UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS QUIMICAS Y FARMACIA
INSTITUTO DE NUTRICION DE CENTRO AMERICA Y PANAMA

PRACTICAS ALIMENTARIAS EN NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS QUE
ASISTEN AL CENTRO DE SALUD DE EL MUNICIPIO DE EL PARAISO, EL
PARAISO, HONDURAS.

Tesis elaborada por
Aida Esperanza Maradiaga de Villeda

Previo a optar al título de

NUTRICIONISTA

En el grado de Licenciado

Centro de Estudios Superiores en Nutrición y Ciencias de Alimentos

Escuela de Nutrición

Guatemala, julio de 1981

**JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS QUIMICAS Y FARMACIA**

DECANO: Lic. Leonel Carrillo Reeves

SECRETARIO: Lic. Carlos Augusto Posadas Vásquez

VOCAL 1o.: Dr. José Héctor Aguilar Arreola

VOCAL 2o.: Q. E. P. D.

VOCAL 3o.: Lic. Justo Comas Fuxet

VOCAL 4o.: Br. Guido Vinicio Arreola Smith

VOCAL 5o.: Br. Erick Estuardo Juárez Vargas

DEDICO ESTE ACTO

A MIS PADRES

Eliseo Maradiaga

Julia O. de Maradiaga

con respeto y agradecimiento

A MIS HERMANOS

Liliam

Oscar Reniery

Iris Azucena

con cariño

A MI ESPOSO

José Joaquín Villeda

con amor

A MIS FAMILIARES EN GENERAL

A MIS COMPAÑEROS DE PROMOCION

A MIS AMIGOS

DEDICO ESTA TESIS

A MI PATRIA HONDURAS

A LA ESCUELA DE NUTRICION

AL INSTITUTO DE NUTRICION DE CENTRO AMERICA Y PANAMA

A LA FACULTAD DE CIENCIAS QUIMICAS Y FARMACIA

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

AGRADECIMIENTOS

Agradezco sinceramente a los miembros de mi Comité de Tesis:

Lic. Elsa V. López

Lic. María Tereza Menchú

Dr. Luis O. Angel

por la ayuda brindada en la realización del presente estudio.

Agradezco también al Dr. Miguel A Guzmán y al Lic. Guillermo Palma, por su orientación profesional brindada.

También deseo expresar mi más sincero agradecimiento al personal que labora en el centro de salud de El Paraiso y a las madres que hicieron posible el presente estudio.

CONTENIDO

	Página
I. INTRODUCCION	1
II. ANTECEDENTES	3
A. Necesidades Nutricionales del Niño Menor de Dos Años	3
B. La Alimentación del Niño Menor de Dos Años	5
C. Hábitos Alimentarios	10
D. Metodología para el Estudio de Prácticas Alimentarias	17
III. PROPOSITOS	20
IV. MATERIALES Y METODOS	21
A. Sujeto de Estudio	21
B. Instrumento	21
C. Metodología	21
V. RESULTADOS	24
A. Descripción de la Muestra	24
B. Tipos de Lactancia	30
C. Lactancia Materna	34
D. Alimentación Complementaria	37
VI. DISCUSION	43
VII. RESUMEN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	47
A. Resumen	47
B. Conclusiones	48
C. Recomendaciones	49
VIII. BIBLIOGRAFIA	50
IX. APENDICE	55

I. INTRODUCCION

La desnutrición infantil es un problema condicionado por una variedad de factores, entre los que sobresalen la escasa disponibilidad de alimentos, el bajo nivel socioeconómico y educativo y las prácticas de alimentación inadecuadas para niños pequeños.

La primera infancia es una época que se caracteriza por un crecimiento rápido, por lo que los requerimientos nutricionales son relativamente elevados. Es también a esta edad cuando se forman los hábitos alimentarios que tendrá el individuo en su vida futura. Por esto, la alimentación del niño tiene una gran importancia, pues de ella depende en gran medida su salud y bienestar.

En los países en vías de desarrollo, uno de los principales problemas en la alimentación infantil es la iniciación inadecuada de una dieta sólida capaz de llenar los requerimientos nutricionales del niño. A esta situación se suman otros factores negativos del ambiente, como la falta de higiene, causa de constantes infecciones gastrointestinales, que ocurren especialmente durante el segundo año de vida y que interfieren con el desarrollo normal del niño.

Por otro lado, una de las prácticas alimentarias más comunes en los países en desarrollo, es el empleo de la lactancia materna por un período prolongado. Ultimamente se ha observado una tendencia a acortar este período o a suprimir totalmente la lactancia materna, sustituyéndola con leche de vaca, fluída o en polvo, la que no siempre se maneja bajo condiciones aceptables de limpieza.

El presente estudio tiene como principal propósito conocer las prácticas alimentarias en un grupo de niños menores de dos años de una población de la República de Honduras. Se espera que los resultados de esta investigación sean útiles para orientar programas de educación nutricional de los diferentes sectores, dirigidos a las madres de esta región.

II. ANTECEDENTES

A. Necesidades Nutricionales del Niño Menor de Dos Años

Las necesidades nutricionales de un individuo pueden definirse como la cantidad mínima indispensable de un nutriente determinado, capaz de promover un estado de salud óptimo, concepto que, el niño, significa un crecimiento adecuado (33).

Durante la primera infancia, el crecimiento es rápido, por lo que los requerimientos nutricionales a esta edad son más elevados (39). Así, el promedio de las necesidades energéticas del recién nacido a término son aproximadamente de 110 a 120 Kilocalorías por Kg. de peso corporal por día durante los primeros meses de su vida, y de unas 100 Kilocalorías por Kg. de peso corporal por día al cumplir un año de edad (5, 35, 39). Este requerimiento, relativamente alto, no es sorprendente si se considera que el individuo duplica su peso inicial en el quinto mes de vida, y al año lo triplica (30, 42). Estas cifras disminuyen paulatinamente durante el segundo año de vida, ya que entonces el crecimiento se hace más lento (16).

Las necesidades proteínicas para el crecimiento son tanto cualitativas como cuantitativas. Una ingesta proteínica adecuada puede definirse como aquella que contiene todos los aminoácidos esenciales en cantidades suficientes para satisfacer las necesidades de mantenimiento y proveer el suplemento compatible con el crecimiento (49).

Al comenzar la infancia las necesidades proteínicas se satisfacen

plenamente con la leche materna, siempre que su suministro sea suficiente. Además, el niño pequeño necesita también cierta cantidad de grasa como fuente de ácidos grasos esenciales, que se obtienen en cantidad suficiente de la leche materna o de la lactancia artificial. Por otra parte el niño tiene un requerimiento relativamente alto de líquidos; ya que la pérdida obligada de agua por el riñón y por la piel es relativamente grande, y está sujeto más que el adulto a pérdidas patológicas de agua por vómitos y diarreas (5).

