introducir cambios serán diferentes en cada una de estas situaciones.

Muchos factores pueden pesar en la balanza entre aceptar o rechazar un cambio, pero los económicos están entre los más importantes. Entre "factores económicos" se incluyen cosas tales como costo y disponibilidad de alimentos en el nivel local, medios de subsistencia, cantidad de efectivo disponible para adquirir cosas que no se producen en la localidad, etc. Los grupos que vamos a tratar aquí son mayormente rurales y dependen para subsistir del cultivo agrícola en pequeña escala, mediante el empleo de herramientas y técnicas primitivas, suplementadas en algunos casos por salarios durante parte del año. Algunas comunidades también ganan una pequeña cantidad de efectivo mediante la venta de labores manuales, tales como cerámica, cestas, y telas.

RIESGO DE MUERTE DURANTE LOS PRIMEROS AÑOS

En los países de mayor adelanto industrial, como los Estados Unidos, el riesgo de muerte de los niños después del nacimiento es todavía relativamente elevado durante el período neonatal o sea, durante los primeros 28 días después de nacido. Tal como muestra el Cuadro 1, la tasa de mortalidad infantil (es decir, de niños menores de un año de edad) es de unos 20 por 1000 nacidos vivos. La mayor parte de estas defunciones ocurren durante los primeros días después del nacimiento y son debidas a causas asociadas con el embarazo y el parto o son de origen congénito. Sin embargo, durante el resto del primer año, la tasa

disminuye a unos 7 por 1000 nacidos vivos, y entre el primero y el quinto año la tasa de mortalidad es de sólo 1 por 1000 niños en ese grupo de edad.

La situación es bastante diferente para los niños que nacen en clases socio-económicas inferiores de países pre-industrializados y técnicamente subdesarrollados como Guatemala.⁸ En ellos, la tasa de mortalidad durante el período neonatal es el doble de la cifra correspondiente en los Estados Unidos (Cuadro 1). Las causas principales son las mismas, pero actúan con mayor intensidad debido al inadecuado cuidado prenatal y obstétrico. Las enfermedades infecciosas también contribuyen a la diferencia, pero no en forma muy significativa. A esta edad, los niños aún están protegidos por la inmunidad transmitida por sus madres y no están todavía en contacto muy estrecho con el ambiente poco higiénico que los rodea, según trataremos más adelante. Entre 1 a 11 meses aumenta la diferencia en las tasas de defunciones, que es entonces ocho veces más elevada en Guatemala. Las enfermedades infecciosas, principalmente enfermedades infecciosas del aparato respiratorio y diarreas, son las más responsables de esta situación. Durante las edades de 1 a 4 años, las tasas de mortalidad en Guatemala son 33 veces más elevadas que en los Estados Unidos. En este grupo de edad, las deficiencias en la nutrición actúan en forma sinérgica con las enfermedades infecciosas, y a ellas se deben las más elevadas tasas de mortalidad.

Este modelo de mortalidad, y uno similar en morbilidad, está estrechamente relacionado con las condiciones ecológicas, especialmente con las costumbres en la crianza de niños que trataremos a continuación. Este riesgo tan elevado de morbilidad y mortalidad para niños y recién nacidos es considerado como "normal" por las mismas personas. Se reconoce que algunas enfermedades infecciosas, tales como el sarampión y el parasitismo intestinal, son responsables aunque con conceptos erróneos acerca de su epidemiología. Sin embargo, en muchos casos

la enfermedad y la muerte son atribuidas a la magia. No se reconoce el papel importante que juegan las deficiencias nutricionales. Bajo estas circunstancias, a menudo se teme a los alimentos, que pueden ser considerados como fuente de peligro más bien que elemento de salud.

CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LOS NIÑOS

Entre los grupos de bajo nivel económico de Guatemala, al igual que en otras poblaciones que viven en similares condiciones ecológicas, las deficiencias nutricionales y otros factores de ambiente son responsables por el lento crecimiento y desarrollo de los niños, mucho más que en los países técnicamente desarrollados o en las clases más elevadas de los mismos países.

Al nacer, estos niños, a pesar de la pobre nutrición de sus madres, tienen un peso promedio que es sólo ligeramente inferior al peso promedio de los niños en los Estados Unidos o en Europa, y están dentro de los límites normales. Por lo general nivelan esta diferencia durante las primeras semanas de vida y siguen las normas de sus contrapartes en los Estados Unidos o en Europa hasta el tercero o cuarto mes. Durante este período son alimentados casi exclusivamente con leche materna, que satisface todas sus necesidades nutricionales. Es por eso que todavía son poco frecuentes las enfermedades infecciosas, especialmente la diarrea. Después de esta época, su tasa de crecimiento disminuye significativamente en comparación con las normas norteamericanas o europeas. Durante la segunda parte del primer año de vida, continúan alimentándose con leche materna, pero los alimentos suplementarios que necesitan entonces son inadecuados en cantidad y calidad. También sufren de frecuentes ataques de diarrea y otras enfermedades infecciosas. Cuando abandonan la leche materna por completo la situación empeora aún más y las tasas de crecimiento disminuyen cada vez más. Sólo a partir del tercer al cuarto año de vida se adaptan al ambiente desfavorable. Entonces, las enfermedades son menos frecuentes y ocurre una mejora en la alimentación. En esta época comienzan a crecer a una *tasa* similar a las normas norteamericanas o europeas, pero siempre quedan dos o tres años atrás respecto a ellas. Como el crecimiento cesa al llegar a la madurez, la cual se presenta a la edad cronológica normal, el resultado final es una población de adultos más pequeños que en grupos más privilegiados.

La maduración de los huesos sigue un modelo similar al crecimiento

CUADRO 1. RIESGO DE MUERTE DURANTE LOS PRIMEROS AÑOS¹⁸

País	Edad		
	0-28 días	1-11 meses	1-4 años
	Defunciones por 1000 Nacidos Vivos		
Guatemala	36,3	55,1	33,2
Estados Unidos de América	18,3	7,0	1,0

físico. Reciente evidencia sugiere que este caso es el mismo para el desarrollo mental.⁹

De nuevo, repetimos que estos modelos de crecimiento y desarrollo no son considerados anormales por los miembros de la población. Estos niños pequeños y generalmente apáticos e inactivos son considerados como norma aceptada. Algunos médicos y personas bien educadas que trabajan en los campos de la salud pública y la antropología física consideran que estos modelos de crecimiento y desarrollo son una característica racial. Sin embargo, cada vez aumenta más la evidencia que sugiere que estos modelos de crecimiento son determinados en gran parte por factores ambientales, principalmente la nutrición.

