

Publicación INCAP PCE/048

3. FACTORES SOCIALES Y CULTURALES QUE INFLUYEN EN EL PROCESO DE ALIMENTACIÓN DEL NIÑO EN AMÉRICA LATINA

*Elena Hurtado¹
Joel Gittelsohn²*

Este documento presenta una reseña de la información disponible sobre los factores sociales y culturales que afectan el proceso de alimentación del niño, definido como el período que comienza con el nacimiento y termina cuando el niño consume la dieta usual del adulto. El documento se concentra en las investigaciones y literatura referidas a América Latina, principalmente en las de carácter socio-antropológico. Por otra parte, se ha puesto énfasis en el niño de 0 a 2 años que está en un período de transición en el proceso de alimentación y que es el más vulnerable a la desnutrición, la enfermedad y la muerte.

Esta reseña tiene los siguientes objetivos específicos:

1. Describir el proceso de alimentación infantil y lo que actualmente se considera óptimo en cada etapa del proceso. Además, describir brevemente y comparar las prácticas reportadas para América Latina con las recomendaciones de alimentación óptima.
2. Describir los factores sociales y culturales que influyen en cada componente del proceso de alimentación del niño en América Latina.
3. Examinar el concepto y la literatura sobre "desviación positiva".
4. Identificar lagunas en el conocimiento actual sobre el tema de interés para hacer algunas recomendaciones al respecto.

3.1 El proceso de alimentación del niño

La alimentación del niño es un proceso que comienza inmediatamente después del nacimiento y termina alrededor de los dos años, cuando el niño está consumiendo la dieta del adulto de su familia y su sociedad. Los componentes importantes de este proceso, con consecuencias para la salud del niño, así como las prácticas recomendadas actualmente y las reportadas para América Latina se describen a continuación. Se debe hacer notar, sin embargo, que aunque para fines

¹ Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), Guatemala, Guatemala

² The Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health, Baltimore, E.U.A.

de presentación se han diferenciado los componentes del proceso de alimentación infantil, éstos no pueden caracterizarse ni estudiarse como etapas mutuamente excluyentes u ordenadas jerárquicamente.

Alimentación preláctea

La alimentación preláctea se refiere a las prácticas de dar al lactante otros alimentos poco después de nacido y antes de iniciar la lactancia materna. La recomendación actual es que el niño se ponga al pecho inmediatamente (en la primera hora) después de nacido para estimular la producción de leche y la ingesta de calostro (OMS/UNICEF 1990). La lactancia inmediata del recién nacido estimula la expulsión de la placenta y favorece el apego entre la madre y el niño. Por el contrario, ofrecerle al lactante otros alimentos antes de darle leche materna conlleva el riesgo de contaminación. Tanto los líquidos que se le dan al lactante como los utensilios usados para dárselos frecuentemente están contaminados (Koniz-Booher *et al.* 1990).

La práctica de administrarle sustancias al niño recién nacido antes de darle leche materna parece muy común en América Latina. Las sustancias reportadas son agua, agua azucarada, aceite (Huenemann y Collazos 1954; Flores *et al.* 1964; Mata *et al.* 1977; Rosenthal 1987; Ruel y Rivera 1991). La alimentación preláctea se da en forma de "chupones" o pedazos de tela mojados en "agüitas" de hierbas con miel, con cucharita o con biberón (O'Gara y Kendall 1985; Vielman y Hurtado 1985). En una encuesta reciente hecha en Guatemala 47% de las madres entrevistadas, que en su mayoría habían dado a luz en casa, reportaron haberle dado al niño recién nacido algún líquido como agua o agua azucarada antes de darle leche materna (Rivera y Santizo 1992).

Hasta recientemente era norma establecida en los hospitales la práctica de darles a los niños glucosa o fórmulas infantiles en biberón antes de iniciar la lactancia (Popkin *et al.* 1983; Winikoff *et al.* 1988).

Ingesta de calostro

En cuanto a la ingesta de calostro, los hallazgos en América Latina varían. Sin embargo, parecen ser dos las posiciones más frecuentes reportadas, una la práctica de descartarlo y otra el desconocimiento de su existencia o sus propiedades especiales. Flores *et al.* (1966) en su estudio de tres comunidades del altiplano de Guatemala, encontraron que en dos de ellas no se daba calostro mientras que en la tercera la lactancia se iniciaba inmediatamente después del parto. Mata *et al.* (1977) comunicaron que en Santa María Cauqué, Guatemala, una tercera parte de las mujeres de su muestra no daban el pecho inmediatamente, sino hasta considerar

que la leche les había bajado, mientras que un 10% de las mujeres habían amamantado a un niño mayor durante el embarazo y así le dieron el calostro al niño. Otro estudio encontró que en dos comunidades de Guatemala las madres declararon extraerse manualmente el calostro y darle a los niños alimentación preláctea en su lugar. Lo mismo encontraron recientemente Ruel y Rivera en comunidades del oriente de Guatemala (1991). En una misma comunidad los conocimientos y las prácticas pueden variar. Algunas madres pueden desconocer el calostro y otras conocerlo, sin saber su nombre y propiedades especiales. Algunas madres dicen que se lo dan a los niños y otras que lo descartan (Hurtado 1992). Los conocimientos y las prácticas pueden variar.

Lactancia materna

Las características por considerar en relación con la lactancia materna son el momento en que se inicia, la frecuencia y horario (por demanda o a horas fijas) y su duración. Las recomendaciones actuales son que el niño debe ser amamantado inmediatamente después de nacido, que debe recibir únicamente leche materna durante los primeros 4 a 6 meses de vida y que debe ser amamantado por demanda día y noche para asegurar una buena producción de leche (OMS/UNICEF 1990). La asociación entre el uso de líquidos no lácteos y la diarrea ha sido documentada en estudios en Brasil (Victoria *et al.* 1989) y Perú (Brown *et al.* 1989). Idealmente la lactancia materna debe continuar hasta por lo menos los 18 a 24 meses de edad.

En varias sociedades las madres reportan que esperan de dos a tres días "hasta que baje la leche" para iniciar la lactancia materna (Flores *et al.* 1966; Mata *et al.* 1977; O'Gara y Kendall 1985; Ruel y Rivera 1991; Vitzhum *et al.* 1992).

Aunque la tasa de iniciación de la lactancia es relativamente alta en la mayoría de los países latinoamericanos, la lactancia exclusiva durante los primeros 4 meses de vida se practica poco (Popkin *et al.* 1983). Además de la alimentación preláctea, la edad de iniciación de otras leches y líquidos no lácteos una vez iniciada la lactancia es mayormente desde el primer mes de vida del niño (Brown *et al.* 1989; Martorell y O'Gara 1985; Muñoz y Ulate 1991; Paredes *et al.* 1986; Winikoff *et al.* 1988) y durante los primeros 6 meses.

Tradicionalmente las madres tienden a amamantar por demanda (Hurtado 1992; Paredes *et al.* 1986; Vitzhum 1992). La lactancia materna por demanda de día y noche se ve facilitada por prácticas como la de cargar al niño en la espalda durante el día y dormir con el niño a la noche. Los patrones de amamantamiento con horario y sesiones muy espaciadas parecen ser más característicos de madres urbanas. Hasta recientemente también los servicios de salud promovían la lactancia con horario.

También el sector salud promueve muchas veces la suplementación de la lactancia antes de los 6 meses, ya como suplemento o como respuesta a la insuficiencia de leche (Winikoff *et al.* 1988) o al crecimiento inadecuado (Howrigan 1988). Hace años se informó que los pediatras de Guatemala también aconsejaban destetar a los niños a temprana edad (Solien de González 1969). En Costa Rica se encontró que las prácticas hospitalarias para promover la lactancia estaban siendo sólo parcialmente ejecutadas (Muñoz y Ulate 1991).

La duración de la lactancia varía entre los países y, en un mismo país, entre las regiones. En Cuba, la prevalencia de la lactancia es baja y el destete temprano (Amador *et al.* 1992). En Guatemala, por ejemplo, la tasa de iniciación de la lactancia reportada recientemente es de 95%, y la mediana de duración de lactancia de 20 meses. Sin embargo, en las áreas urbanas la duración se estima en alrededor de 6 meses, mientras que en las áreas rurales se estima en alrededor de 24 meses (Ministerio de Salud Pública e Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá, Encuesta Nacional de Salud Maternoinfantil 1987). Lo mismo sucede en otros países.

Alimentación con biberón

La alimentación con biberón no es una etapa del proceso en sí, pero el biberón se utiliza para dar al niño sucedáneos de la leche materna y otros líquidos no lácteos. Además de las mencionadas anteriormente, otra recomendación para una alimentación óptima es eliminar completamente el uso del biberón, y es por ello que aquí se considera su uso por separado.

En las áreas urbanas, posiblemente el utensilio más utilizado para alimentar a los niños en los primeros meses de vida es el biberón (Paredes *et al.* 1986; Pérez-Escamilla *et al.* 1992). En un estudio de prácticas de alimentación infantil en Tegucigalpa, Honduras Martorell y O'Gara (1985) encontraron que la mitad de los niños estudiados recibían biberón en su primer mes de vida. Una revisión reciente del uso del biberón en los países en desarrollo utilizando datos de las Encuestas Demográficas y de Salud reporta que la prevalencia del uso de biberón en niños mayores de 6 meses era muy alta en América Latina y el Caribe (60,4% - 86,6%), excepto Bolivia (4,6%) y Perú (9,7%) (Boerma *et al.* 1991).