En cuanto a los requerimientos de hierro, éstos se relacionan con las reservas hepáticas acumuladas por el feto en la vida intrauterina, y con la velocidad de crecimiento (33). Si la dieta de la madre en la edad prenatal del niño fue adecuada con respecto al hierro, se considera que el niño tendrá suficiente reserva de este mineral durante los tres primeros meses (5). La leche materna suministra también cantidades satisfactorias de calcio.

La lactancia, ya sea materna o artificial satisface las necesidades de vitamina A y del Complejo B; pero su contenido de vitamina C es bajo por lo que es conveniente darle al niño jugos de frutas después del primer mes (5, 33). Salvo las excepciones señaladas la cantidad de leche materna o de vaca que satisface los requerimientos calóricos y proteínicos del lactante también cubre ordinariamente todas sus demás necesidades nutricionales hasta los 4 a 6 meses de vida (5).

B. La Alimentación del Niño Menor de Dos Años

1. Lactancia

La alimentación por medio de la leche, de los descendientes de las diferentes especies, se denomina lactancia. También podemos considerar la lactancia como el puente natural entre la vida intrauterina y la adaptación al mundo exterior, como una práctica que prolonga primero las condiciones de la gestación y va preparando luego al individuo de manera gradual, para una existencia más independiente (7, 10).

a) Materna - El efecto de la alimentación durante los primeros meses de edad es de suma importancia para la vida futura del niño (28, 49), y la mejor forma de alimentar al niño en sus primeros meses de vida es con leche materna. Es esta un alimento económico, seguro, que no requiere preparación especial y de composición idealmente adaptada a las necesidades nutricionales y a la digestión del niño. Además, la leche materna protege al niño contra posibles infecciones ya que es un alimento estéril y vehículo para la transmisión de agentes inmunológicos (23, 28, 36, 49). Se estima que la leche materna proporciona una dieta nutricionalmente adecuada para el niño hasta los 4 a 6 meses de edad (20, 31, 35, 49).

Existe evidencia abundante del rol protector que la lactancia materna juega en el ciclo malnutrición-infección (37). La presencia de anticuerpos o inmunoglobulinas en el calostro, es un hecho de gran significación ya que éstos protegen al niño contra virus tales como el de la poliomielitis, como también contra bacterias que puedan causar algu-

nas infecciones (6, 29). Se ha observado que la mortalidad durante los primeros meses de vida, es más baja entre niños que son alimentados al seno materno (18, 45). Así, en un estudio realizado en Chile, se encontró que el número de muertes en niños de tres meses de edad se triplicaba cuando eran alimentados con fórmula láctea en comparación con la mortalidad observada en grupos de niños que seguían siendo alimentados con leche materna (43).

Además de su importancia nutricional e inmunológica, la lactancia materna es particularmente valiosa para el bienestar psicológico del niño ya que el contacto estrecho y amoroso que se establece entre madre e hijo y la asociación de ese contacto con la satisfacción de necesidades biológicas fundamentales crean un vínculo poderoso para el resto de la vida, dando al niño una sensación de seguridad y protección afectiva que influye de manera determinante en su desarrollo físico y emocional (7, 18). Se ha encontrado que aun un corto período de lactancia materna (1-2 meses) parece tener importancia nutricional, emocional y ventajas anti-infecciosas para el neonato (12).

Algunos autores recomiendan que en los países pobres la alimentación al seno materno debe prolongarse lo más que se pueda, a fin de que el niño cuente con una fuente segura de proteínas para complementar su dieta y que además esté más protegido contra los síndromes interrelacionados de marasmo y enfermedad diarreica (20). Desafortunadamente, con mayor frecuencia se observa que en los países en desarrollo, parece haber una tendencia a acortar la duración de la lactancia materna y hacer más extensivo el uso de fórmulas lácteas, imitando lo que sucede en las sociedades más industrializadas (6).

b) Lactancia artificial - Se considera lactancia artificial la sustitución de la leche materna por leches de animales. Esta práctica presenta muchos problemas especialmente en los países en desarrollo. En primer lugar el costo suele ser elevado; en segundo, en el área rural y en los barrios periféricos de las ciudades la higiene es deficiente, por lo que la correcta preparación y almacenamiento de los alimentos es casi imposible; en tercer lugar, la mayoría de las madres son analfabetas y no pueden seguir correctamente las instrucciones para la mezcla de los alimentos (20).

Ultimamente se ha observado que la práctica de alimentación con fórmula láctea es coadyuvante a la alta prevalencia de una malnutrición temprana en niños de 3 a 24 meses, la que generalmente ocurre acompañada de infecciones gastrointestinales (26). Debe considerarse que la alimentación artificial, además de llenar las necesidades nutricionales del niño debe estar libre de bacterias o sustancias nocivas que pueden contaminarla (16).

La composición de la leche de cualquier especie es prácticamente constante. La cantidad y calidad de las sustancias nutritivas que forman la leche de una determinada especie varían muy poco, pero si comparamos la leche de diferentes especies se encuentran diferencias cuantitativas y cualitativas (34). La leche de vaca en una forma u otra, es el recurso más accesible para la alimentación del niño (16).

La leche madura de mujer se distingue de la de vaca por un contenido proteínico total de un 50% más bajo, y sobre todo por su pobreza en caseína, razón por la cual es denominada también leche rica en albúmina

del suero (12).

El contenido de grasas, en especial de ácidos grasos insaturados en la leche de mujer, es ligeramente mayor que la de vaca (12). El contenido de minerales es aproximadamente un tercio de la de vaca, con valores sumamente bajos de calcio y fósforo. El contenido de hierro es aproximadamente el doble que en la leche de vaca. La leche de mujer suministra al niño más vitamina A y C que la de vaca, por el contrario, la concentración de las vitaminas del grupo B es inferior en la leche de mujer a excepción del ácido nicotínico (12).

2. Alimentación complementaria

Después de los 4 a 6 meses de edad el niño necesita alimentación adicional, debido a que la leche materna ya no es suficiente para llenar todas sus necesidades nutricionales (20, 40). Se recomienda que la introducción de los alimentos en la dieta del niño se haga en forma gradual y progresiva para que su paladar se acostumbre a los distintos sabores y además facilite el consumo de una alimentación balanceada (3).

Las preparaciones ofrecidas al niño deben ser poco voluminosas o sea que deben ser compactas en calorías y proteínas, no deben contener irritantes y deben ser a base de alimentos localmente disponibles y nutritivos; su consistencia debe estar adecuada al desarrollo de los dientes del niño. Debe darse también especial atención a la higiene en la preparación de las comidas para los lactantes (20).

Conviene ofrecer al niño alimentos de los distintos sabores primarios, se sugiere iniciar por el dulce, luego el ácido y finalmente el sa-

lado. Estos sabores básicos de preferencia deben presentarse al niño en forma simple para que él aprenda a gustarlos. Por otra parte, la educación del paladar del niño y de su gusto por los alimentos incluye también una escala de olores. El olor es un complemento del sabor, y la alimentación del niño debe proporcionarle variedad de olores para que aprenda a percibir con agrado, los propios de cada alimento (2). De esta forma, se espera que al cumplir el año de edad, el niño esté incorporado a la dieta familiar (2, 4).