MODELOS DE DIETA

Para las comunidades indígenas de Guatemala, el maíz es el alimento básico; proporciona de 70 a 80 % de las calorías y de 60 a 70 % de las proteínas que consumen. Debido a que su preparación significa que hay que cocinarlo con cal, el maíz —principalmente en forma de tortillas— también proporciona más de un 80 % de calcio. Como por lo general se consume maíz amarillo, también es una importante fuente de vitamina A. El maíz contribuye también hierro y algunas vitaminas del complejo B. Después del maíz, se consumen cantidades apreciables de leguminosas, principalmente frijoles negros, que constituyen una importante fuente de proteínas en la dieta. Regularmente se ingiere una gran variedad de hojas verdes y otros vegetales y frutas frescas que aun cuando en cantidades muy pequeñas, constituyen la principal fuente de vitamina C. Los productos animales constituyen una parte muy pequeña y poco frecuente de las dietas regulares debido a su alto costo y poca disponibilidad.¹⁰

No se emplea grasa alguna para cocinar, el bajo contenido de grasa de la dieta —que significa sólo de un 8 a un 10 % de las calorías totales— lo proporciona la grasa natural de los alimentos.

La bebida principal es el café, endulzado con azúcar sin refinar. También se emplean atoles ligeros preparados principalmente de maíz.

Dentro de este modelo dietético general, las principales diferencias impuestas sobre los niños y recién nacidos son las siguientes: Durante el primer año de vida, la leche materna constituye la principal fuente de elementos nutritivos. Aunque se introducen progresivamente otros alimentos, sólo se administran en muy pequeñas cantidades y no contribuyen en forma significativa a la nutrición del niño. Aparte de alguna

selección de alimentos, nada se les prepara especialmente. Se prefieren los alimentos líquidos o blandos, debido a esto no se les dan frijoles, sólo el caldo o agua en que fueron cocinados. Cuando se dispone de leche y huevos se les da con preferencia a los niños más pequeños, pero esto es poco frecuente. Por otra parte, no se da carne a los niños pequeños. Cuando se dispone de frutas también se dan con preferencia a los niños pequeños, pero son consideradas más bien como una golosina que como alimento. Aunque la tortilla es el alimento principal de la familia, cuando se dispone de pan se prefiere como alimento para los niños, se les da embebido en café y es considerado de más fácil digestión que la tortilla.

En general, la cantidad de alimentos que se da a los niños pequeños durante el periodo del destete e inmediatamente después, es proporcionalmente inferior a la que deberían de ingerir si los alimentos totales consumidos por la familia fueran compartidos de acuerdo con las necesidades nutricionales de sus distintos miembros. Por lo tanto, los niños sufren no sólo una mayor restricción alimenticia que la que sufre el resto de la familia en cuanto a alimentos, como frijoles y carne, que son fuente importante de proteínas y otros nutrientes esenciales sino que también se restringe su ingestión de calorías. Sólo cuando los niños llegan a la edad de tres a cuatro años comienzan a compartir los alimentos de que dispone toda la familia.

El resultado de esta limitación y selección de alimentos, basada principalmente en el temor a la diarrea y otras enfermedades, aparece indicado en la Figura 1 expresado en términos de alimentos. Los datos provienen de muestras representativas de una comunidad indígena en las montañas de Guatemala, fueron obtenidos mediante cuatro encuestas dietéticas llevadas a cabo durante un periodo de cuatro años consecutivos.¹¹ Muestra que para todos los nutrientes los niños están en una situación menos favorable que los demás miembros de la familia esto queda en especial evidencia con respecto a las calorías proteínas y calcio. Para estos nutrientes, la ingestión es adecuada cuando se considera sobre una base per cápita para todos los miembros de la familia, pero la porción que corresponde a los niños está muy por debajo de sus necesidades nutricionales. Respecto a las proteínas, esto resulta más grave por cuanto proceden principalmente de origen vegetal y tienen bajo valor biológico.

La dieta habitual de las comunidades ladinas pobres que viven en pequeñas comunidades rurales sigue en general el mismo modelo que hemos descrito para las poblaciones indias. La principal diferencia es

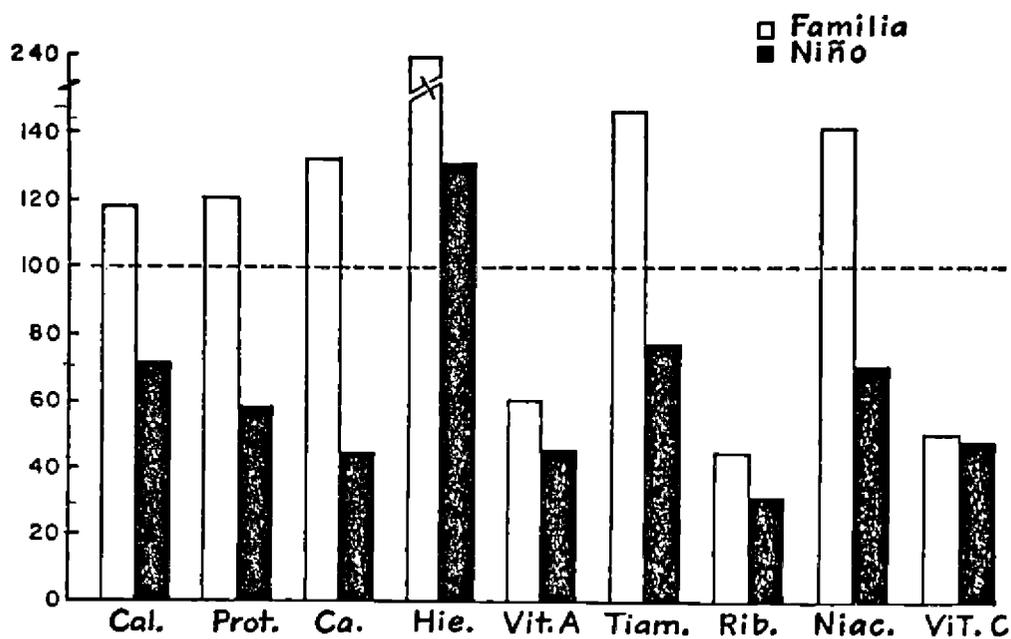


Figura 1. Adecuación de la ingestión de alimentos/cabeza, expresada como porcentaje de las raciones recomendadas, por familias y niños de edad pre-escolar en una comunidad india de Guatemala, 1959.¹¹