El biberón se usa para la administración de leche u otros productos sucedáneos o complementarios de la leche materna. O'Gara y Kendall (1985) y Paredes *et al.* (1986) describen en detalle la duración y uso de varios tipos de leche para niños en Honduras y Colombia, respectivamente. Otras bebidas que se dan en biberón son tés de hierbas, café y aguas de cereales y harinas (Hurtado 1992).

Como se mencionó antes, en los hospitales es común la práctica de darles a los niños glucosa o fórmulas/ leches infantiles en un biberón (Winikoff *et al.* 1988).

Introducción de alimentos

Durante el proceso de alimentación infantil se introducen, además de leche, alimentos líquidos no lácteos, semisólidos y sólidos, e inclusive alimentos especiales para niños. Son variables importantes la edad al introducir los alimentos, su frecuencia, el tipo de alimentos, el método de preparación y administración. La edad recomendada para la introducción de alimentos en la dieta del niño es de los 4 a los 6 meses (OMS/UNICEF 1990; Huffman y Martin 1992). Son muchas las recomendaciones orientadas a lograr que las comidas de los niños sean higiénicas, frecuentes y adecuadas, tanto en cantidad como en calidad.

Aunque las edades varían, se ha encontrado que los niños comienzan a recibir alimentos no lácteos muy temprano (Paredes *et al.* 1986; Perez-Escamilla *et al.* 1992; Winikoff *et al.* 1988). Sin embargo, también se ha encontrado que la introducción temprana de alimentos en la dieta del niño suele ser casual y no sistemática, más bien para que el niño se familiarice con distintos sabores que para que se nutra. La alimentación del niño en forma regular puede ocurrir tardíamente hasta que el niño demuestra estar interesado y preparado para comer (Hurtado 1992). Además, tampoco se ofrecen alimentos al niño más de 3 veces por día (Rivera *et al.* 1992).

En muchos lugares las comidas que se le ofrecen a los niños no son adecuadas calóricamente ni en cuanto a micronutrientes. En Guatemala, los alimentos más utilizados son el pan dulce remojado en café, el caldo de frijol con tortilla de maíz deshecha, algunas verduras, pastas y bebidas de cereales o atoles (Ruel y Rivera 1991; Hurtado 1992). Las sopas, que constituyen una porción importante de la dieta del adulto peruano, también se sirven a los niños y son de baja densidad calórica (Paredes *et al.* 1986; Creed de Kanashiro *et al.* 1990; Marquis y Kolasa 1986). Cambios recientes como el aumento en el uso de fideos comprometen el contenido calórico y de nutrientes de la dieta del niño peruano.

Las comidas reportadas para los niños son las mismas de los adultos, si bien difieren en cuanto al método de preparación y administración, existiendo jugos, purés, coladas, cortadas en pedazos y enteras. Las comidas se dan de comer con la mano o con utensilios como cuchara. No se ha comunicado que en América Latina exista la práctica de dar al niño comida premasticada por la madre u otras personas.

Las madres del área rural latinoamericana han sido descritas como "alimentadoras pasivas" por la poca motivación o ayuda que le ofrecen al niño para que

coma. Aparentemente, la mayoría de los niños sanos comen sin ayuda alguna. La ayuda materna o de la persona que cuida al niño para comer parece aumentar en el caso de niños pequeños y niños enfermos (Bentley *et al.* 1991 1992; Engle *et al.* 1992).

El proceso de ablactación y destete

El destete también es un proceso que empieza con la introducción regular de alimentos en la dieta del niño y la disminución de la lactancia, y termina con la cesación completa del amamantamiento. La duración del proceso, la edad en que ocurre y los métodos son variables importantes. La recomendación sobre la forma de destetar a un niño es que se haga gradualmente a medida que se introduce la alimentación complementaria.

Se conoce poco acerca de los métodos de destete. Sanjur *et al.* (1970) en su estudio en México encontraron que en la muestra sólo 8% de las madres reportaron un destete gradual. En estos casos, la iniciación de la suplementación con biberón y otros alimentos ocurrió como una etapa preliminar y planeada para el completo destete del lactante.

Se han examinado algunas prácticas de destete abruptas. Se han mencionado métodos tales como ponerse sustancias amargas en los pezones para que el niño rechace el pecho, cambio en la vestimenta de la madre para hacer el pecho menos accesible al niño y aún la separación física de la madre y el niño (Sanjur *et al.* 1970). Sin embargo, Millard y Graham (1985) sostienen que la caracterización del destete como abrupto en México es una mala interpretación de la información proporcionada por las madres. El destete "abrupto" se refiere a la introducción de otros alimentos, pero no a la completa sustitución de la leche materna. El destete gradual también se observó en una comunidad rural en los Andes (Vitzhum 1988, 1992).

Se ha informado que el destete está ocurriendo más temprano en las áreas urbanas que en las áreas rurales. Por ejemplo, se reporta que en Yucatán, México, la edad del destete ha disminuido de 22 a 11 meses (Howrigan 1988).

La incorporación del niño a la dieta del adulto

Según las recomendaciones sobre alimentación óptima del niño, hacia los 12 meses de edad debería estar consumiendo todos los alimentos de la dieta del adulto.

Como se mencionó antes, en varios estudios se ha encontrado que las madres no estimulan activamente a sus niños a comer. Otro hallazgo prevalente es que los

niños que más rechazan la comida y que reciben más motivación para comer son los que probablemente más la necesitan (Bentley *et al.* 1991, 1992; Engle *et al.* 1992; Rivera *et al.* 1992). Las madres de comunidades rurales de Guatemala consideran los 24 meses y no los 12 meses como la edad en que el niño ya consume la dieta del adulto (Hurtado 1992).

La distribución intrafamiliar de alimentos es importante en esta etapa. Engle y Nieves encontraron que en comunidades periurbanas de Guatemala, las adecuaciones calóricas de la dieta de los niños de 1-5 años era más baja al compararlas con las de los otros familiares, aunque la diferencia no era estadísticamente significativa al incluir las horas formales de comida y los alimentos entre comidas. Hay indicios de que los patrones de distribución intrafamiliar de alimentos tienden a favorecer a los niños preescolares en comparación con sus madres (Kaiser y Dewey 1991).

Evaluando lo presentado en la primera sección, vemos que, a través de varias encuestas, la situación de la lactancia materna en la región latinoamericana está mejor caracterizada que otras etapas del proceso de alimentación infantil. Por su parte, la mayoría de los estudios cualitativos proporcionan descripciones de situaciones aisladas que no permitirían extraer conclusiones generales para toda América Latina. Sin embargo, es claro que existe una disparidad considerable entre las prácticas de alimentación infantil y las recomendaciones de alimentación infantil óptima. Aunque es poco común que el niño no reciba leche materna en absoluto, son habituales las prácticas inadecuadas entre los niños amamantados, tales como:

- A los niños se les ofrece alimentación preláctea en lugar de ponerlos al pecho y darles el calostro en la primera hora después del parto.
- Los niños amamantados reciben suplementos desde los primeros meses de vida con otras leches, líquidos no nutritivos, sucedáneos de leche materna y otros líquidos no lácteos.
- Las prácticas de alimentación infantil son inadecuadas en cuanto al tipo de preparaciones ofrecidas, la frecuencia con la que son ofrecidas y el estímulo para comer.
- El personal de salud muchas veces comparte y refuerza estas prácticas inadecuadas.

En la siguiente sección se describen los factores sociales y culturales que tratan de explicar los diferenciales encontrados en las prácticas de alimentación infantil.

3.2 Factores sociales y culturales que influyen el proceso de alimentación del niño

La alimentación del niño es tanto un proceso social y cultural como biológico nutricional. En la literatura antropológica se encuentran modelos sobre los determinantes de la alimentación, en general, y de la alimentación infantil en particular, especialmente de la lactancia materna (Allen y Pelto 1985; Allen *et al.* 1986; Messer 1989; Pelto 1984; Vargas 1988; Winicoff 1984). Entre los factores que influyen en la alimentación se han señalado elementos ambientales, políticos, económicos, tecnológicos, sociales, culturales y psicológicos. Además, en las investigaciones biomédicas se han destacado factores fisiológicos como el estado nutricional de la madre, paridad, morbilidad, ingesta alimentaria, etc.

En esta reseña se pone énfasis en los resultados de investigaciones realizadas en América Latina sobre los factores sociales y culturales que influyen en cada una de las etapas del proceso de alimentación del niño ya delineadas arriba. Entre los factores sociales que se considerarán están la organización social y familiar, las redes sociales y los sistemas de apoyo social. Tampoco pueden dejarse de lado algunos factores socioeconómicos como la educación de la madre, el trabajo de la madre y otras actividades maternas, ni influencias sociodemográficas como la composición familiar y las diferencias entre las áreas rurales y urbanas. Finalmente, deben considerarse las influencias de factores institucionales como el sistema biomédico y factores de instrucción como los medios de comunicación. Entre los factores culturales, se examinarán principalmente los aspectos cognoscitivos como creencias, conocimientos y percepciones y la prueba de cómo éstos afectan el proceso de alimentación del niño.