Por otro lado, no se debe forzar al niño a consumir mayores cantidades de alimentos de las que realmente lo satisfacen, ya que podrían conducir a una sobrealimentación que resultaría en obesidad (13).

Un problema básico de la alimentación infantil en cualquier parte del mundo, consiste en poder dar al niño una dieta "para destetar" que sea nutritiva y digerible y que contenga cantidades suficientes de proteínas, calorías, vitaminas y minerales, durante el llamado "período de transición"; o sea entre la época en que la alimentación del niño se basa en leche de pecho y aquella en la que ingiere una parte apropiada de la totalidad de la dieta de los adultos.

En los países industrializados de América del Norte y Europa, el proceso del destete no suele ser muy difícil. El período inicial de alimentación al pecho o con leche de vaca se complementa con una variedad amplia de otros alimentos que se introducen gradualmente. En cambio en las regiones tropicales es muy común que la "dieta de transición" consista en las porciones más blandas de la dieta del adulto, con mucha frecuencia alimentos ricos en carbohidratos, preparados especialmente en forma

de pastas o atoles (20).

Uno de los peligros más grandes durante el período del destete resulta del cambio de leche estéril a leche animal y a alimentos sólidos y semisólidos que casi siempre se adquieren, almacenan y ofrecen al niño en forma poco higiénica. Por esta razón el período del destete se asocia con la proporción más alta que se observa de infecciones gastrointestinales durante los primeros años de vida (6). Es muy común que bajo estas condiciones y hacia finales del primer año los niños empiecen a experimentar marcada lentitud en su crecimiento y desarrollo, y muestren un gran incremento en la morbilidad y mortalidad (45).

C. Hábitos Alimentarios

1. Definición

Los hábitos alimentarios son las formas en que los individuos o grupos seleccionan, consumen y utilizan los alimentos disponibles; esto incluye los sistemas de producción y distribución de los alimentos (3, 41). Un hábito alimentario no es un capricho pasajero, es un rasgo de la sociedad y está integrado en una estructura de valores sociales (24).

2. Factores que afectan los hábitos alimentarios

Los factores que determinan los hábitos alimentarios son variados y complejos (35), Estos se pueden agrupar de la siguiente manera:

a) Geográficos - La raza humana está distribuida por toda la tierra, y sus condiciones de vida varían según los climas y regiones donde habiten; por tal razón, sus hábitos alimentarios están determinados

por estas circunstancias y por la disponibilidad local de los alimentos (3, 25).

b) Culturales y religiosas - Los hábitos alimentarios son aspectos profundamente arraigados en una cultura. Una cultura puede considerar los alimentos sólo como un medio de satisfacer el hambre; otra puede considerar el comer como un deber, una virtud, una forma de placer o un medio de relación familiar o social (35). De ahí que, nuestra selección de alimentos son expresiones nuestras como individuos y como miembros de un cierto grupo cultural (25). Es así como las restricciones impuestas por la religión tienen influencia sobre los hábitos alimentarios de muchos pueblos (3).

c) Sociales - El alimento es un símbolo de estrecha relación, amistad y aceptación social (25). La organización social de los diferentes grupos, con sus estructuras y sus sistemas de valores juegan un papel muy importante en la aceptación o rechazo de los patrones alimentarios (35). El ambiente familiar también contribuye a la formación de hábitos alimentarios. Sus miembros aceptan mejor ciertos alimentos cuando la familia entera se reúne en las comidas en una atmósfera relajante (25).

d) Psicológicos - Los alimentos son generalmente un medio para expresar la individualidad (25). Los hábitos alimentarios son una parte importante de la conducta humana (35).

e) Económicos - Las circunstancias económicas controlan la cantidad y clase de alimentos que se adquieren (27). La elevación de los costos de los alimentos y la escasez de los mismos han tenido impac-

to en los patrones alimentarios de muchas familias de América. Al desaparecer los excedentes agrícolas, se inició una crisis alimentaria en el mundo y los consumidores empezaron a reexaminar sus prácticas de compra y a considerar alternativas para los alimentos escasos y caros. El ama de casa, que generalmente tiene muy pocos o ningún concepto de valor nutritivo de los alimentos, basa su selección en el costo y en las preferencias culturales de la familia (35).

3. Clasificación de los hábitos alimentarios

En todos los grupos de población se encontrarán cuatro tipos de costumbres alimentarias que son:

a) Buenos - Es decir que contribuyen a hacer más sanos a los niños y a protegerlos de las enfermedades.

b) Malos - Que pueden producir enfermedades.

c) Sin importancia - Son costumbres que no parecen tener efectos ni buenos ni malos sobre la salud del niño.

d) Dudosos - Son aquellos respecto a las que es difícil decidir si son buenas o malas (22).

4. Hábitos alimentarios en el niño menor de dos años

Existen costumbres muy relacionadas con la nutrición y la alimentación infantil, por ejemplo, las clasificaciones de alimentos. Estas son a menudo de gran complejidad y usualmente son el resultado de numerosas combinaciones de factores históricos, sociales y económicos

que han ejercido influencia sobre el modelo cultural; se aprenden en la primera infancia y son difíciles de modificar.

Existe la clasificación frío y caliente. Por ejemplo, en Bengala la diarrea se clasifica como una enfermedad caliente y obviamente la madre cree peligroso alimentar a su hijo con leche, pues está clasificada como alimento caliente. Existe costumbre de identificar a algunos alimentos como apropiados para los niños pequeños; algunas veces estos pueden ser blandos y alimentar fácilmente a los niños, como el plátano dulce o la calabaza, pero de cualquier forma, en general son nutricionalmente inferiores (20).

En el campo de la nutrición infantil, muchas prácticas tradicionales han permanecido sin cambios. Sin embargo, especialmente en las ciudades de los países en desarrollo, hay tendencia a tratar de imitar ciertos tipos de prácticas occidentales, en particular el uso del biberón. Los conceptos locales de la causa, curación y prevención de las enfermedades son a menudo complejos, por lo que las enfermedades, especialmente la diarrea, se tratan con frecuencia por medio de cambios en la dieta, principalmente de naturaleza restrictiva (20).

En la mayoría de nuestras comunidades tropicales rurales el niño es alimentado exclusivamente al seno materno, por lo que durante los primeros 4 a 6 meses de vida, el aumento de peso del niño es usualmente satisfactorio, y refleja un suministro adecuado de proteínas y calorías (22).

Durante el segundo semestre de vida usualmente se continúa la ali-

mentación al seno materno, pero como durante esta etapa la cantidad de leche materna ya no es suficiente y los alimentos adicionales que ofrecen con mayor frecuencia al niño son pastas de carbohidratos y atoles en cantidades insuficientes y generalmente pobres en proteínas y vitaminas, el resultado natural es que durante este período el crecimiento sea deficiente (22).