una tendencia a emplear mayores cantidades de grasa, y que se prefieren alimentos más elaborados. Por ejemplo, se emplea azúcar blanca refinada en lugar de la parda sin refinar que usan extensamente los indios. También prefieren el maíz blanco al amarillo. En cuanto a la alimentación de niños y recién nacidos, por lo general abandonan más temprano la leche materna y aceptan con más facilidad la leche de vaca como alimento natural y conveniente para los niños. Sin embargo, su uso está restringido en cierta forma debido a su elevado costo y limitada disponibilidad. Los ladinos reconocen frecuentemente la necesidad de alimentos preparados especialmente para los niños pequeños y sin embargo, estas preparaciones son seleccionadas más por su consistencia física y siguiendo creencias en cuanto a lo que los niños de esta edad pueden "tolerar" que de acuerdo con su valor nutritivo. Por ejemplo, un alimento muy popular de este tipo es una sopa de fideos clara.

La Figura 2 muestra que la situación nutricional entre los ladinos es muy similar a la que se presenta para los grupos de indios. El pueblo ladino estudiado es típico de un gran número de pobres poblados en la sección oriental del país, que es árida. Es especialmente evidente la

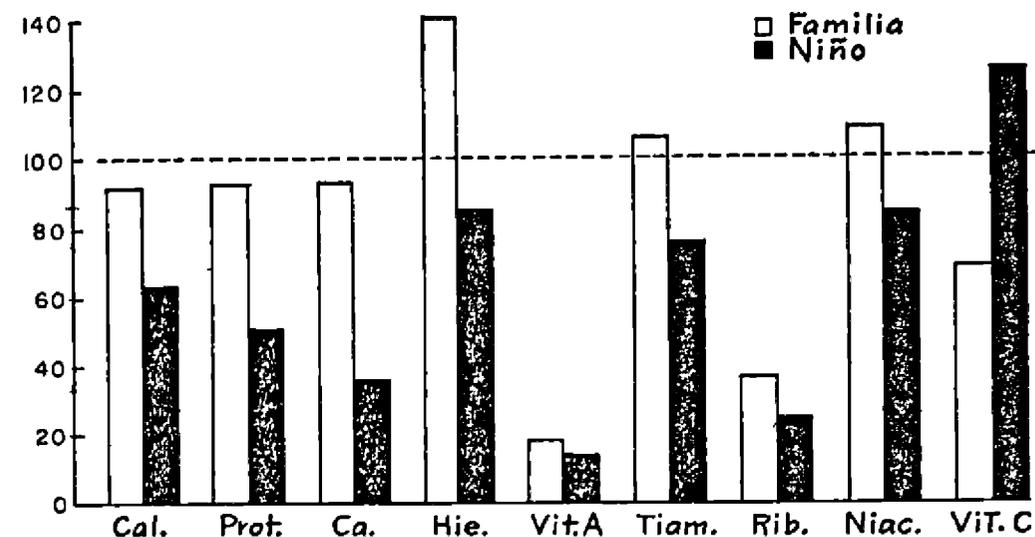


Figura 2. Adecuación de la ingestión de alimentos/cabeza, expresada como porcentaje de las raciones recomendadas, por familias y niños de edad pre-escolar en una comunidad ladina de Guatemala.

carencia de vitamina A en la dieta, mucho más pronunciada que para los indios, resultado probable del cambio de maíz amarillo a blanco y del bajo consumo de hojas verdes. También se observa entre los ladinos la misma distribución inadecuada de los alimentos dentro de la familia, con desventaja para los niños pequeños. Los factores culturales juegan un papel fundamental en esta infortunada situación.

COSTUMBRES ACERCA DE LA CRIANZA DE LOS NIÑOS

Cuidado pre-natal y parto

Cualquier referencia a las costumbres en la crianza de los niños deberá comenzar, lógicamente, con el cuidado pre-natal. Este crítico período puede tener un efecto enorme sobre la salud y bienestar del niño, y también determina parcialmente la tasa de abortos, mortinatos, y muertes maternas. Tanto entre los indios como entre los ladinos de clase pobre en Guatemala, el procedimiento habitual que sigue una mujer que se cree embarazada es obtener los servicios de una comadrona empírica.¹² Aunque el gobierno mantiene un programa de adiestramiento en salud pública para comadronas, lo cual les proporciona cierto grado de conocimientos médicos modernos, la mayor parte de

ellas cuenta sólo con un adiestramiento empírico limitado. El conjunto de conocimientos que emplean estas comadronas típicas incluye una cantidad de instrumentos y técnicas no reconocidos en general por la medicina científica, pero que la mayor parte de sus clientas opinan que son imprescindibles. La principal preocupación durante todo el embarazo es aliviar las molestias de la madre, si las sufre, y preparar su cuerpo para que el parto sea fácil. Para ello, la comadrona puede emplear masajes y recetar infusiones de hojas durante la gestación y el parto. Algunos alimentos pueden ser considerados negativos debido a que causan indigestión o porque "enfían" el cuerpo, ya que esta condición es considerada muy peligrosa para cualquier persona delicada, lo cual incluye a las mujeres embarazadas, las personas ancianas, enfermas o los niños pequeños. También se le recomienda a la mujer embarazada que consuma grandes cantidades de atole, cerveza, vino dulce y huevos. Las razones que respaldan esta recomendación son a veces referentes al crecimiento del niño, con más frecuencia son simples recetas mágicas encaminadas a "calentar" el cuerpo de la madre. Parece que el comer huevos también tiene fundamento mágico, ya que el huevo es considerado cierto símbolo de fertilidad, aunque no es expresado en estos términos por todos los que creen que deben comerlos.