Se han organizado estos factores en los siguientes temas: apoyo sociocultural, el tiempo de la madre y otros recursos, características de la madre, características del niño, el sector salud, la urbanización y modernización, el sector de la industria de alimentos infantiles, los medios de comunicación y los factores culturales. Se revisan las pruebas existentes de la influencia de estos factores de acuerdo a las principales divisiones del proceso de alimentación infantil señaladas anteriormente.

Apoyo sociocultural

En la literatura existe información sobre el papel que desempeña la familia nuclear y extendida en apoyo de la alimentación infantil. Estudios efectuados por O'Gara en Honduras confirman que el esposo, la madre y la suegra de la mujer tienen un papel importante en la influencia o apoyo en favor de la lactancia. El apoyo social, evidenciado por la conducta socialmente aceptable y de ayuda de parte de la familia nuclear y extendida de la madre, es necesario para evitar la

“leche agitada” o la “leche caliente” (O’Gara 1982; O’Gara y Kendall 1985; Hurtado 1989).

Los mismos investigadores sugirieron que era más probable que las madres sin sistemas de apoyo familiar, particularmente las madres solteras, dieran biberón a sus niños. En el caso de las madres solteras, el padre mostraba su participación comprando biberones y otro equipo y leche, motivando así a la madre a dar biberón (O’Gara 1982; O’Gara y Kendall 1985). Un estudio sobre destete en Brasil reportó que las abuelas influían en las mujeres para que suplementaran y destetaran tempranamente a sus hijos (Groves 1988). El apoyo social a la lactancia materna se ha asociado con un menor uso de biberones de alimentación suplementaria (Allen, Ferris y Pelto 1986; Allen y Pelto 1985; Forman 1984; Gussler 1987; Pérez-Escamilla *et al.* 1992). Se aprecia, en estos casos, que el sistema social tiene consecuencias tanto positivas como negativas para la alimentación infantil.

La presencia en la familia de otros adultos, niños y adolescentes que tengan la responsabilidad de alimentar al niño es un factor significativo. Una consecuencia negativa sería que otros niños cuidan y alimentan a sus hermanos menores. Sin embargo, no se encontró literatura centrada en este aspecto.

El tiempo de la madre y otros recursos

Entre los factores que influyen en la alimentación infantil están la distribución de recursos dentro del hogar, que incluye el tiempo y el cuidado, y que iluminan las condiciones socioeconómicas que inciden en la nutrición y salud infantil. La disponibilidad de tiempo de las madres, real o percibida, y sus actividades pueden influir en la introducción temprana de leche y otros alimentos. Por ejemplo, en Honduras uno de los factores citados por las madres para justificar la práctica de introducir temprano otra leche y alimentos es la limitación en el tiempo de la madre. Sin embargo, un estudio de observación directa reciente llevado a cabo en Honduras muestra que, en madres primíparas que no trabajan fuera del hogar, el tiempo no es una limitación real, sino sólo percibida (Cohen *et al.* 1994).

Las limitaciones de recursos y tiempo son a menudo citadas por las madres en investigaciones formativas para las intervenciones en el área de la alimentación infantil (Hurtado 1992; Rivera *et al.* 1992). Cocinar y recalentar pequeñas cantidades de comida apropiadas para el niño o comidas especiales para el niño requiere tiempo, combustible y utensilios de cocina pequeños.

El biberón puede ahorrarle tiempo a la madre pues puede dejárselo al niño pequeño, o alguien más puede dárselo y el niño mayor puede tomarlo y llevarlo consigo (O’Gara y Kendall 1985; O’Gara 1988).

En una encuesta realizada en Bogotá y en otros tres centros urbanos no latinoamericanos se encontró que el empleo materno influye en la introducción temprana de otra leche y el biberón y en la menor frecuencia y duración de la lactancia (Paredes *et al.* 1986; Winikoff, Castle 1988). También Mock *et al.* (1985) encontraron que las medidas de nivel socioeconómico y el empleo materno estaban negativamente relacionadas con la duración de la lactancia en Honduras y Bolivia.

Vial *et al.* (1989) encontraron en un estudio en Santiago, Chile, que el empleo materno no afectó la decisión de iniciar la lactancia materna, ya que la mayoría de las madres lo hicieron, pero afectó la duración de la misma. En promedio, a los 3 meses de edad del lactante, una proporción más alta de madres con empleo que de madres sin empleo habían introducido leche artificial como sucedáneo o como suplemento de la lactancia materna. También las madres trabajadoras introdujeron alimentos más temprano que las madres sin empleo. Entre las consecuencias nutricionales de estas prácticas se encontraron algunas positivas y otras negativas.

O'Gara (1989) discute la relación entre empleo materno y alimentación del niño en Honduras. Las mujeres empleadas introducen temprano sucedáneos de la leche materna, aunque no dejen de amamantar. El empleo se asocia con un mayor número de biberones a la semana y mayor gasto en leches en polvo. Además, el número de horas trabajadas está asociado a menos sesiones de lactancia, vale decir, a una menor frecuencia.

Las investigaciones sobre lactancia y trabajo materno son complejas y adolecen de limitaciones conceptuales y metodológicas en cuanto a la definición y operacionalización de la ocupación. Los efectos del trabajo materno en la lactancia parecen conflictivos ya que, por un lado, aumentan el ingreso, pero disminuyen el tiempo dedicado al cuidado del niño. Otros análisis han concluido que el trabajo materno es un factor en la decisión de amamantar y en otras decisiones sobre la alimentación infantil, pero no existen datos empíricos que sugieran que el trabajo materno tenga un efecto siempre negativo o positivo en la lactancia materna (Carlioni 1984; Leslie 1988; van Esterik 1990; Sáenz de Tejada 1992).

Características de la madre

Sanjur *et al.* (1970) encontraron que el nivel de educación de las madres estaba negativamente asociado con la práctica de restringir la comida al niño durante el proceso del destete. Mock *et al.* (1985) encontraron que el nivel de instrucción de las madres (dos categorías: menos de 6 años, y 6 o más años de educación), estaba fuerte y negativamente asociado a la duración de la lactancia en Honduras y Bolivia.

Una investigación en Brasil encontró que las mujeres con más confianza en sí mismas amamantaban durante más tiempo que otras con menos confianza (Groves 1988).

La experiencia previa de la madre puede también ser un factor en la alimentación infantil. Por ejemplo, el método de alimentación usado con el niño anterior influyen en el método usado con el niño actual (Pérez-Escamilla *et al.* 1992). Las madres tienden a dar las mismas razones para la terminación de la lactancia del niño actual que las expresadas sobre la terminación de la lactancia del niño anterior (Vitzhum 1992).

En la revisión de estudios sobre desviación positiva se describirán otras características maternas.

Características del niño

En algunas culturas y en las recomendaciones para la alimentación óptima, se considera que el criterio más importante para determinar las prácticas alimentarias es la edad cronológica del niño. En muchas otras las madres se guían por los marcadores de desarrollo y de comportamiento del niño y por ciertas situaciones para introducir alimentos y para el destete (Cravioto y DeLicardie 1976; Engle *et al.* 1990; García *et al.* 1989; Hurtado 1992; Millard y Graham 1985; Vitzhum 1992). Por ejemplo, la salida de los dientes, el tomar alimentos en sus manos o pedir alimentos son signos para la madre de que puede introducir u ofrecer alimentos; por otra parte, hay informes de que el niño "se desteta solo", es decir, que el niño mismo pareciera regular el destete.

Como se mencionó, hay alguna evidencia de que los patrones de distribución de alimentos intrahogar en el área rural de México tienden a favorecer a los niños pre-escolares (Kaiser y Dewey 1991). Sin embargo, los niños de 2 a 6 años estudiados ya son capaces de pedir comida.

La cuestión del género como un factor en las prácticas de alimentación infantil ha sido estudiada poco en América Latina, en comparación con Asia, por ejemplo. Aunque se han comunicado diferencias en los patrones de destete de niños ecuatorianos, amamantándose por más tiempo a los varones que las niñas, otras investigaciones no han encontrado diferencias significativas entre los patrones de alimentación y cuidado de niños y niñas (Marquis y Kolasa 1985; Nieves y Engle 1989; Vitzhum 1988). En un análisis reciente con datos de Guatemala (Frangillo y Bégin 1993), se reportó que la ingesta de energía y proteína favorecía a los niños preescolares en comparación con las niñas. Los niños de 1 a 2 años aumentaban más de peso que las niñas. También para las edades de 1 a 2 años la tasa de crecimiento fue más rápida para los niños que para las niñas.

El sector salud

El sector de atención de salud formal (biomédico) ha sido acusado de contribuir a la disminución de la lactancia en países desarrollados y no desarrollados. Algunas prácticas hospitalarias y clínicas, la falta de conocimientos acerca de la nutrición infantil por parte de los profesionales de salud, la transmisión a las madres de actitudes negativas hacia la lactancia, consideran al sector salud como modelo y han sido citados como efectos negativos potenciales en la práctica de la lactancia (Jelliffe y Jelliffe 1978; Popkin *et al.* 1983).