La siguiente fase de crecimiento (1 a 3 años), y especialmente durante el segundo año, es indudablemente la más peligrosa. La alimentación al seno materno puede o no continuar durante parte o la totalidad de este período, pero la cantidad de proteínas suministradas en esta forma es reducida. Por otra parte, durante esta etapa de su vida el niño sufre una sucesión continua de infecciones por bacterias, virus y parásitos, lo que agrava aún más su ya deficiente estado nutricional. Es durante este período cuando en muchas áreas, por las condiciones descritas, el crecimiento y desarrollo, se vuelve marcadamente anormal (21).

Lo anterior descrito, ocurre en muchos países en vías de desarrollo. Así, en Uganda los principales problemas nutricionales del niño se deben al bajo valor nutritivo de los alimentos locales consumidos, a pesar de que los consumen en buenas cantidades. Generalmente se alimenta al niño con unos cuantos maníes y frijoles, pero de la carne no se le suele dar más que la salsa; además, no se tiene idea de las enfermedades carenciales, ni de las necesidades especiales de los niños de corta edad (9). En la mayor parte de Africa, la lactancia es generalmente excelente. Las dificultades comienzan cuando se desteta al niño, pasándolo a la dieta descrita anteriormente. El destete se precipita con frecuencia por

un nuevo embarazo de la madre o al llegar el niño al duodécimo mes porque se cree que la leche ya no le sirve en su segundo año (41).

En la India se cree que casi todas las enfermedades están relacionadas con el consumo de alguna clase de alimentos, y que algunos de éstos son peligrosos cuando se manifiesta una enfermedad determinada. Si un niño se siente indispuesto cuando se le empieza a dar un alimento complementario, se atribuye el malestar a dicho alimento y se evita dárselo en el futuro (9). La lactancia materna en este país tiene una duración aproximada de 2 a 3 años (9, 38). En otro estudio realizado recientemente en la India (14), se encontró que la alimentación complementaria se inicia entre los 7 y 12 meses de edad. El agua con azúcar fue comunmente usada como el primer alimento dado, usualmente a los 30 o 60 minutos después del nacimiento. Las frutas y el pan húmedo fueron alimentos comunmente usados por las madres. Una gran proporción de los niños estudiados fueron completamente destetados después de los 18 meses.

Un estudio en Filipinas (15) reveló que el 77 % de las madres alimentan a sus niños al seno materno en los primeros meses, ocurriendo generalmente el destete entre los 13 y 18 meses, debido principalmente al inicio de un nuevo embarazo. Al momento del destete todos los niños recibían alimentos sólidos o semisólidos, y la leche evaporada fue el alimento más popular para el período de transición.

En Inglaterra la tendencia actual es la alimentación por fórmula láctea y la introducción de alimentos sólidos se inicia entre la tercera y cuarta semana de edad (11).

En un estudio realizado en México (9) se descubrió que en la época del destete se inicia una serie de episodios infecciosos y durante ellas se reduce al mínimo la ingestión de alimentos. Otro estudio realizado en el mismo país (44) reveló que generalmente la madre no amamanta al recién nacido sino hasta el segundo o tercer día de vida, por considerar que el calostro no es conveniente para el niño. En México la leche materna y el té de hierbas constituyen la base de la dieta que se ofrece a los niños durante el período neonatal.

En los países del área del Caribe la práctica de alimentar al niño exclusivamente al seno materno durante los primeros seis meses de vida o más, fué muy común hasta hace solo tres décadas. Actualmente tal práctica ha declinado, especialmente en los centros urbanos, en donde aproximadamente solo un 5% de madres da el seno materno exclusivamente a la edad de tres meses (26).

En Centro América la práctica tradicional de continuar la lactancia por largos períodos tiende a desaparecer, debido a los diversos factores ambientales que modifican las estructuras sociales, costumbres y creencias de los pueblos (32).

En 1971, Soto de Guido (47) realizó un estudio para conocer las prácticas alimentarias durante el período del destete en niños de la ciudad de Guatemala y del área rural del altiplano de Guatemala, y encontró que durante los primeros meses de vida, la mayoría de los niños reciben alimentación al seno materno, predominando esta práctica en el área rural de Guatemala. En el área urbana la introducción de alimentos en la dieta del niño por lo general ocurre a edad más temprana que en el

área rural. En el área rural, la dieta del niño durante el primer año de vida es deficiente en algunos alimentos, principalmente en aquellos ricos en proteínas.

En 1978, Contreras (8) estudió la duración de la lactancia materna y su relación con ciertas características de un grupo de madres de la ciudad de Danlí, Honduras. Esta autora informó que en el área que ella estudió, a mayor escolaridad, menor edad y mayor exposición a medios de comunicación de la madre, tanto más temprano se interrumpe la lactancia materna.

D. Metodología para el Estudio de Prácticas Alimentarias

Los estudios dietéticos constituyen parte esencial de cualquier estudio completo de nutrición, proporcionando información sobre niveles de ingesta y fuentes de nutrimentos, hábitos alimentarios y prácticas de preparación de alimentos (19, 48).

Para obtener datos de la alimentación de niños, el método más comúnmente usado es el método cualitativo; sus finalidades son:

- a) Crear una base para motivar los programas de educación nutricional.
- b) Explorar la calidad de la alimentación de grupos específicos, o de sectores de una comunidad dada.
- c) Conocer en un período breve, los hábitos y tendencias alimentarias de la población.

1. Técnicas

Para obtener información cualitativa del consumo de alimentos se pueden usar dos técnicas:

a) Por el investigador encargado de la entrevista - En este caso el investigador realiza la entrevista y anota la información que le proporciona la persona investigada en el cuestionario respectivo.

i. Ventajas - Se obtiene información más exacta y adecuada; permite la obtención de datos uniformes, lo que facilita su interpretación; y evita oportunidades que puedan dar lugar a problemas debidos a sugerencias provenientes de otras personas.

ii. Desventajas - Cada estudio requiere de una persona con experiencia en este campo y de mucho tiempo.

b) Por la propia persona investigada - En este caso, se le entrega el cuestionario a la persona investigada para que ella misma anote la información que se le pide.

Al usar esta técnica el investigador debe conocer el grado de instrucción del grupo que va a estudiar, para no cometer el error de entregar cuestionarios a personas analfabetas.

i. Ventajas - Economiza tiempo y personal, lo que permite abarcar un grupo mayor, y envuelve al individuo en una experiencia de aprendizaje en todos los aspectos relacionados con su dieta.

ii. Desventajas - Se presta a que el informante proporcione datos falsos, ya sea por prestigio personal, por falta de conoci-

mientos o por sugerencias obtenidas por otros medios (17).