La comadrona visita regularmente a su clienta durante todo el embarazo, que por lo general es contado por "lunas" y por tanto dura diez meses. La futura madre continúa sus labores regulares hasta que llega el momento del parto, aunque el esposo, los niños mayores o las mujeres de la familia la pueden ayudar en las tareas más pesadas durante el último mes. Durante el embarazo, la mujer no usa ropa especial alguna, y generalmente no realiza preparación alguna de tipo formal para el advenimiento.¹²

Cuando el parto se presenta difícil, es facilitado por medio de bebidas calientes diversas, compresas, masajes, en algunos casos con baños aromáticos, y pasando humo procedente de un brasero sobre el cuerpo de la mujer. Por lo general, el niño nace en las manos de la comadrona, que corta el cordón umbilical y lo ata con un trozo de hilo, lo cauteriza con un cuchillo calentado al rojo vivo y aplica entonces un poco de cera derretida. Este sistema explica por qué casi nunca se advierte tétano neonatal en estos pueblos. Sin embargo, en el programa de adiestramiento de comadronas antes mencionado, las recomendaciones para el cuidado del cordón umbilical siguen el sistema aséptico moderno. Esto resulta de muy difícil comprensión y aplicación para estas mujeres, dadas las condiciones bajo las cuales trabajan y su adiestramiento

empírico. En este programa no se menciona la cauterización del cordón. Así es como puede resultar que la medicina moderna sea más dañina que útil si llega a abolir un sistema conveniente que está mejor adaptado a las circunstancias.¹²

En la mayor parte de los casos no se le da nada al recién nacido hasta que la madre tenga leche, lo cual ocurre más o menos al tercer día del parto. Generalmente se considera que el calostro no es conveniente y mientras está presente no permiten que el niño tome el pecho. Sin embargo, este es un caso que varía de un área a otra. Entre los indios más tradicionales, el niño es puesto al pecho casi de inmediato, sin tener en consideración el calostro. En otros casos, otra mujer que esté criando y que por lo general es pariente de la nueva madre es la que se encarga de alimentar al niño durante los primeros días. Otros reciben agua con azúcar mediante una cuchara o botella.

La práctica de suministrar un laxante es casi universal, por lo general es un aceite con ciertas hierbas, así se purga al niño y se lo protege contra los parásitos. Existe la creencia de que puede nacer con parásitos y que si no los expelle de inmediato morirá.

El primer año

Entre estos grupos,¹³ la lactancia materna es una práctica casi universal, sólo en casos muy extraordinarios se alimenta al niño con biberón. Incluso si la madre muere en el parto, se hace todo esfuerzo posible por encontrar una madre que esté criando para que se haga cargo del niño. La existencia de gran número de remedios y precauciones que deben observar las mujeres lactantes indican la importancia de este sistema entre estos pueblos.

Siempre que el niño llora se le da el pecho, lo cual puede ocurrir cada pocos minutos. No se sigue programa alguno, y si el niño continúa durmiendo durante varias horas la madre nunca lo despierta para alimentarlo. Tampoco considera poco usual que el niño mame cada media hora. Cuando se le pregunta, las mujeres casi siempre responden que el niño se alimenta "cada ratito"; pero en tres estudios realizados, se encontró que los tres niños (todos de dos a cinco meses) se alimentaban entre dos y media y tres horas de intervalo. Los niños se alimentan hasta que se duermen. Aunque se desconoce el sistema de sacar los gases, el movimiento del cuerpo de la madre y la posición más o menos erecta de los niños cuando van atados a su espalda en forma tradicional, realizan la expulsión del aire.

Bajo circunstancias normales, se considera que la leche materna es

el único alimento que en realidad *necesita* el niño casi durante su primer año de vida. Sin embargo, la mayor parte de los niños comienzan a probar alimentos sólidos mucho antes de su primer cumpleaños. De nuevo, nos encontramos con que las costumbres de los indios y los ladinos difieren a este respecto. Los ladinos tienden a comenzar a darle a sus niños alimentos sólidos antes que los indios; y las mujeres urbanas, que han tenido acceso a las clínicas infantiles de pueblos mayores y de la ciudad, tienden a destetar a los niños y darles alimentos sólidos a edad más temprana. Sin embargo, entre los grupos estudiados, los primeros alimentos sólidos fueron administrados en forma irregular y en cantidades muy pequeñas. Si al niño le gusta el alimento y no parece causarle daño, las cantidades son aumentadas hasta llegar a raciones más sustanciales.

Se considera necesario el supervisar la dieta con cuidado, para proteger al niño contra los problemas intestinales, que incluyen la diarrea y el estreñimiento, la “frialidad” mágica y las “lombrices”. En realidad, la presencia de parásitos intestinales es considerada casi normal, y la madre debe cuidarse de dar al niño alimentos que puedan perturbar a las lombrices y hacer que se “alboroten” o se vuelvan activas. Si esto ocurre, hay que administrar medicamentos para expelerlas o para hacerlas volver a su estado de reposo. Los medicamentos van desde baños aromáticos, infusiones, laxantes, hasta vermífugos comprados en la farmacia. Entre todos los grupos, un niño es considerado saludable cuando aumenta de peso, “engorda”, está contento y no llora demasiado.

Destete

El destete comienza durante la segunda mitad del primer año, cuando comienzan a ingerir los primeros alimentos sólidos.¹³ Un estudio llevado a cabo por el INCAP en 1963 entre ladinos, indios modificados o aculturados, e indios tradicionales, encontró que el destete completo ocurría más pronto entre los ladinos urbanos, donde la edad promedio era de un año.¹³ La mayor parte de estas madres ladinas trataba de continuar dando al niño alguna leche de vaca, ya fuera mediante la botella o una taza, después del destete.