Una reciente revisión crítica con meta-análisis (Pérez Escamilla *et al.* 1993) restringida a ensayos aleatorios o cuasiexperimentales para probar la relación entre las prácticas de las maternidades y la lactancia eficaz (exclusiva al mes y a los 4 meses) encontró que la entrega de paquetes comerciales al egreso de las madres de los hospitales tiene un impacto negativo probado en las prácticas de lactancia exclusiva, mientras que el contacto temprano entre madre y lactante tiene un efecto benéfico en las prácticas de lactancia a los 2-3 meses del parto. El alojamiento conjunto y la orientación sobre lactancia combinados tienen efectos positivos en la lactancia exclusiva en mujeres primíparas. La lactancia por demanda está positivamente asociada a la lactancia eficaz. La suplementación con fórmulas infantiles en pequeñas cantidades no apareció asociada con la lactancia inadecuada en el único estudio examinado.

Vale la pena mencionar que de 19 estudios analizados por Pérez-Escamilla *et al.* (1993) sólo tres realizados en América Latina llenaron sus criterios de inclusión. Sosa *et al.* (1976) encontraron en Guatemala que el contacto temprano (de 45 minutos de duración inmediatamente después del parto) entre madre y lactante influye en un período de lactancia más largo. En un ensayo aleatorio de mujeres primíparas de bajos ingresos en Managua, Nicaragua (Strachan-Lindenberg *et al.* 1990) se encontró que a una semana el grupo de contacto temprano y promoción de la lactancia materna tenía una incidencia más alta de lactancia exclusiva que el grupo sin contacto temprano ni orientación (63% y 32%) y de lactancia en general (93% y 82%). A los 4 meses la diferencia sólo era significativa entre los grupos de separación y contacto temprano combinados y el grupo de alojamiento conjunto y promoción de lactancia, a favor del segundo. Pérez-Escamilla *et al.* (1992) realizaron un estudio entre mujeres urbanas mexicanas de bajos recursos que dieron a luz en dos hospitales, uno sin alojamiento conjunto y con suplementos, y el otro con alojamiento conjunto y sin suplementos. En las primíparas, el alojamiento conjunto se encontró asociado a tasas más altas de lactancia exclusiva a corto, pero no a largo plazo, pero el alojamiento conjunto más orientación sobre lactancia se encontraron asociados a más altas tasas de lactancia exclusiva durante los 4 meses del estudio.

En otros estudios en maternidades de México y Costa Rica se han encontrado efectos positivos del alojamiento conjunto en la lactancia materna (Flores-Viladroza *et al.* 1988, Mata *et al.* 1983 1988; Pérez Escamilla *et al.* 1992; Puga *et al.* 1979). También en México se encontró que un programa de promoción de la lactancia materna tenía un efecto positivo (Vandale-Toney *et al.* 1992).

Mock *et al.* (1985) encontraron que la falta de contacto temprano entre la madre y el niño estaba asociada a una menor duración de la lactancia materna. En la misma investigación se encontró que la exposición a servicios modernos de salud era un buen pronosticador de la duración de la lactancia materna en Bolivia. Las madres más expuestas a los servicios modernos (que recibieron atención prenatal, dieron a luz en una maternidad, sus hijos recibieron alimentación preláctea y hubo un lapso mayor entre nacimiento y primera mamada) amamantaban menos tiempo que las no expuestas. La relación entre las variables de exposición a los servicios de salud y la duración de la lactancia en Honduras fue más compleja. La duración de la lactancia varió por nivel económico y el tipo de institución que la madre utilizó: más corta para las madres que usaban servicios privados y más larga para las madres que usaban servicios públicos.

En la encuesta de Bogotá y otros tres centros urbanos (Winikoff y Castle 1988) se encontró una tendencia creciente hacia la suplementación temprana con fórmulas lácteas y destete prematuro, especialmente en madres que habían dado a luz en un hospital. También se encontró una asociación negativa entre la lactancia eficaz (exclusiva) y las prácticas hospitalarias de separación puerperal de la madre y el recién nacido y de administración de fórmulas infantiles. Otros factores que se encontraron asociados a una menor duración de la lactancia y a una mayor propensión a la alimentación con biberón, independientemente de factores ambientales, fueron: el parto atendido por un médico y el contacto con personal de salud que sugirió a la madre el uso de fórmulas lácteas.

La influencia del sector salud tradicional sobre las prácticas de alimentación infantil no ha sido sistemáticamente estudiada.

La urbanización y modernización

La residencia urbana o rural parece ser un factor importante en la alimentación infantil. La modernización tiene que ver con la urbanización y con la transformación de los patrones de vida de las sociedades tradicionales hacia otros más parecidos a los de los países desarrollados.

Entre las razones para la alimentación con biberón se ha opinado que es más moderna, de más prestigio, compatible con el trabajo materno y le permite a la

Explicaciones culturales para las prácticas de alimentación infantil

Aparentemente la cultura popular y la cultura médico-hospitalaria son los factores que más influyen en la práctica de la alimentación preláctea del lactante. Aunque se han explorado poco las creencias en este sentido, entre las razones o explicaciones culturales que dan las madres para dar algunas sustancias, antes de iniciar la lactancia materna, está la de "purgar" al niño, limpiarlo por dentro, o prepararlo para la lactancia materna (Huenemann 1954; Flores 1964; Vitzhum 1992).

En algunas sociedades se considera que el calostro "no es saludable", es "viejo", "sucio", "malo" o "leche de brujas" (Millard, Graham 1985). En dos comunidades de Guatemala se encontró que dos tercios de las mujeres de la muestra creían que el calostro era dañino para los niños y capaz de producirles diarrea o infección. Las madres describieron el calostro como "pus, agua sucia, veneno, leche descompuesta o vieja", sobras de la lactancia del niño anterior.

Por otra parte, entre las razones para dar calostro es que tiene efecto laxante y el hecho de que las heces del recién nacido sean de color oscuro se toma como prueba de la eliminación de sustancias nocivas. También se cita la "costumbre" como una explicación cultural, que representa la tradición oral de muchas sociedades agrarias.

Es común en muchas sociedades esperar que "baje la leche" antes de iniciar la lactancia. Eso da lugar a prácticas que según se explica, tienden a asegurar la buena producción de leche y la buena leche (Cosmisnky 1992; Hurtado 1989; Martínez, Chávez 1971). Las aguas o tés dados en los primeros meses de vida del lactante tienen muchas veces funciones medicinales y no nutricionales. Se dan para prevenir o curar cólicos en los niños (Vargas 1979), para la salud del niño y para preparar el estómago del niño (Vitzhum 1992).

Factores culturales tales como las creencias acerca del valor de la leche son importantes. Se dijo ya, que en algunos lugares el uso del biberón y el uso de leches en polvo se considera más moderno y de más prestigio que la lactancia.

Los conceptos locales de destete dan más importancia a la terminación de la lactancia que a la suplementación o la introducción de comidas especiales para niños. Hay creencias que favorecen el destete abrupto (Millard, Graham 1985; Sanjur 1970).

Maduración del niño

Las razones que dan las madres para introducir alimentos temprano apuntan hacia factores culturales (creencias). Dicen, por ejemplo, que los niños necesitan

aprender a comer desde temprano, ya que más tarde es más difícil acostumbrarlos. Por otra parte, muchos padres tienen una visión de "maduración" del niño y así, en lugar de motivarlos, estimularlos o forzarlos a comer, confían en que los niños lo harán de acuerdo a sus propias necesidades (Engle *et al.* 1990, 1992; García *et al.* 1989). También existe la creencia de que el niño se desteta solo.

Moderación

La moderación en la alimentación es un concepto implícito en muchas de las explicaciones sobre las prácticas de alimentación de los niños, especialmente en sociedades rurales. Las madres creen que los niños deben comer cuando tienen hambre, y si no lo hacen pueden enfermarse de "empacho de leche", "empacho" y otras enfermedades gastrointestinales, y esta creencia influye positivamente en el horario de amamantamiento por demanda (Vielman y Hurtado 1985; Hurtado 1989). Se cree que la introducción de alimentos debe ser gradual y que el niño no debe comer mucho para no enfermarse (Marquis y Kolosa 1986). Asimismo, raramente se obliga o estimula al niño a comer (Bentley *et al.* 1991, 1992; Engle *et al.* 1990).

Clasificación de las comidas

Los sistemas de clasificación de las comidas parecen utilizarse para algunas de las decisiones en el proceso de alimentación del niño. El sistema de clasificación caliente-frío está aún extendido en América Latina. O'Gara y Kendall (1985) describen la importancia del sistema de clasificación caliente-frío para la alimentación del niño en Tegucigalpa. Hay comidas que se consideran más apropiadas para la alimentación del niño y otras que se consideran "pesadas" y deben evitarse. Las comidas "pesadas" son difíciles de digerir y pueden quedarse pegadas en el estómago o intestino del niño y causar "empacho". Tanto las clasificaciones de caliente-frío como las clasificaciones por digestibilidad se usan en relación a otras creencias, particularmente en relación a las lombrices y el "empacho" (Kendall *et al.* 1983; Hurtado 1989).