2. Indicadores

En los estudios cualitativos de la alimentación se pueden usar dos indicadores dietéticos que son:

a) Patrón alimentario - En este caso se aconseja aplicar el método de recordatorio de 24 horas, registrando el consumo alimentario del día anterior pero sin preocuparse en obtener cantidades. La presencia o ausencia de los principales alimentos en la dieta se utilizará para evaluar y ponderar las respuestas, dándoles un valor numérico de acuerdo a los diferentes productos que figuran en la misma.

b) Frecuencia de consumo de alimentos - En este caso se utiliza una lista de todos los alimentos que forman el patrón alimentario del país, donde se indica la frecuencia con que éstos son consumidos por el sujeto de estudio durante la semana. Las dos clases de información se complementan satisfactoriamente, y rinden así una descripción apropiada de los patrones alimentarios del sujeto (1).

III. PROPOSITOS

A. General

1. Conocer las prácticas alimentarias de las madres en relación a la alimentación de los niños menores de dos años que asisten al Centro de Salud de El Paraíso, Honduras.

B. Específicos

1. Conocer el tipo de lactancia que reciben estos niños.

2. Conocer la edad acostumbrada para la introducción de alimentos sólidos en la dieta de los niños.

3. Relacionar las prácticas alimentarias con la edad, escolaridad ocupación de las madres.

IV. MATERIALES Y METODOS

A. Sujeto de Estudio

El presente estudio se realizó en el Centro de Salud de El Paraíso, departamento de El Paraíso, República de Honduras, previa autorización del médico jefe del mismo. Los sujetos de estudio fueron 60 madres de los niños menores de dos años, que asistieron a control de crecimiento y desarrollo, durante las dos primeras semanas del mes de diciembre de 1979.

B. Instrumento

Se utilizó el formulario elaborado por Cecilia de Soto (47), al cual se le hicieron algunas modificaciones para adaptarlo a los propósitos del estudio. El formulario investiga los siguientes aspectos:

- Datos generales del niño y la madre.
- Aspectos generales sobre la lactancia.
- Aspectos generales sobre la alimentación complementaria.

C. Metodología

1. Para la recolección de los datos

La recolección de los datos se llevó a cabo a través de entrevista dirigida por el propio investigador, en la clínica del Centro de Salud, a las madres de los niños incluidos en este estudio.

La entrevista se llevó a cabo después de la consulta médica y se procuró que la madre estuviera a solas. La información obtenida fue re-

gistrada inmediatamente en el formulario preparado para tal fin.

2. Para la tabulación de los datos

a) Características de la muestra

i. Niños - Los datos de los niños se agruparon según edad y sexo; para la edad se formaron seis intervalos así: 0 a 2, 3 a 5, 6 a 8, 9 a 11, 12 a 17 y 18 a 23 meses.

ii. Madres - Las características generales estudiadas en las madres fueron las siguientes: edad, número de años de estudio, ocupación y número total de hijos. Para la edad, se agruparon en cuatro intervalos que son: menores de 20 años, de 20 a 29, de 30 a 39 y de 40 y más años.

El número de años de estudio en la escuela se distribuyó en tres grupos: sin estudios, de 1 a 3 años y de 4 a 6 años de estudio.

Finalmente, las madres se agruparon de acuerdo al número total de hijos: 1 a 3, 4 a 6 y más de 6 hijos.

b) Prácticas de lactancia materna - Se determinó el tipo de lactancia que estaban recibiendo los niños al momento del estudio: materna, artificial o mixta y la duración de la misma.

c) Alimentación complementaria - Se registró la edad en que los niños reciben además de la leche otro alimento, y el tipo del mismo. Además, hasta donde fue posible se determinó el patrón que se sigue para la introducción de otros alimentos según la edad del niño.

3. Para el análisis de los datos

Se relacionaron las características generales de la madre (edad, ocupación y escolaridad) con las prácticas de lactancia materna y de alimentación complementaria, utilizando el estadístico ji cuadrado para comprobar la dependencia/independencia de los criterios usados para clasificación en cada caso (46).

V. RESULTADOS

A. Descripción de la Muestra

La muestra de estudio consistió de 60 madres y 60 niños menores de dos años, quienes en el mes de diciembre de 1979 asistieron a control de crecimiento y desarrollo en el Centro de Salud de El Paraíso.

1. Características de los niños estudiados

a) Edad y sexo - En el Cuadro No. 1 se presenta la distribución de los 60 niños estudiados de acuerdo a su edad y sexo. Se observa que el 53.4% (32 niños) corresponden al sexo masculino y el 46.6% (28 niños) corresponden al sexo femenino. La distribución de casos por edad es semejante al incluir a todos los niños, pero no lo es al hacer la distribución según sexo. Así, en el grupo de niños, el mayor porcentaje (44%) corresponde a niños mayores de un año, mientras que en el caso de las niñas el mayor porcentaje (39%) corresponde a las menores de un año.

CUADRO No. 1

DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO DE 60 NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS QUE ASISTIERON A CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN EL CENTRO DE SALUD DE EL PARAISO, HONDURAS. 1979.

Edad (meses)	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
0 - 2	6	19	3	11	9	15
3 - 5	6	19	5	18	11	18
6 - 8	3	9	4	14	7	11
9 -11	3	9	7	25	10	17
12 -17	7	22	3	11	10	17
18 -23	7	22	6	21	13	22
Total	32	100	28	100	60	100

2. Características de las madres estudiadas

a) Edad - Al analizar la información de las madres con respecto a su edad, se encontró que ninguna era menor de 15 años, ya que la madre más joven tenía 17 años y la de más edad fue de 44 años. La mayoría de madres tenían edades comprendidas entre los 20 y 29 años, lo que representa un 58.3% (35 madres) del total. El menor porcentaje de madres (8.3%) se encuentra entre las de 40 años en adelante (Cuadro No. 2). Esta distribución es similar a la que se ha encontrado a nivel nacional.

b) Número de años de estudio - Ninguna de las madres investigadas realizó estudios secundarios; el mayor número de años estudiados fue hasta el sexto grado de primaria. La mayoría de madres (56.6%) cur-

saron entre 1 y 3 años de escuela primaria mientras 17 de ellas (29%) no hizo ningún año escolar.

Es interesante hacer notar que a medida que aumenta la edad de la madre, tanto menor es el número de años de asistencia a la escuela, ya que de las siete madres menores de 20 años solamente una no asistió nunca a la escuela y tres de ellas tenían entre 4 y 6 años de estudio. En cambio de las madres mayores de 30 años, ninguna de ellas asistió más de tres años a la escuela y el 39% de ellas no tenían ningún año de estudio (Cuadro No. 2).

Esta situación podría deberse a que las madres más jóvenes han tenido mayores oportunidades para asistir a la escuela, sea porque ha aumentado la cobertura del sistema educativo o porque cada vez se reconoce más la importancia de la educación en la mujer.

CUADRO No. 2

EDAD Y NUMERO DE AÑOS DE ESTUDIO DE LAS 60 MADRES INVESTIGADAS.
CENTRO DE SALUD DE EL PARAISO, HONDURAS. 1979.