Los indios modificados y los ladinos rurales destetaban a sus niños, como promedio, un poco más tarde, más o menos a los 15 meses. A veces añadían leche de vaca a la dieta del niño, pero no era lo habitual. Finalmente, se encontró que entre los indios tradicionales el destete ocurría a la edad promedio de 18 meses, y que sólo en muy raras oca-

siones la leche de vaca formaba parte de la dieta regular. Los productos lácteos nunca han constituido parte de la tradicional dieta india. Los animales domesticados productores de leche fueron introducidos en la época de la conquista, pero los indios no se volvieron pastores de chivos ni de vacas, puesto que esta era una ocupación totalmente desconocida para ellos. Por lo tanto, los productos lácteos, a excepción del queso seco, son difíciles de obtener, costosos, y nunca se han convertido en algo deseable para la mayor parte de los indios. En los últimos años, las leches en polvo envasadas se han vuelto cada vez más asequibles por toda Guatemala, aun en las tiendas más pequeñas, pero todavía resultan costosas y la mayor parte de los indios no las adquieren.

El período del destete es muy crítico en Guatemala por varias razones. La razón más frecuente para el destete de un niño es el embarazo de la madre. Los indios más tradicionales creen que si la mujer continúa alimentando al niño durante el embarazo no sólo causará daño a ese niño, sino al feto en gestación. Aunque los niños son tratados por lo general con suavidad, en esta época se emplean sustancias amargas en los pezones para que el niño no desee seguir mamando, y la madre aparta al niño de su lado cada vez que intenta seguir mamando. También, en esta época el niño es sacado permanentemente del lecho de sus padres. El trauma psicológico aumenta con el nacimiento del nuevo niño, que a menudo es considerado por el niño mayor como un intruso usurpador de los privilegios que antes disfrutaba. Los celos y rivalidades entre los niños son características culturales bien reconocidas. Se cree que los niños pueden sentir el embarazo en la madre aun antes de que ella se de cuenta del mismo. Como broma se les dice a las mujeres que están encintas cuando sus pequeños están tristes o irritables.

El período del destete se caracteriza por otro cambio en el tipo de cuidado que reciben los niños pequeños. Antes de que puedan caminar, los niños son llevados a cuestas por su madre u otros niños, y sólo en muy raras ocasiones se les permite gatear libremente. Se los pone dentro de una gran caja o corral. Las únicas cosas con las cuales juega son las que otras personas le dan con ese fin, y desde el punto de vista sanitario, lleva una vida relativamente “limpia”. Sin embargo, cuando el niño comienza a caminar —entre más o menos un año y dieciocho meses— ya no está limitado, sino que en realidad se le anima a que ande más o menos por su cuenta. Aunque generalmente no se les permite salir de la casa o el patio, los niños disfrutaban relativa libertad dentro de estos límites. Como los patios son utilizados como letrinas por hombres y animales, el riesgo de contaminación aumenta grandemente. En esta

edad, el niño también comienza a tener contacto directo con mayores números de personas, que entran en los patios a visitar o a comerciar. Además de todo esto, la atención de la madre estará concentrada dentro de poco en el recién nacido, y tendrá menos tiempo para supervisar las acciones del párvulo, que entonces queda casi por completo al cuidado de niños mayores, si los hay, que en sí a veces sólo tienen cinco o seis años.

EL PROCESO DE ACULTURACION Y SUS EFECTOS SOBRE LA SALUD DEL NINO

Actualmente, la cultura de los indios, al igual que la de los ladinos, de Guatemala está sufriendo un proceso de cambio relativamente rápido.¹ Este proceso incluye factores sociales, económicos e ideológicos, todos los cuales intervienen en el asunto de la salud infantil.

Las naciones en desarrollo se han beneficiado —en los años transcurridos desde la Segunda Guerra Mundial— de un movimiento mundial despertado por la gran industrialización y prosperidad de los relativamente pocos países altamente desarrollados del mundo. Las organizaciones subsidiarias de las Naciones Unidas, especialmente la WHO, FAO y UNICEF, han estado especialmente activas combatiendo la pobreza, el analfabetismo, la desnutrición, y las enfermedades por todas partes del mundo. Además, los gobiernos de los países desarrollados han proporcionado ayuda individual de varias clases en un intento por elevar la economía general y los niveles de vida en partes menos desarrolladas del mundo. Esta ayuda consiste no sólo en dinero y artículos de consumo, sino en asesores técnicos que van personalmente a esos países. También, las organizaciones particulares, tanto seculares como religiosas, han enviado dinero, artículos de consumo y personal técnico por todo el globo, en una cantidad y forma que nunca antes se conoció en la historia. Las personas bien preparadas de las naciones en desarrollo han podido asistir a universidades y cursos técnicos en las naciones industrializadas mediante una avalancha de becas proporcionadas por sus propios gobiernos al igual que por las organizaciones antes mencionadas.

Los efectos de esta ayuda han sido muchos, en cierto sentido, todavía ni nos hemos comenzado a dar cuenta de los cambios que han sido puestos en marcha. Pero se advierten claramente los cambios, algunos de ellos pueden ser discutidos en forma bastante general. Hoy en día, la mayor parte de los países cuentan con activos departamentos de

salud pública y educación. Estos departamentos por lo general trabajan en unión con los asesores extranjeros y a menudo reciben también su ayuda material. El aumento fenomenal en la población de la América Latina, al igual que en otras partes, se ha debido mayormente a una disminución en la tasa de defunciones más bien que a un aumento en la de nacimientos. Esto, a su vez, está indudablemente relacionado con un mejor cuidado médico, y todos los importantes adelantos modernos en salud pública. En Guatemala, el aumento de la población ha ejercido mayor presión sobre la tierra en áreas rurales, con una mayor pobreza en general y un movimiento hacia las ciudades —especialmente Ciudad Guatemala. Muchas personas que heredan una pequeña extensión de tierras, o ninguna, y no encuentran empleo por salario en las áreas rurales, se mudan a las ciudades en la esperanza de encontrar trabajos en construcciones, fábricas, comercios o en el servicio doméstico. El proceso de urbanización, independientemente de que brinde mayor pobreza o relativa prosperidad a los individuos, exige una forma de vida enteramente nueva que afecta forma de familia y hogar, educación de los jóvenes, valores, esperanzas y aspiraciones. Para el indio, la urbanización también exige cambios en el lenguaje, el vestido e incluso los hábitos motores. En resumen, todo su mundo sociocultural y psicológico debe ser formado.