Calidad de la leche materna

Mucha de la literatura versa sobre las razones del destete. El embarazo es una razón importante para el destete, ya que se cree que es dañino para la madre y para el niño alimentarse con la leche de la madre embarazada (O'Gara y Kendall 1985; Hurtado 1989; Millard y Graham 1985). En el lenguaje popular de Guatemala, no se habla de leche materna sino de la "leche del niño" (Hurtado 1992).

En la práctica de esperar a que "baje la leche" a veces se recurre a masajes y baños para asegurar que las madres tengan "buena leche" (Cosminsky 1982; Hurtado 1989). Se ha reportado la percepción popular de cambios en la calidad de la leche materna por estados emocionales, de actividad y de salud o biológicos de la madre (Hurtado 1989; O'Gara y Kendall 1985; Solien de González 1969).

Síndrome de insuficiente leche materna

Uno de los factores más frecuentemente citados por las madres para la introducción temprana de otra leche y alimentos es la insuficiencia de leche materna (Avila *et al.* 1980; Forman 1984; Greiner, Van Esterik y Latham 1981; Gussler y Briesemeister 1980; OMS 1981; Pérez-Escamilla, Mejía y Dewey 1992; Román-Pérez *et al.* 1987; Tully y Dewey 1985). El estudio colaborativo sobre lactancia materna de la OMS (1981) reportó que el 75% de las mujeres chilenas entrevistadas manifestaban tener insuficiente leche. En Guatemala los valores fueron de 60% de las madres clase alta, 44% de las madres urbanas pobres y 28% de las madres rurales. En Colombia (Paredes *et al.* 1986) se ha reportado insuficiente leche o la mala calidad de la misma como razón para la suplementación temprana.

Para algunos autores los informes sobre insuficiente leche materna son el resultado de patrones no biológicos de lactancia (Gussler y Briesemeister 1980). Estos patrones incluyen amamantamiento con horario y sesiones muy espaciadas. Otros investigadores arguyen que la "leche insuficiente" como razón para el destete no es tan prevalente y que se ha puesto demasiado énfasis en las explicaciones de leche insuficiente como un fenómeno real causado por la falta de contacto constante entre la madre y el lactante (Greiner 1981). Para otros la explicación de leche insuficiente es una noción preconcebida o una excusa socialmente aceptada para usar biberón (Pérez-Escamilla, Mejía y Dewey 1992). Es difícil distinguir entre los factores biológicos y culturales que influyen en el síndrome de insuficiente leche materna.

Los estudios sobre los factores determinantes de la alimentación infantil y otros examinados en esta sección muestran la variedad de factores sociales y culturales que afectan el proceso de alimentación infantil. Posiblemente los factores que influyen en la lactancia materna y sus variables de iniciación, suplementación y duración han sido los más estudiados por investigadores nutricionistas y epidemiólogos. Aún falta determinar cuáles de los factores son los más importantes para las distintas etapas del proceso de alimentación infantil y, de éstos, cuáles son modificables a corto, mediano y largo plazo. Posiblemente los factores culturales son más importantes en las etapas iniciales del proceso de alimentación (alimentación preláctea, ingesta de calostro, iniciación de la lactancia) y los otros factores influyen predominantemente en las etapas siguientes.

Otro enfoque metodológico utilizado cada vez más frecuentemente para estudiar los factores determinantes de las prácticas de alimentación infantil es el examen de los factores implicados en los "desviados positivos" que se presenta en la siguiente sección.

3.3 Desviación positiva

El término desviación positiva se ha usado para describir los resultados positivos (en términos de salud, crecimiento y desarrollo) de algunos niños en relación con los otros niños de su comunidad y su familia. Los "desviados positivos" son niños que crecen y se desarrollan adecuadamente en familias pobres donde la mayoría de los niños sufren de retardo del crecimiento, desnutrición y enfermedades. Se ha visto la desviación positiva como una adaptación biológica y sociocultural al estrés nutricional que ocurre debido a disponibilidad limitada de alimentos, otras limitaciones ambientales y condiciones de pobreza, en general.

Existe una reciente revisión del tema, con énfasis en las investigaciones recientes (Zeitlin *et al.* 1990) y en los aspectos psicosociales y comportamentales de la interacción madre-niño, características asociadas y redes de apoyo social relacionados a un crecimiento adecuado. Esa revisión y enfoque se han tomado como base para la presente reseña.

Características de la interacción madre-niño

Interacciones que no están relacionadas a la alimentación

Alvarez ha sido la investigadora más activa en este campo. En sus estudios (Alvarez *et al.* 1982; Alvarez, Wurgaft 1981, 1983) compararon más de 1000 familias de bajos ingresos con niños bien nutridos y desnutridos y encontraron diferencias significativas en la historia de la niñez de los padres y el apoyo social y adaptación matrimonial actuales. Las madres de los niños bien nutridos tenían más probabilidades de venir de hogares intactos, percibían que habían sido queridas cuando niñas, tenían modelos parentales positivos, y uniones actuales estables con menos discusiones y más demostraciones de afecto. Los padres tenían una historia ocupacional más estable. El embarazo en la adolescencia apareció como un factor de riesgo de ser padres inadecuados.

En México, Cravioto y Delicardie (1976) examinaron el microambiente que conducía a la aparición de desnutrición grave en 22 niños de familias de bajos ingresos apareados con 22 niños similares sin diagnóstico clínico de desnutrición. Los niños bien nutridos tenían un mejor ambiente en términos de estimulación en el hogar: más comunicación verbal, más expresiones de afecto hacia el niño, más

ayuda de la madre, más refuerzos positivos y más respuesta a sus necesidades. El contacto de la madre con los medios de comunicación masiva varió significativamente, ya que las madres de niños bien nutridos escuchaban radio con más frecuencia que las madres de los niños desnutridos.

Interacciones que están relacionadas con la alimentación

En sus escritos sobre la desnutrición en Guatemala y Costa Rica, Mata (1980) observó que la "tecnología materna" es un determinante aparte del complejo de la desnutrición, donde "tecnología materna" se refiere las prácticas, tradiciones y comportamientos en la preparación de alimentos, técnicas de alimentar al niño, cuidado del niño durante la enfermedad y la convalecencia y prácticas de higiene personal y doméstica.

Recientemente, en un estudio de Zeitlin *et al.* (1990) en México, de 25 niños de 8 a 20 meses de edad bien nutridos y 25 niños desnutridos apareados provenientes de la misma comunidad marginal de bajos ingresos se encontró que los primeros recibían más ayuda de sus madres durante y entre las comidas. Los bien nutridos también recibían más leche en polvo en biberón, azucarada y espesada con harina de maíz y arroz.

Engle (1991) encontró en Guatemala que los niños de 8 a 35 meses cuidados por sus hermanos (otros niños) tenían significativamente menos peso para la talla que los de otras situaciones, aún al controlar por nivel económico y empleo materno. Estos efectos no se encontraron en la muestra de niños de 36 a 48 meses de edad.

Características del niño

Las características del niño pueden influenciar las prácticas de desviación positiva. Se ha encontrado que los niños desnutridos tienen bajos niveles de actividad (Chávez y Martínez 1982) y poca tolerancia al estrés moderado (Mora *et al.* 1977).

Características maternas

En el mismo nivel socioeconómico bajo, los padres de los niños bien nutridos tienden a tener historias ocupacionales más positivas y mayores recursos económicos que los padres de los niños desnutridos (Auba y Alvarez 1983; Alvarez y Wurgaft 1983).

En Solís, México, Chávez *et al.* (1974) estudiaron los factores que favorecen el adecuado desarrollo en una proporción de niños en las condiciones adversas de ambiente pobres. Se analizaron las diferencias en alimentación, cuidado y salud en dos grupos de niños del mismo nivel económico, pero con diferente estado nutricional. Encontraron mayor dependencia entre madre y niño en los niños desnutridos (sin embargo, los niños bien nutridos eran mayores) y que las madres de los niños bien nutridos tenían conceptos más modernos de enfermedad. Los niños desnutridos fueron destetados abrupta y más tempranamente que los niños bien nutridos. Las madres de los niños bien nutridos estaban más inclinadas hacia la modernización, tenían más contacto con el mundo exterior, salían con más frecuencia de su casa y del pueblo y sacaban más a sus hijos.

Scrimshaw y Scrimshaw (1980) investigaron los determinantes de la desviación positiva, entendida como crecimiento adecuado y sobrevivencia de todos los niños de la familia, en una finca de la costa sur de Guatemala. Las madres de los "desviados positivos" eran más emprendedoras, contribuyendo al ingreso familiar con sus actividades de venta, cambio, crianza de animales domésticos y cultivo de hortalizas. La actitud de estas madres era también de sentirse "en control" de su situación y no "fatalista" como la de las madres de niños desnutridos.