Edad (años)	No. de años de estudio							
	Ninguno		1-3		4-6		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Menor de 20	1	2	3	5	3	5	7	12
20 - 29	9	15	20	33	6	10	35	58
30 - 39	6	10	7	12	-	-	13	22
40 y más	1	2	4	6	-	-	5	8
Total	17	29	34	56	9	15	60	100

Con el propósito de establecer si existía dependencia entre la edad de las madres y su escolaridad, se aplicó la prueba de ji cuadrado, agrupando para ello a las madres en solo dos grupos de edad, menores y mayores de 30 años y solo dos categorías de escolaridad, ninguna y alguna. El resultado de la prueba no sugiere una asociación estadísticamente significativa entre estas dos variables ($\chi^2 = 1.40$, 1 gl, NS) (Cuadro No. 3).

CUADRO No. 3

EDAD Y ESCOLARIDAD DE LAS 60 MADRES INVESTIGADAS. CENTRO DE SALUD DE EL PARAISO, HONDURAS. 1979.

Edad (años)	Escolaridad					
	Ninguna		Alguna		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Menor de 30	10	17	32	53	42	70
Mayor de 30	7	12	11	18	18	30
Total	17	29	43	71	60	100

$\chi^2 = 1.40$, 1 gl; NS

c) Ocupación ~ De las madres estudiadas 45 (75%) no realizaban ningún trabajo remunerado y se dedicaban exclusivamente a labores domésticas en su hogar. Las 15 restantes (25%) se dedicaban principalmente al corte de café o a otras actividades tales como: lavar o trabajos domésticos remunerados (Cuadro No. 4).

CUADRO No. 4

OCUPACION PRINCIPAL DE LAS 60 MADRES INVESTIGADAS. CENTRO
DE SALUD DE EL PARAISO, HONDURAS. 1979.

Ocupación	No. de madres	Por ciento
Oficios domésticos	45	75
Cortadora de café	12	20
Trabajadora doméstica	2	3
Lavandera	1	2
Total	60	100

d) Número de hijos - El número total de hijos por madre osciló entre 1 y 12. Del total de madres investigadas, 27 (45%) habían tenido de 1 a 3 hijos; 17 (28%) de 4 a 6 hijos y 16 (27%) tenían más de seis hijos.

En el Cuadro No. 5 se presenta la relación entre la edad de la madre y el número total de hijos que habían tenido. Se puede apreciar claramente, que a medida que aumenta la edad, también aumenta el número de hijos, ya que todas las madres mayores de 30 años tenían más de tres hijos y la mayoría de éstas (78%) tenían más de seis hijos.

CUADRO No. 5

EDAD Y NUMERO TOTAL DE HIJOS DE LAS 60 MADRES INVESTIGADAS.
CENTRO DE SALUD DE EL PARAISO, HONDURAS.

Edad de las madres (años)	Número total de hijos							
	1-3		4-6		7 y más		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Menor de 30	27	64	13	31	2	5	42	100
Mayor de 30	-	-	4	22	14	78	18	100
Total	27	45	17	28	16	27	60	100

El análisis estadístico con base a solo dos categorías para el número de hijos (menos de 7 y 7 y más) sugiere, como sería de esperar, que existe una dependencia entre la edad de las madres y el número de hijos ($\chi^2 = 34.351$, 1 gl; $p \leq 0.001$) (Cuadro No. 6).

CUADRO No. 6

EDAD Y NUMERO TOTAL DE HIJOS DE LAS 60 MADRES INVESTIGADAS. CENTRO DE
SALUD DE EL PARAISO, HONDURAS.

Edad de las madres (años)	Número total de hijos		
	Menos de 7	7 y más	Total
Menor de 30	40	2	42
Mayor de 30	4	14	18
Total	44	16	60

$$\chi^2 = 34.351, 1 \text{ gl}; p \leq 0.001$$

Al preguntarles sobre el número de niños muertos que tenían, 17 madres (28%) afirmaron que se les había muerto por lo menos un niño. El número mayor de niños muertos por madre fue de tres, dato que fue reportado por cinco madres en total. Ninguna madre menor de 20 años reportó algún niño muerto. Las madres más afectadas por mortalidad de sus niños son las mayores de 30 años ya que más de la mitad de ellas (56%) reportaron por lo menos un niño muerto.

B. Tipos de Lactancia

En el Cuadro No. 7 se presenta el tipo de lactancia que recibían los niños investigados al momento del estudio. Del total de 60 niños habían seis que ya no estaban recibiendo ningún tipo de lactancia. De los 54 niños que aún estaban lactando, 19 (35%) recibían leche materna exclusivamente; 25 (46%) recibían lactancia mixta y 10 niños recibían lactancia artificial, lo que corresponde a un 19% del total que aún lactaba. La frecuencia de la lactancia mixta es elevada (60%) entre los niños menores de seis meses; o sea, que es una costumbre bastante generalizada. La prueba de ji cuadrado no sugiere asociación entre la edad del niño y el tipo de lactancia.

CUADRO No. 7

TIPO DE LACTANCIA QUE ESTABAN RECIBIENDO 60 NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS QUE ASISTIERON A CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN EL CENTRO DE SALUD DE EL PARAISO, HONDURAS. 1979.

Edad del niño	Tipo de lactancia							
	Materna		Artificial		Mixta		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
0 - 5	5	25	3	15	12	60	20	100
6 -23	14	41	7	21	13	38	34	100
Total	19	35	10	19	25	46	54*	100

$$\chi^2 = 2.436, 2 \text{ gl}; \text{NS}$$

* Seis niños no recibían ningún tipo de lactancia.

1. Edad de la madre y tipo de lactancia

En el Cuadro No. 8 se presenta la relación entre la edad de la madre y el tipo de lactancia que estaban recibiendo los niños, el cual nos muestra que en ambos grupos el mismo porcentaje de madres dan lactancia materna (81% y 82% respectivamente), con la diferencia que en el grupo de madres menores de 30 años un mayor porcentaje lo hace en forma mixta (54% y 29% respectivamente). En lo referente a lactancia artificial los porcentajes entre los dos grupos de edad se mantienen casi iguales. Al aplicar el estadístico ji cuadrado no se encontró dependencia estadísticamente significativa entre las variables anteriores ($\chi^2 = 3.805, 2 \text{ gl}; \text{NS}$).

CUADRO No. 8

EDAD DE LA MADRE Y TIPO DE LACTANCIA QUE RECIBEN LOS 60 NIÑOS ESTUDIADOS. CENTRO DE SALUD DE EL PARAISO, HONDURAS. 1979.

Edad (años)	Tipo de lactancia							
	Materna		Artificial		Mixta		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Menor de 30	10	27	7	19	20	54	37	100
Mayor de 30	9	53	3	18	5	29	17	100
Total	19	35	10	19	25	46	54*	100

$$\chi^2 = 3.805, 2 \text{ gl}; \text{NS}$$

* Seis niños no recibían ningún tipo de lactancia.