Actualmente, las masas de personas en la clase inferior en Guatemala están siendo constantemente bombardeadas con nuevos artículos e ideas. Esto ocurre incluso en las áreas rurales, aunque tal vez en menor extensión que en las ciudades. No sólo reciben charlas de maestros, trabajadores de extensión agrícola, doctores, enfermeras y misioneros, sino que están comenzando a darse cuenta de que sus compañeros han cambiado y que están, según ellos, mucho mejor. Por tanto, tratan de emular no sólo a los extranjeros, sino a los propios miembros de las clases media y superior de su propio país, lo cual es más importante. La clase media en desarrollo es probablemente la que ha servido mejor como instrumento y agente efectivo del cambio de hoy en día. La existencia de esta clase es evidencia visible de que es posible que todos experimenten cambios. Los requisitos previos necesarios para lograr un cambio cultural duradero y significativo son el deseo de algo diferente y la creencia de que es posible obtenerlo.

La clase media en todos los países ha demostrado su gran movilidad vertical, y esto significa por definición que sus miembros están dispuestos a cambiar. Como también son al menos alfabetos, aunque no tengan una educación regular, son fáciles de alcanzar por medios de masas

tales como la televisión, el radio, los periódicos, etc. Las clases inferiores generalmente seguirán este curso cuando la situación económica se los permita. George Foster trató recientemente sobre este tema con mayor extensión.¹⁴

La aculturación reciente en Guatemala afectará probablemente la salud infantil —principalmente a través de cambios en los modelos de destete y dieta en general. La evidencia demuestra que incluso el indio rural se está “ladinizando” gradualmente.¹ Esto significa que está adoptando las costumbres del ladino, que en su mayor parte están basadas en los modelos culturales de los españoles del medioevo. En términos de dieta, a medida que ocurre la ladinización, el pan reemplaza a las tortillas, se emplea más grasa para preparar los alimentos, y se consume más leche y carne. Pero junto con este cambio en la dieta vienen cambios en ideas respecto a los alimentos y sus efectos sobre el cuerpo. El concepto total del mágico “calor” y “frío” parece estar más desarrollado entre los ladinos que entre los indios, ya que aquellos muestran una mayor preocupación acerca de los efectos de un alimento en particular sobre el cuerpo durante la enfermedad, la infancia, la niñez, el embarazo o la ancianidad. Esta preocupación general acerca de los alimentos como agente causante de la enfermedad o como factor de irritación puede tener efectos detrimentes, como cuando se le quitan los alimentos ricos en proteínas a los niños que sufren diarreas.

Entre los ladinos, al igual que entre los indios que se vuelven urbanizados, ocurren diferentes clases de cambios. Por ejemplo, parece que el concepto de alimentos “fríos” y “calientes” está perdiendo su calidad mágica y en algunos casos ya no es factor importante en la selección de los alimentos.

Otro efecto de la reciente avalancha de educación sobre la salud ha hecho que el ladino se dé cuenta mejor de lo que significa una “buena dieta”. Antes, e incluso ahora entre los ladinos menos aculturados, la actitud observada era una de que los alimentos eran algo para comer, sin tener que preocuparse mayormente por ellos siempre que uno estuviera saludable, pero que había que abandonarlos en caso de enfermedad. Ahora, muchas mujeres ladinas declaran que los niños y los adultos deben consumir ciertos alimentos “saludables”. Estos alimentos incluyen la carne, leche, huevos, vegetales, tortillas y productos de cereales. También se dan cuenta de que existen las vitaminas, aunque tienden a considerarlas como medicinas que deben ser recetadas a los poco saludables.

También, una mayor dependencia en los productos comprados

sobre los cultivados y preparados en el hogar ha tenido su efecto sobre el modelo dietético. El poder adquirir alimentos en las tiendas, así como la gran influencia que sobre ellos ejerce la publicidad comercial, ha llevado a muchos guatemaltecos aculturados a emplear artículos tales como refrescos embotellados, mermeladas, jaleas, mayonesas y encurtidos, que sustituyen a menudo alimentos tradicionales mucho más nutritivos. Esta tendencia puede ser empleada con mayor ventaja por los funcionarios de salud pública y otros. Ejemplo principal es el éxito comercial de *Incaparina*, un producto vegetal de alto contenido en proteínas y cuya fórmula fue desarrollada por el INCAP, pero que ha sido elaborado y puesto a la venta por medio de empresas privadas.¹⁵ La clase media urbana en crecimiento es precisamente el tipo de población más inclinado a aceptar las novedades de cualquier clase, y cuando además la novedad es promovida por las autoridades médicas y educacionales, al igual que por la propaganda estrictamente comercial, será adoptada con todo éxito.

Tal vez, el cambio más marcado producido por los agentes de aculturación combinados que mencionamos antes se ha producido en el destete. La evidencia abrumadora señala que la edad promedio del destete declina en toda Guatemala. Esta edad puede ser tan baja como de seis a ocho meses entre los ladinos urbanos de clase inferior, y sólo es menor entre las clases media y elevada, que destetan con más frecuencia a los tres meses, si es que alguna vez llegan a criar.¹⁶

Detrás de esta tendencia de las clases inferiores hay varias razones. Una es el deseo de imitar a las clases superiores, lo cual incluye ideas de conservar la figura, modestia, y que criar a un niño es demasiada molestia. Además, en las clínicas infantiles gratuitas se aconseja a las madres que sustituyan temprano la leche materna por los alimentos sólidos y que desteten temprano. Muchas de las enfermeras de salud pública recomiendan especialmente que el destete se lleve a cabo a los ocho meses, e incluso sugieren que es vergonzoso dar el pecho a un niño mayor. Naturalmente, en un hogar donde los recursos permiten una dieta balanceada para el niño, el destete temprano no resultará en detrimento alguno para él y puede incluso beneficiar la salud de la madre. Pero en muchos hogares donde se llevaron a cabo estudios, el niño sólo recibe suplementos alimenticios en forma de cereales de bajo contenido de proteínas, tortillas y pan, caldo o agua de frijoles, y unos pocos vegetales y frutas en puré. Luego, el contenido en proteínas de la dieta infantil es suministrado casi por completo por la leche materna.