En Guatemala, Engle (1991) encontró que las madres que trabajaban informalmente tendían a ser más pobres, menos educadas y a tener niños más desnutridos que las madres en trabajos formales o que no trabajaban. Al controlar las variables de pobreza y educación materna, no se observaron efectos del empleo materno en la antropometría del niño. El porcentaje del ingreso familiar que ganaba la madre resultó positivamente asociado a todos los indicadores antropométricos, al controlar por variables de confusión.

Como parte de un estudio sobre "desviación positiva" financiado por UNICEF, Engle *et al.* (1992) estudiaron las creencias maternas sobre alimentación y observaron el comportamiento de 80 niños de 12 a 19 meses de edad que vivían en áreas urbanas pobres en los alrededores de Managua, Nicaragua. Las respuestas de las madres se categorizaron desde aquellas que sentían alto grado de responsabilidad personal cuando el niño rechazaba la comida y creían que ellas podían influir en esa conducta, hasta otras que atribuían la misma conducta exclusivamente al niño y creían que ellas no podían hacer nada. Las investigadoras encontraron que cuanto más alto era el grado de responsabilidad que sentía la madre por sus acciones, más alta era la talla para la edad del niño, aún al controlar por varias variables de confusión, como calidad de la vivienda, educación y calificación de autoestima de la madre y edad, sexo y orden de nacimiento del niño. Por otra parte, la motivación de parte de la madre para que el niño comiera, que fue

observada, no apareció relacionada con la talla del niño. Más bien, como se mencionara arriba, parecería ser que los niños que más rechazan la comida y que reciben más motivación para comer son los que probablemente más lo necesitan (Bentley *et al.* 1991; Engle *et al.* 1992; Rivera *et al.* 1992). En este sentido, esta conducta puede ser más una respuesta a un problema que una conducta "proactiva" de la madre, lo cual ilustra las dificultades del estudio con la conducta alimentaria del niño.

Apoyo sociocultural

La familia extendida es una parte importante del sistema de apoyo en muchas sociedades. El papel de la abuela en México es crítico para la calidad del cuidado infantil (LeVine 1984, reportado en Zeitlin *et al.* 1990). También los hallazgos de Zeitlin y Johnson en un asentamiento marginal en México (Zeitlin *et al.* 1990) ponen en relieve el papel de la abuela; 80 % de los niños bien nutridos, pero sólo 40% de los desnutridos disponían de una abuela materna.

Chávez *et al.* (1974) encontraron en México que las madres de niños desnutridos tenían menos contacto con el mundo externo que las de niños bien nutridos.

Las conclusiones de los estudios de desviación positiva y estudios relacionados ponen de manifiesto la falta de especificidad para nutrición de los hallazgos (Zeitlin *et al.* 1990). Es decir, que las mismas características que predicen un buen estado/resultado nutricional (cuidados maternos, uniones satisfactorias, familias unidas, apoyo social, oportunidades de empleo y servicios sociales), también predicen un buen desarrollo cognoscitivo, buena salud y buena productividad y adaptación a largo plazo. Por otra parte, se sabe que es más probable que los padres de los desviados positivos tengan movilidad social, actitudes más positivas, iniciativa de adoptar prácticas más modernas en relación a sí mismos y a sus hijos y sean más emprendedores. Hacen mejor uso de los servicios de salud, planificación familiar (tienen menos hijos) y educativos, tienen más aspiraciones para el futuro de sus hijos e invierten más recursos en ellos (Zeitlin *et al.* 1990). Los hallazgos de los estudios incluidos en la desviación positiva son importantes y tienen consecuencias notables si se consideran los cambios que se están dando actualmente en la estructura de la familia y el número creciente de los llamados "niños de la calle" de América Latina.

3.4 Brechas en la información existente y recomendaciones

Los estudios examinados provienen de búsquedas computadorizadas de la literatura científica, los archivos personales de los revisores y su conocimiento de las investigaciones e investigadores en este campo. La revisión se concentró, a

propósito, en los factores sociales y culturales desatendiéndose la evidencia de la influencia de factores económicos, que son quizás de mayor importancia en la medida que un niño crece y sus requerimientos nutricionales son mayores, pero también de mayor complejidad.

Existen limitaciones en la información reseñada que deben señalarse. Por un lado, los estudios etnográficos descriptivos generalmente no incluyen las variaciones culturales en las prácticas reportadas. Tampoco se ocupan de la relación de las prescripciones culturales con las prácticas reales, las proporciones de la población que se adhieren a las normas o practican los comportamientos, ni discuten las posibles consecuencias nutricionales. Los estudios de los factores determinantes, por su parte, muestran la variedad de los factores sociales y culturales que afectan el proceso de alimentación infantil, pero sin un sentido muy claro de cuáles son los más importantes. Finalmente, los estudios revisados con enfoque de desviación positiva ponen de manifiesto, como ya se señaló, la falta de especificidad de los hallazgos en cuanto a efectos nutricionales.

Aún queda en Latinoamérica mucha investigación por hacerse en este campo. Las investigaciones que se deben realizar son tanto de tipo cuantitativo como cualitativo, combinando ambas perspectivas y métodos como encuesta, observación y estudios cualitativos. Las siguientes áreas son de particular interés:

- a) condiciones cambiantes y problemas prioritarios por países y regiones;
- b) prácticas reales y sus consecuencias nutricionales y de otra índole;
- c) los factores que determinan las prácticas y los mecanismos a través de los cuales operan; las prácticas específicas y tecnologías que están involucradas en la desviación positiva;
- d) estrategias de intervenciones e investigaciones operacionales con diseños experimentales sólidos para lograr cambios de comportamientos positivos de las familias y el personal de salud.

Referencias

Allen LH, Pelto GH. Research on determinants of breastfeeding duration: suggestions for biocultural studies. *Med Anthropol* 1985;9 (2): 97-105.

Allen LH, Ferris AM, Pelto GH. Maternal factors affecting lactation. En: *Maternal Lactation 2: Maternal and Environmental Factors*, M Hamosh y A Goldman (editores) Nueva York: Plenum Press; 1986:51-60.

Alvarez ML. *Deprivación y Familia*. Santiago, Chile: Editorial Universitaria, 1982.

Alvarez ML. *Deprivación y Modelos Parentales*. Santiago, Chile: Editorial Universitaria, 1986.

Alvarez ML, Wurgaft F. Conducta socioafectiva de la madre con lactante desnutrido. *Rev Chil de Nutri* 1981; 9:101-111.

Alvarez ML, Wurgaft F, Wilder H. Non verbal language in mothers with malnourished infants. A pilot study. *Social Science and Medicine*. 1982 16:1365-1369.

Alvarez ML, Wurgaft F. Aspectos socioculturales en el rendimiento escolar. En: *Nutrición del escolar chileno. Estado actual y recomendaciones futuras*. A. Stekel y F. Moncheberg (eds). INTA. Santiago, 1983: 110-131.

Amador M, Silva LC, Uriburu G, Valdés F. Caracterización de la lactancia materna en Cuba. *Food and Nutrition Bulletin*, 1992;14(2):108-114.

Anderson JE, Rodrigues W. Analysis of breastfeeding in northeastern Brazil: methodological and policy consideration. *Studies in Family Planning*, 1983;14(8-9):210-218.

Anderson JE. Breastfeeding and the use of the health care system in Bahia State, Brazil: Three multivariate analyses. *Studies in Family Planning*, 1984;15(3):127-135.

Auba G, Alvarez ML. Influencia de factores culturales en madres con lactante desnutrido. *Rev. Nutrición Infantil*, 1983;11(1):9-14.

Avila H, Arroyo P, García D, Huerta F, Díaz R, Casanueva E. Factors Determining the Suspension of Breastfeeding in an Urban Population Group. *Bull: PAHO* 1980; 14(3) 286-292.

Bentley ME, Stallings RY, M Fukumoto, Elder JA. Maternal Feeding Behavior and child acceptance of food during diarrhea, convalescence and health in the Central Sierra of Perú. *Am J Public Health* 1991;81:43-47.

Bentley ME, Caulfield LE, Torún B, Schroeder D, Hurtado E. Maternal feeding behavior and child appetite during acute diarrhea and subsequent health in Guatemala. *The FASEB Journal* 1992;6(5):A1648.

Boerma JT, Rutstein SO, Sommerfelt AE, Bicego GT. Bottle use for infant feeding in developing countries: data from the Demographic and Health Surveys. Has the battle been lost? *Journal of Tropical Pediatrics* 1991;37(3):116-120.

Brown KH, Black RE, López de Romaña G, Creed de Kanashiro H. Infant feeding practices and their relationship with diarrheal and other diseases in Huascar, Lima, Perú. *Pediatrics* 1989;83(1):31-40.

Carlóni A. *The impact of maternal employment and income on the nutritional status of children in rural areas of developing countries*. Informe al Subcomité sobre Nutrición, OMS, 1984.

Cohen RJ, Haddix K, Hurtado E, Dewey K. *Maternal activity and exclusive breastfeeding*, 1994. En prensa.

Cosminsky S. Childbirth and change: a Guatemalan study. En: *Ethnography of Fertility and Birth*. CP Mac Cormack (editor) Londres: Academic Press, 1992:205-229.