2. Escolaridad y tipo de lactancia

Los datos que se presentan en el Cuadro No. 9 indican que el porcentaje de madres que da lactancia materna es mayor entre las que no tienen ninguna escolaridad. Al mismo tiempo, se puede observar que la lactancia artificial se practica con mayor frecuencia por las madres con alguna escolaridad. Las diferencias en general son pequeñas y por eso no se encontró asociación estadísticamente significativa entre estas dos variables ($\chi^2 = 0.237, 2 \text{ gl}; \text{NS}$).

CUADRO No. 9

ESCOLARIDAD DE LA MADRE Y TIPO DE LACTANCIA QUE RECIBIAN 60 NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS QUE ASISTIERON A CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN EL CENTRO DE SALUD DE EL PARAISO, HONDURAS. 1979.

Escolaridad	Tipo de lactancia							
	Materna		Artificial		Mixta		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Ninguna	5	36	2	14	7	50	14	100
Alguna	14	35	8	20	18	45	40	100
Total	19	35	10	19	25	46	54*	100

$$\chi^2 = 0.237, 2 \text{ gl}; \text{NS}$$

* Seis niños no recibían ningún tipo de lactancia.

3. Ocupación de la madre y tipo de lactancia

Para determinar la relación existente entre la ocupación de la madre y el tipo de lactancia que recibían sus niños se agruparon dichas madres así: las que se dedicaban exclusivamente a oficios de su hogar y las que tenían un trabajo fuera de la casa. En el Cuadro No. 10 se observa que es mayor el porcentaje de madres (88%) que dan lactancia materna entre las que no trabajaban fuera de la casa, que entre las que lo hacen, quienes solamente en un 64% dan este mismo tipo de lactancia. En cuanto a la lactancia mixta es más utilizada por el grupo que trabaja fuera de la casa, o sea, que la lactancia materna exclusiva la utilizan más las madres que quedan en su casa lo cual era de esperarse. La lactancia artificial la emplean más las madres que tienen un trabajo fuera de la casa (12% y 36% respectivamente). Las pruebas de ji cuadrado no revelaron dependen-

cia estadísticamente significativa entre la ocupación de la madre y el tipo de lactancia que ofrecían a sus niños.

CUADRO No. 10

OCUPACION DE LA MADRE Y TIPO DE LACTANCIA QUE OFRECIAN A SUS HIJOS. CENTRO DE SALUD DE EL PARAISO, HONDURAS. 1979.

Ocupación	Tipo de lactancia							
	Materna		Artificial		Mixta		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Oficios domésticos	16	40	5	12	19	48	40	100
Trabaja fuera de la casa	3	21	5	36	6	43	14	100
Total	19	35	10	19	25	46	54*	100

$\chi^2 = 4.072, 2 \text{ gl}; \text{NS}$

* Seis niños no recibían ningún tipo de lactancia.

C. Lactancia Materna

1. Tiempo transcurrido del nacimiento a la primera mamada

Al investigar el tiempo transcurrido desde el momento del nacimiento a la primera mamada, se encontró que de los 56 niños que recibieron lactancia materna 18 (32%) la recibieron antes de las 24 horas de haber nacido, 10 (18%) entre las 24 y 72 horas y 28 (50%) recibieron el pecho por primera vez hasta después de las 72 horas de haber nacido. Las razones expuestas por la mayoría (71%) de madres para esta última práctica fue que la leche no baja hasta en ese tiempo, otras respondieron (5 madres) que se debió a que su hijo nació en el hospital y hasta que egresaron le pudieron

dar de mamar.

2. Alimentos dados antes que la leche materna

Antes de la primera mamada, la mayoría de las madres acostumbran dar a sus niños ciertas preparaciones en forma de infusión, que según sus creencias tienen una propiedad medicinal; éstas preparaciones se dan en pequeñas cantidades por un período de 1 a 2 días.

En el Cuadro No. 9 se presentan las diferentes preparaciones que se ofrecieron a los niños incluidos en el presente estudio. En primer lugar se puede observar que solamente a 20 niños (36%) no se les ofreció ningún tipo de bebida antes de su primera mamada. A 36 niños (64%) se les dió principalmente agua con miel, infusión de canela y de comino; bajo el rubro de "otros" se encuentran la infusión de calabaza, infusión de mostaza, aceite, y agua de anís.

CUADRO No. 11

ALIMENTOS DADOS ANTES QUE LA LECHE MATERNA A 60 NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS QUE ASISTIERON A CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN EL CENTRO DE SALUD DE EL PARAISO, HONDURAS. 1979.

Alimentos	No. de niños	Por ciento
Ninguno	20	36
Agua con miel	6	11
Infusión de canela	6	11
Infusión de comino	4	7
Infusión de chichimora	4	7
Leche en polvo	4	7
Agua con azúcar	3	5
Otros	9	16
Total	56*	100

* Cuatro niños nunca recibieron leche materna.

3. Lactancia materna y edad de los niños

En el Cuadro No. 12 se presenta la edad de los niños y su situación en cuanto a la lactancia materna, en donde se observa que solamente cuatro madres (7%) no dieron nunca lactancia materna; las razones que expusieron para no dar el pecho fueron las siguientes: tres madres dijeron que por rechazo del niño y una por enfermedad de la madre. De los niños que recibieron lactancia materna, 44 (73%) aún estaba mamando y solamente 12 (20%) ya había sido destetado al momento del estudio.

Es interesante hacer notar, que ninguno de los niños menores de nueve meses había sido destetado al momento del estudio. También se puede observar, que de los 22 niños mayores de un año que recibieron lactancia materna, el 50% (11) continuaba mamando, y que el 38% aún prolongó la lactancia materna después de los 18 meses, lo que es una práctica común en estas madres.

De los 12 niños, que al momento del estudio ya no mamaban, solamente dos habían sido destetados antes de los seis meses de vida; seis niños en su segundo semestre de vida y cuatro niños dejaron de mamar hasta después de cumplido el primer año. El destete en estos niños se realizó bruscamente; la principal razón por la que las madres los destetaron fue por propia voluntad del niño; otras razones mencionadas fueron un nuevo embarazo de la madre y falta de leche.

CUADRO No. 12

PRACTICAS DE LACTANCIA MATERNA EN RELACION A LA EDAD DE 60 NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS QUE ASISTIERON A CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN EL CENTRO DE SALUD DE EL PARAISO, HONDURAS. 1979.

Edad (meses)	No. de niños	Aún maman		No están mamando		Nunca mamaron	
		No.	%	No.	%	No.	%
0 - 2	9	8	89	-	-	1	11
3 - 5	11	9	82	-	-	2	18
6 - 8	7	7	100	-	-	-	-
9 -11	10	9	90	1	10	-	-
12 -17	10	6	60	4	40	-	-
18 -23	13	5	38	7	54	1	8
Total	60	44		12		4	

D. Alimentación Complementaria

Al momento de hacer el estudio, 52 madres (87%) habían iniciado la alimentación complementaria; antes de los seis meses el 81% ya recibía otro alimento. La edad más frecuente para iniciarla fue entre 3 y 5 meses (44%). El 36% (19) de las madres iniciaron la alimentación complementaria antes de los tres meses, pero en su gran mayoría (16 madres) lo que introdujeron fue biberón de leche fluida o en polvo.