Cuando ésta es eliminada o disminuida, es inevitable la desnutrición, a veces grave.

Otra factor que está en juego en esta tendencia al destete temprano es el cambio que la urbanización trae frecuentemente a la forma de la familia. En los últimos años, los antropólogos han llegado a reconocer un tipo de agrupamiento llamado la familia matrifocal. En este agrupamiento, la figura del esposo-padre o está ausente por completo o cuando más resulta sólo marginal en su importancia social y económica en relación con los demás miembros de la familia. Entonces, la madre se convierte en la figura central del grupo familiar y, como tal, a menudo tiene a su cargo el mantenimiento del hogar. Como tiene que ausentarse frecuentemente de la casa durante el día, ya sea para trabajar o hacerse cargo de los asuntos de la casa, a menudo cuenta con alguna persona que se encarga de alimentar al niño con biberón.

Cuando el destete ocurre antes de los ocho meses, por lo general se le da al niño leche de alguna clase que por lo general ha sido muy diluida—cuando se trata de leche en polvo— y no se alcanza realmente una nutrición adecuada. Incluso diluyen la leche de vaca para que alcance para todos, éste es el caso de una familia de escasos recursos; o también la diluyen para que no sea tan “fuerte” y produzca “indigestión” y por lo tanto, diarrea. No hay que decir que pocas veces se puede suministrar leche a todos los niños de la familia, son los más pequeños los que habitualmente alcanzan alguna cantidad sustancial. A veces sólo consiste en una cucharada más o menos que se añade al café endulzado que de costumbre se da a beber a los niños.

Muchas mujeres en los grupos más sofisticados creen que deben emplear para los niños alguna de las leches comerciales que simulan la composición de la leche materna. Por supuesto, estos productos son más costosos, pero las madres resuelven el problema diluyéndola más en la idea de que aun esta pequeña concentración será de mayor beneficio para el niño que mayores cantidades de leche más económica. Algunos grupos consideran que la leche en polvo de cualquier clase es de inferior calidad. Algunos dicen que causa indigestión debido a los grumos que quedan después que se mezcla. Otros dicen que esta leche no es leche en realidad sino yeso o huesos en polvo, y que no tiene las mismas cualidades nutritivas de la leche fresca. De nuevo, nos encontramos con que en este caso se dedicará la misma cantidad de dinero a adquirir leche fresca a la que seguramente se añadirá agua, y que luego se cortará o se contaminará antes de que termine el día si es que fue comprada en cantidad y no fue conservada en refrigeración.

Además de los riesgos de nutrición inadecuada, la alimentación infantil con biberón presenta el problema de la contaminación a través del uso de un equipo mal lavado o esterilizado. Nunca se observó sistema de esterilización alguno en ninguno de los hogares de clase baja estudiados. Ocasionalmente, una madre dice que enjuaga las botellas con agua hirviendo o hervida. Estas familias no se pueden permitir el poseer varias botellas y todo el equipo necesario para esterilizarlas. Como tampoco cuentan con medios para refrigerar la leche o los biberones preparados de antemano, toda la técnica de esterilización, tal como se enseña en los Estados Unidos o entre la clase alta de Guatemala, carece de significado. La mayor parte de las familias posee sólo un biberón por lo general de material plástico. En raras ocasiones utilizan un cepillo para botellas y resulta obvio que esta única botella pocas veces recibe el beneficio de un buen lavado. Si el niño no termina todo el biberón de una vez, la leche restante se guarda para la próxima. Los teteros nunca se invierten ni se cubren y, por supuesto, la botella no es guardada en refrigeración, a menudo ni siquiera es guardado en alguna alacena cerrada. Bajo tales condiciones, las leches en polvo pueden resultar la solución al problema, pero sólo si las madres han recibido una adecuada enseñanza acerca de su uso. Probablemente, deberá abandonarse el empleo de biberones para que los niños bebieran directamente de vasos de vidrio. Ya en la edad en que estos niños comienzan a alimentarse con leche no materna la práctica resulta posible, y más segura.

No es probable que se alcancen grandes adelantos en hacer desaparecer la pobreza tan extendida entre los indios y los ladinos en un futuro cercano. Es más, el rápido aumento del tamaño de la población—lo cual significa mayor número de niños que alimentar y mantener por cada familia— contribuirá a que muchos sufran mayor pobreza aun. Como en el momento actual no resultan prácticos los programas efectivos de control de la natalidad en gran escala en Guatemala, es probable que esta situación empeore antes de llegar a mejorar. Las autoridades médicas o de salud pública están incapacitadas para mejorar las condiciones económicas del país, pero pueden ayudar a los pobres a emplear mejor lo que está a su disposición. Esto resulta cada vez más necesario en vista de la probabilidad de que las tendencias actuales respecto al temprano destete resulten en un empexoramiento del nivel nutricional de los niños menores de un año. En la ausencia de medidas contraceptivas, el destete temprano puede contribuir aun

más a elevar la tasa de nacimientos, agravando así la grave situación ya existente respecto al aumento de la población.¹⁷

En la parte positiva, resulta alentadora la tendencia experimentada hacia un mayor interés por mejorar la dieta y e ingerir alimentos sanos. Un mayor empleo de la mezcla de alto contenido de proteínas, *Inca-parina*, aliviará aún más los peores problemas nutricionales. También, la educación acerca de la nutrición deberá estar encaminada hacia la mejor selección y preparación de los alimentos de que actualmente se dispone y que son, parcialmente al menos, aceptables, tales como la leche en polvo, la carne, el queso, los frijoles y los vegetales.

Es probable que en todas las áreas se advierta un mayor interés acerca de la educación formal y por consiguiente se experimentará una mayor asistencia escolar. Esto se relaciona en parte con el hecho de que la población se ha dado cuenta de que los que cuentan con mayor educación obtienen mejores puestos. Incluso los campesinos se dan cuenta ahora del hecho de que pueden mejorar sus cosechas y por tanto sus ingresos mediante el empleo de técnicas agrícolas modernas. Algunos también están desarrollando intereses derivados como la apicultura, la crianza de aves y otros animales en escala mayor que antes. A medida que crecen estos empeños, se advierte un mayor aprecio por la habilidad de leer y llevar cuentas.