Cravioto J, De Licardie ER. Microenvironmental factors in severe protein-calorie malnutrition. En *Nutrition and Agricultural Development: Significance and Potential for the Tropics*. NS Scrimshaw y M Behar (editores). Nueva York: Plenum Press, 1976: 25-36.

Creed de Kanashiro H, Brown KH, López de Romaña G, López T, Black RE. Consumption of food and nutrients by infants in Huascar (Lima), Perú. *Am J Clin Nutr* 1990;34:539-554.

Chávez A, Arroyo P, Gil SEP *et al*. The Epidemiology of Good Nutrition in a Population with a High Prevalence of Malnutrition. *Ecol Food Nutr* 1974: 3(3) 223-230.

Chávez A, Martínez C. Nutrition and development of infants from poor rural areas: III. Maternal nutrition and its consequences on fertility *Nutr Rep Int* 1982; &:1-7.

Engle PL. Maternal work and child-care strategies in peri-urban Guatemala: nutritional effects. *Child Development* 1991 62:954-965.

Engle P y Pedersen M. Maternal work for earnings and children's nutritional status in urban Guatemala. *Ecol of Food and Nutr* 1989; 22(3):211-223.

Engle PL, Zeitlin M, Medrano Y. *Low-income Nicaraguan mothers' theories about feeding one year olds*. Manuscrito inédito, 1992.

Engle P, Nieves Y. Intra-household food distribution patterns among Guatemalan families in a supplementary feeding program: Behavior patterns. *Social Science and Medicine*. En prensa.

Flores M, García B, Flores Z, Lara MY. Annual patterns of family and children's diet in three Guatemalan communities. *Br J Nutr* 1964;18:281-293.

Flores M, Flores Z, Lara MY. Food intake of Guatemalan indian children, ages 1 to 5. *J Am Diet Assn* 1966;48:480-487.

Flores-Viladroza L, Brito Durán E, Avila Rosas H, et al. Exploración de factores que pueden modificar el establecimiento y la duración de la lactancia. *Perinat Reprod Hum* (México) 1988;2(1):16-24.

Forman, M. Review of Research on the Factors Associated with Choice and Duration of Infant Feeding in Less-developed Countries. *Pediatrics* 1984; 74:667-701.

Frongillo EA, Bégin F. Gender bias in food intake favors male preschool Guatemalan children. American Institute of Nutrition 1993,189-193.

García SE, Kaiser LL, Dewey K. Self-regulation of food intake among rural Mexican preschool children, 1989. Manuscrito inédito.

Greiner TP. *The promotion of bottle feeding by multinational corporations: How advertising and the health profession have contributed*. Cornell International Nutrition Monograph Series No. 2, Ithaca, Nueva York, 1975.

Greiner TP, van Esterik P, Latham MC. The insufficient milk syndrome: an alternative explanation. *Med Anthropol* 1981;5:233-247.

Groves SL. *Determinants of infant feeding patterns in low income Brazilian women*, 1988.

Gussler JD, Briesemeister LH. The insufficient milk syndrome: a biocultural explanation. *Med Anthropol* 1980;4:145-174.

Hornik R, McDivitt J, Yoder PS, et al. *Communication for Child Survival: Evaluation of "Healthcom" Projects in Ten Countries*. Annenberg School for Communication. University of Pennsylvania, Working paper No. 1011, 1992.

Howrigan GA. Fertility, infant feeding and change in Yucatán. *New Directions for Child Development*, 1988;40:37-50.

Huenemann RL, Collazos C. Nutrition and Care of Young Children in Perú. II. San Nicolás, a Cotton Hacienda and Carquin, a Fishing Village, in the Coastal Plain. *J Am Diet Assn* 1954;30:559-569.

Huenemann RL, Collazos C. Nutrition and Care of Young Children in Perú. III. Yurimaguas, a Jungle Town. *J Am Diet Assn* 1954;30:1101-1109.

Huffman SL, Martin LH. *First foods: optimal feeding of infants and toddlers*. Trabajo presentado a la International Conference of Nutrition Preparatory Committee, 1992.

Hurtado E. La lactancia materna en las clasificaciones populares de la diarrea. *Arch Latinoamer Nutr* 1989;39:278-291.

Hurtado E. *Qualitative research on infant and child feeding in Santa María de Jesús, Guatemala*. Informe preparado para la Universidad de Johns Hopkins, Baltimore, 1992.

Jelliffe DB, Jelliffe EFP. *Human Milk in the Modern World: Psychosocial, Nutritional, and Economic Significance*. Londres: Oxford University Press, 1978.

Kaiser LL, Dewey KG. Household economic strategies, food resource allocation, and intra-household patterns of dietary intake in rural Mexico. *Ecol Food and Nutr* 1991;25(2): 123.

Kendall C, Foote D, Martorell R. Anthropology communications and health: the mass media and health practices program in Honduras. *Human Organization* 1983; 42(4): 353-360.

Koniz-Booher P, Fishman C, Parlato M, Roberts A (editoras). *Answering key questions. Recommendations from the expert meeting on optimal feeding practices*,. 1990.

Leslie J. Women's work and child nutrition in the Third World. *World Development*, 1988;16(11):1241-1362.

Marquis GS, Kolasa KM. Noodles, rice and other non-locally produced foods in the weaning age child's diet in Pacobamba, Perú. *Ecol Food Nutr* 1986;18:319-329.

Martínez C, Chávez A. Nutrition and development in infants of poor rural areas: I. Consumption of mother's milk by infants. *Nutr Rep Int* 1971;4:139-149.

Mata L. Child Malnutrition and Deprivation Observations in Guatemala and Costa Rica. *Food and Nutrition (Roma)* 1980: 6:7-14.

Mata LJ, Kromol RA, Urrutia J, García B. Effect of Infection on food intake and the nutritional state: perspectives as viewed from the village. *Am J Clin Nutr* 1977;30:1215-1227.

- Mata L, Allen LA, Jiménez P, *et al.* Promotion of breastfeeding, health, and growth among hospital-born neonates, and among infants of a rural area of Costa Rica. En *Diarrhea and Malnutrition*. LC Chen y NS Scrimshaw (editores), Nueva York: Plenum Press, 1983;12:177-202.
- Mata L, *et al.* Promotion of breastfeeding in Costa Rica: The Puriscal Study. En: *Programmes to promote breastfeeding*. Jelliffe and Jelliffe (eds.) Oxford: Oxford Medical Publications, 1988.
- Messer E. Methods for studying determinants of food intake. En *Research methods in nutritional anthropology*. GH Pelto, PJ Pelto y E Messer (editores). Tokio, United Nations University, 1989:1-33.
- Messer E. The Relevance of time-allocation analyses for nutritional anthropology: the relationship of time and household organization to nutritional intake and status. En *Research methods in nutritional anthropology*. GH Pelto, PJ Pelto, E Messer (editores). Tokio, United Nations University, 1989:82-125.
- Millard AV, Graham MA. Principles that guide weaning in rural Mexico. *Ecol Food and Nutr* 1985;16(2):171-188.
- Ministerio de Salud Pública e Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá. Encuesta de Salud Maternoinfantil, 1987.
- Mock NB, Franklin RR, Bertrand WE, O'Gara C. Exposure to modern health service system as a predictor of the duration of breastfeeding: a cross-cultural study. *Medical Anthropology* 1985:123-138.
- Mora *et al.* Malnutrition Social Environment and Cognitive Performance of Disadvantaged Colombian Children at three years. *Nutr Ref Int* 1977; 16:93-102.
- Moya de Sifontes MZ, Dehollain PL. Efecto de los medios de comunicación social en la adquisición de alimentos a nivel familiar. *ALAN*, 1986;36(1):166-186.
- Muñoz LM, Ulate E. Breastfeeding patterns of urban low to middle income women in Costa Rica. *Ecol Food and Nutr* 1991;25(1):59-67.
- O'Gara C. Report on a study of Infant Feeding Practices in Tegucigalpa, Honduras. Washington, D.C. USAID, Office of Nutrition, 1984.
- O'Gara C, Kendall C. Fluids and powders: options for infant feeding. *Medical Anthropology*, 1985:107-122.

O'Gara C. Breastfeeding and maternal employment in urban Honduras. En *Women, work and child welfare*. J Leslie y M Paolisso (editores) Boulder: Westview Press, 1989.

Organización Mundial de la Salud. *Contemporary Patterns of Breastfeeding. Report on the OMS Collaborative Study on Breastfeeding*. Ginebra: World Health Organization, 1981.

Organización Mundial de la Salud. The Prevalence and Duration of breastfeeding: a critical review of available information. *World Health Statistics Quarterly*, 1982;2:92-116.

Organización Mundial de la Salud (OMS)/UNICEF. Reunión Conjunta de OMS/UNICEF sobre: "Breastfeeding in the 1990's: a worldwide initiative". Co-patrocinada por USAID y SIDA. Ospedale degli Innocenti, Florencia, Italia, 1990.

Paredes B de, Romero ME, Morales de Look A. *Prácticas de Alimentación Infantil en Bogotá, Colombia*. Pontificia Universidad Javeriana, 1986.

Pelto GH. Infant feeding practices in the Third World: beliefs and motivations. En: *Infant and Child Feeding*. Academic Press Inc, 1981:191-203.