Por tanto, se presenta el problema de cómo se pueden enseñar hábitos nutricionales en la escuela en la mejor forma. Si se dispone sólo de la instrucción en las aulas, los resultados inmediatos serán nulos ya que los niños en estas poblaciones tiene muy poco voz en la forma en que se emplea el presupuesto familiar. También, a menudo los padres se burlan de lo que consideran nuevas e imprácticas ideas acerca de la dieta. Pero este tipo de educación puede tener efectos de largo alcance cuando los niños crezcan y se conviertan ellos mismos en cabezas de familia. Esto resulta especialmente cierto entre los que abandonan sus pueblos o su clase social y luchan por una posición como miembros de la clase media.

Aún resulta más efectiva la instrucción en el aula acompañada de un suplemento dietético real, que puede ser suministrado por medio de programas de almuerzo escolar, o períodos de meriendas a media mañana o media tarde, Siempre que sea posible, el suplemento dietético no sólo mejorará la salud de los niños sino que les puede desarrollar el gusto por nuevos alimentos.

Otras tendencias que probablemente resultarán efectivas para cambiar el nivel de la salud infantil son las que inducen a más mujeres

a asistir a los hospitales para recibir cuidado pre-natal y para dar a luz, y a asistir a clínicas para conservar la salud del niño, aunque el cuidado pre-natal para las primíparas entre los grupos indios puede requerir mayor tiempo. Este contacto con el personal médico moderno puede resultar un medio extremadamente importante de dirigir el cambio cultural en cuanto a sanidad, higiene y dieta infantil se refiere. Estas instituciones pueden hacer énfasis en el valor de la lactancia materna y tratar de conservarla durante el mayor tiempo posible. También pueden ofrecer instrucciones para la preparación realista de fórmulas lácteas, y para el cuidado de los biberones y otros utensilios necesarios para después del destete.

En conclusión, la actual tendencia hacia la realización de estudios cooperativos entre sociólogos y médicos ha sido y continúa siendo efectiva en cuanto a que proporciona datos nuevos y sugiere medios y formas de llevar a cabo programas de cambio cultural dirigido en las costumbres sanitarias y de salud. Esta tendencia en sí debe ser considerada como uno de los muchos factores que intervendrán en la futura aculturación de los pueblos primitivos y campesinos de los países subdesarrollados del mundo. Es de suponer que una mejor comprensión de la importancia de la cultura y sus cambios resultará en programas educacionales de mayor éxito y en una mayor aceptación de las ideas y costumbres nuevas.

REFERENCIAS

¹ Adams, R. N., *CULTURAL SURVEYS OF PANAMA-NICARAGUA-GUATEMALA-EL SALVADOR-HONDURAS*, Washington, D.C., Oficina Sanitaria Panamericana, Publicación Científica No. 33, 1957.

² Foster, G., Relationships between Spanish and Spanish-American Folk Medicine, *Journal of American Folklore*, 66, pags. 201-217, 1953.

³ Jelliffe, D. B., *INFANT NUTRITION IN THE SUBTROPICS AND TROPICS* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, Serie de Monografías No. 29, 1955.

⁴ Paul, Benjamin (editor), *HEALTH, CULTURE AND COMMUNITY*, Nueva York, Fundación Russell Sage, 1955.

⁵ Wellin, E., Water Boiling in a Peruvian Town, en Paul, *obra citada*, pags. 77-103.

⁶ La Farge, O., Maya Ethnology: The Sequence of Cultures, en Hay, C. L. (editor), *THE MAYA AND THEIR NEIGHBORS*, Nueva York, Appleton-Century, 1960.

⁷ Tax, S., The Municipios of the Midwestern Highlands of Guatemala, *American Anthropology*, 39, pags. 423-425, 1937.

⁸ Béhar, M., Death and Disease in Infants and Toddlers of Preindustrial Countries, *American Journal of Public Health*, 54, pags. 1100-1105, 1964.

⁹ Gravioto, J., Application of Newer Knowledge of Nutrition on Physical and Mental Growth and Development, *American Journal of Public Health*, 53, pags. 1803-1809, 1963.

¹⁰ Flores, M., Food Patterns in Central America and Panama, en TRADITION, SCIENCE AND PRACTICE IN DIETETICS, Actuaciones del Tercer Congreso Internacional de Dietética, Londres, 10-14 de julio, Yorkshire, Gran Bretaña, William Byles and Sons, Ltd. de Bradford, pags. 23-27, 1961.

¹¹ Flores, M., y otros, Annual Patterns of Family and Children's Diet in Three Guatemalan Indian Communities, *British Journal of Nutrition*, 18, pags. 281-293, 1964.

¹² Solián de González, Nancie L., Some Aspects of Child-Bearing and Child-Rearing in a Guatemalan Ladino Community, *Southwestern Journal of Anthropology*, 19, pags. 411-423, 1963.

¹³ ———, Breast-Feeding, Weaning and Acculturation, *Journal of Pediatrics*, 62, pags. 577-581, 1963.

¹⁴ Foster, G. M., TRADITIONAL CULTURES: AND THE IMPACT OF TECHNOLOGICAL CHANGE, Nueva York, Harper & Bros., 1962.

¹⁵ Béhar, M., The Story of Incaparina, Utilization of Available Sources of Vegetable Protein for Human Feeding, *Journal of the American Medical Women's Association*, 18, pags. 384-388, 1963.

¹⁶ Solián de González, Nancie L., y Hurtado, J. J., Datos sin publicar.

¹⁷ Solián de González, Nancie L., Lactation and Pregnancy: A Hypothesis, *American Anthropology*, 66, pags. 873-878, 1964.

¹⁸ Organización Panamericana de la Salud, *Las Condiciones de Salud en las Américas* 1961-1962, Publicación Científica No. .04, Washington, D.C., agosto de 1964.

Nancie L. Solián de González, Ph.D., Profesora Asociada, Departamento de Antropología, Universidad de Nuevo México, Albuquerque, Nuevo México.

Moisés Béhar, M.D., Director del Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá, Ciudad Guatemala, Guatemala.