Pelto G. Ethnographic studies of the effects of food availability and infant feeding practices. United Nations University, *Food and Nutrition Bulletin*, 1984;6(2):33-43.

Pérez-Escamilla R, Mejía LA, Dewey K. Neonatal feeding patterns and reports of insufficient milk among low-income urban Mexican mothers. *Ecol Food and Nutr*, 1992;27(2):91-102.

Pérez-Escamilla R, Pollitt E, Lonnerdale B, Dewey K. *Effect of infant feeding policies in maternity ward on breastfeeding success: a critical review of the literature*. (Manuscrito en prensa).

Pérez-Escamilla R, Segura Millan S, Pollitt E, Dewey KG. *Effects of the maternal ward system on the lactation success of low-income urban Mexican women*. *Early Human Development* (Manuscrito en prensa).

Popkin BM, Bilsborrow RD, Akin JS, Yamamoto ME. Breast-feeding determinants in low income countries. *Med Anthropol* 1983;7(1):1-31.

Post JE, Smith RA. The influence of marketing on infant feeding. En *Feeding Infants in Four Societies: causes and consequences of mothers' choices* Winikoff B, MA Castle y V Hight Laukaran (editoras). Population Council. Nueva York: Greenwood Press, 1988.

Puga TF, Zaccaria A, Vukasovic JB, et al. Internación conjunta madre-hijo y lactancia materna. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 1979;36:1025-1050.

Rivera J, Nieves I, Sáenz de Tejada S et al. *Community-based therapy during and convalescence*. 1992 (Informe de progreso no publicado).

Rivera J, Santizo MC, Hurtado E. *Diseño y evaluación de un programa educativo para mejorar la alimentación en niños de 6 a 24 meses de edad en comunidades rurales de Guatemala*. OPS, en prensa.

Román-Pérez R, García RE, Ramírez C, Ochoa A. Factores psicosociales involucrados en la alimentación al seno materno. *Memorias del Segundo Coloquio Regional de Análisis de la Conducta*. Ciudad de Obregón, Sonora, México, 1987.

Romero ME. An ethnographic study of infant feeding practices in Bogotá, Colombia. *Ecol Food and Nutr* 1992;27(3-4):199-

Rosenthal C. *Santa María de Jesús: Medical Choice in a Highland Guatemalan Town*. Tesis inédita. Departamento de Antropología, Universidad de Harvard, Cambridge, MA; revisada para el Instituto de Centroamérica y Panamá, 1987.

Ruel MT, Rivera J. *Results of focus group discussions on child feeding practices, conducted in four communities of the Department of El Progreso, Guatemala*. 1991 (informe inédito).

Sáenz de Tejada S. *Madres trabajadoras y lactancia; revisión bibliográfica*. INCAP, Documento de Trabajo del Proyecto de Lactancia, 1992.

Sanjur DM, Cravioto J, Rosales L, Van Veen A. Infant feeding and weaning practices in a rural preindustrial setting, a sociocultural approach. *Acta Paediat Scand*, Suppl 1970;200:2-56.

Scrimshaw MW, Scrimshaw SCM. *The success of mothers in maintaining the health of their children: experiences from a Guatemalan coastal plantation*, Manuscrito inédito, 1988.

Solien de González N. Beliefs and practices concerning medicine and nutrition among lower-class urban Guatemalans. En *The Cross-Cultural Approach to Health Behavior*. LR Lynch (editor). Rutheford, N.J Farleigh Dickenson University Press,. 1963:213-227.

Sosa R, Kennel JH, Marshall K, Urrutia JJ. The effect of early mother-infant contact on breastfeeding, infection and growth. En: *Breastfeeding and the mother*. Ciba Foundation Symposium 45. North Holland: Elsevier 1976: 179-193.

Strachan-Lindenberg C, Cabrera-Artola R, Jiménez V. The effect of early post-partum mother-infant contact and breast-feeding promotion on the incidence and continuation of breastfeeding. *Int J Nurs Stud* 1990;27:179-186.

Tully J, Dewey K. Private fears, global loss. A cross-cultural study of the insufficient milk syndrome *Med Anthropol* 1985; 9: 223-243.

van Esterik P, Greiner T. Breastfeeding and women's work: constraints and opportunities. *Studies in Family Planning*, 1981;12(8):184-197.

van Esterik P. *Women, work and breastfeeding*. Cornell International Nutrition Monograph Series. Number 23, Cornell University, Ithaca, NY, 1992.

Vandale-Toney S, Reyes-Vásquez H, Montaña-Uscana A *et al*. Programa de Promoción de la lactancia materna en el Hospital General de México: Un estudio evaluativo. *Salud Pública de México* 1992;34:25-35.

Vargas LA. Traditional breastfeeding methods in Mexico. En *Breastfeeding and Food Policy in a Hungry World*. D Raphael (editora) Nueva York: Academic Press, 1979:87-95.

Vargas LA. Contexto socioantropológico del crecimiento infantil. En *Crecimiento y Desarrollo: Hechos y Tendencias*. M Cusminsky, E Moreno y EN Suárez Ojeda (editores). Washington, Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica, 1988; 510:20-36.

Vial I, Muchnik E, Mardones F. Women's market work, infant feeding practices, and infant nutrition among low-income women in Santiago, Chile. En *Women, work and child welfare in the Third World*. J Leslie y M Paolisso (editores). Boulder, Colorado: Westview Press, 1989:131-159.

Victoria CG, Smith PG, Vaughan JP *et al*. Infant feeding and deaths due to diarrhea. A case-control study. *Am J Epidemiol* 1989;129:1032-1041.

Vielman L, Hurtado E. *Estudio de conocimientos, actitudes y prácticas de salud y nutrición en Guanagazapa, Escuintla, Guatemala*, INCAP, Documento E-1217, 1985.

Vitzhum VJ. *Variation in infant feeding practices in an Andean community*. Michigan Discussion in Anthropology, 1988:137-156.

Vitzhum VJ. Infant nutrition and the consequences of differential market access in Nuñoa, Perú. *Ecol Food and Nutr* 1992;28(1-2):45-63.

Winikoff B, Latham M, Solimano G. *The determinants of infant feeding practices: preliminary results of a four country study*. The Population Council, Working Paper No. 19, 1984.

Winikoff B, Castle MA. The influence of maternal employment on infant feeding. En *Feeding Infants in Four Societies: causes and consequences of mothers' choices*. Winikoff B, MA Castle y V Hight Laukaran (editoras). Population Council. Nueva York: Greenwood Press, 1988.

Winikoff B, Castle MA. The influence of health services on infant feeding. En *Feeding Infants in Four Societies: causes and consequences of mothers' choices*. Winikoff B, MA Castle y V Hight Laukaran (editoras). Population Council. Nueva York: Greenwood Press, 1988:147-164.

Winikoff B, Castle MA, Hight Laukaran V (editoras). *Feeding infants in four societies: causes and consequences of mothers' choices*. Population Council. Nueva York: Greenwood Press, 1988.

Zeitlin M, Ghassemi H, Mansour M. *Positive deviance in child nutrition*. The United Nations University, 1990.

CAPÍTULO VII

RECOMENDACIONES

1. ALIMENTACIÓN EN EL DESTETE Y DIETA FAMILIAR

Alejandro M. O'Donnell¹

Introducción

América Latina es un continente de gran diversidad ecológica, social y cultural. Está atravesando grandes transformaciones inherentes a su modernización. La más evidente manifestación es su acelerada urbanización, con 3 ó 4 megaciudades previstas para el próximo decenio. Treinta por ciento o más de su población vive en situación de extrema pobreza, y tres de sus países ostentan niveles de desarrollo de los más bajos en el orden mundial. Todos los países tienen un 10% ó 15 % de sus habitantes con niveles de vida similares al de los países desarrollados. Otros tienen elevados porcentajes de la población con niveles socioeconómicos intermedios para quienes la alimentación cotidiana está resuelta. Estos sectores, sin tener conciencia cabal de su situación, están expuestos y padecen de enfermedades degenerativas originadas en hábitos de alimentación y vida inadecuados, malas condiciones de vivienda, falta de posibilidades de actividad física, y enfrentan la transformación del papel de la mujer y de la estructura familiar tradicional.

Desde el punto de vista del estado nutricional de la población y de su salud se notan progresos, a pesar de la crítica situación económica que atraviesa la Región. Han mejorado los indicadores de salud infantil y ha aumentado la esperanza de vida. Ha disminuido la desnutrición infantil aguda (2,7%), pero prevalece la desnutrición crónica que afecta particular e irreversiblemente la talla de nuestros niños; el porcentaje de niños con retraso de crecimiento sigue siendo extremadamente alto (34%) (Victoria 1992) y su prevalencia geográfica, como es de esperar, tiene correlación con indicadores de desarrollo económico locales. Muchos de estos niños se convertirán posteriormente en adultos obesos de baja talla como parte del fenómeno de obesidad en la pobreza que cada vez con mayor frecuencia comienza a apreciarse en América Latina.

De esta manera pueden darse los extremos del estado nutricional en una misma comunidad, en la misma familia —progenitores obesos con hijos des-

¹ Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil (CESNI), Buenos Aires, Argentina