También podemos observar que solamente una madre inició la alimentación complementaria después del primer año de vida.

De los ocho niños que no recibían aún otros alimentos, cinco eran

menores de seis meses y sus edades oscilaban entre 0 y 4 meses; los otros tres tenían edades comprendidas entre seis y nueve meses.

CUADRO No. 13

EDAD EN LA QUE SE INICIO LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA DE 60 NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS QUE ASISTIERON A CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN EL CENTRO DE SALUD DE EL PARAISO, HONDURAS. 1979

Edad (meses)	Número de niños	Por ciento
0 - 2	19	37
3 - 5	23	44
6 - 8	9	17
9 -11	-	-
más de 12	1	2
Total	52*	100

*Ocho niños habían iniciado alimentación complementaria.

1. Edad de introducción de diferentes alimentos

En el Cuadro No. 14 se presentan los diferentes alimentos y la edad a la que se introdujeron a los niños. El alimento que más frecuentemente ofrecían las madres fue el biberón de leche de vaca fluida o en polvo; así, antes de los tres meses un 31% de los niños ya lo tomaban y a los seis meses el 50%, de tal manera que al año, más de la mitad recibían este alimento.

La tortilla se introduce principalmente entre los 3 y 5 meses. Un 25% de los niños la consumía a esta edad, sin embargo, a los 12 meses úni-

camente la recibían un 38%, esto llama la atención ya que se trata de un alimento que es la base de la dieta del hondureño y que por lo tanto está al alcance de la madre.

Los frijoles enteros fueron ofrecidos a los niños especialmente después de cumplido el primer año de vida; al momento del estudio solamente 17 (33%) estaban consumiendo dicho alimento, que corresponde al 74% de los niños mayores de un año. Es decir, que el porcentaje de madres que dan frijoles a sus niños es relativamente bajo, situación que está influenciada por la edad de los niños al momento del estudio.

Las frutas se ofrecieron a los niños generalmente de los tres meses en adelante; sin embargo, se encontró que antes del primer año sólo el 38% de niños ya las consumía. Las frutas más comunmente usadas fueron la naranja y el banano. En cuanto a los vegetales, no se observó una edad definida para su inclusión en la dieta del niño. Al momento del estudio, más de la mitad las consumía (52%), pero antes de los seis meses solamente un 21% de niños lo hacía. Los vegetales más frecuentes fueron el pastate (guisquil), el ayote maduro y el tomate.

El huevo comienza a ofrecerse entre los 3 y 5 meses principalmente y sólo una madre lo introdujo después del primer año. Al momento del estudio solamente el 25% de los niños lo estaban consumiendo. El 33% de madres dieron la carne antes del año de vida, y hubo nueve madres (17%) que lo hicieron hasta después de esa edad. La carne más utilizada fue la de res y la de pollo.

Los caldos se los empiezan a dar al niño entre los 3 y 5 meses de edad, estos caldos son en su mayoría de frijoles, pero también les dan de

res, pollo y sopas deshidratadas.

El café era consumido por 22 niños (42%), los cuales empezaron a tomarlo a partir de los tres meses principalmente.

En general, puede decirse que casi todos los alimentos son introducidos antes del año de vida a excepción de los frijoles enteros, los cuales se empiezan a dar al comenzar el segundo año de vida.

CUADRO No. 14

EDAD A LA QUE SE INTRODUCEN NUEVOS ALIMENTOS EN 52 NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS. CENTRO DE SALUD DE EL PARAISO, HONDURAS.

Alimentos	Edad en meses/Número de niños						Total	No.	%
	0-2	3-5	6-8	9-11	12-23				
Leche fluida o en polvo	16	10	3	1	3	33	63		
Huevo	1	8	3	-	1	13	25		
Carne	-	6	7	4	9	26	50		
Frijoles	-	1	6	1	9	17	33		
Vegetales	2	9	6	2	8	27	52		
Jugos de frutas	3	2	-	-	-	5	25		
Frutas	1	8	8	3	5	25	48		
Arroz	1	6	7	1	5	20	38		
Tortilla de maíz	-	13	4	3	9	29	56		
Pan	-	4	9	3	-	16	31		
Caldos	1	15	2	-	2	20	38		
Café	1	7	6	3	5	21	42		

2. Edad de la madre y edad en la que se inicia la alimentación complementaria

En el Cuadro No. 14 se muestra la relación de la edad de la madre con la edad en la que se inicia la alimentación complementaria, donde podemos ver que las madres mayores de 30 años comienzan a dar otros alimentos al niño a edad más tardía, pues el 46% de ellas la inició después de los 6 meses; mientras el 79% de las madres menores de 30 años la iniciaron antes de que el niño cumpliera seis meses de vida, sin embargo, la prueba de ji cuadrado no reveló dependencia estadísticamente significativa entre las variables anteriores.

CUADRO No. 15

EDAD DE LA MADRE Y EDAD EN LA QUE SE INICIA LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA A NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS QUE ASISTIERON A CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN EL CENTRO DE SALUD DE EL PARAISO, HONDURAS. 1979.

Edad de las madres (años)	Edad de los niños							
	0-2		3-5		6 y más		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Menor de 30	6	21	16	58	6	21	28	100
Mayor de 30	3	23	4	31	6	46	13	100
Total	9	22	20	49	12	29	41*	100

$$\chi^2 = 3.114, 2 \text{ gl}; \text{NS}$$

* Se excluyeron 11 niños a los cuales sólo se les había introducido biberón.

3. Escolaridad de la madre y edad en la que se inició la alimentación complementaria

No se pudo establecer ninguna dependencia estadísticamente significativa entre la escolaridad de la madre y la edad en la que se inicia la alimentación complementaria en el niño, aunque se puede observar que las madres con alguna escolaridad tienden a iniciar dicha alimentación a edad más temprana (Cuadro No. 16).

CUADRO No. 16

ESCOLARIDAD DE LA MADRE Y EDAD EN LA QUE SE INICIA LA ALIMENTACION
COMPLEMENTARIA A NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS QUE ASISTIERON A
CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN EL CENTRO DE SA-
LUD DE EL PARAISO, HONDURAS. 1979.

Escolaridad	Edad en meses			Total
	0-2	3-5	6 y más	
Ninguna	2	7	3	12
Alguna	7	13	9	29
Total	9	20	12	41*

$$\chi^2 = 0.638, 2 \text{ gl}; \text{NS}$$

* Se excluyeron 11 niños a los cuales sólo se les había introducido biberón.

VI. DISCUSION

Aunque la metodología empleada en la presente investigación permite conocer en forma general y descriptiva las prácticas relacionadas con la alimentación de los niños estudiados, estamos conscientes de que la muestra debió ser más grande para obtener resultados que permitan un examen más profundo de detalles.

En este estudio se encontró que la práctica de la lactancia materna es aún muy común entre el grupo de madres investigadas y que en la mayoría de los casos (11 de 22 madres) se prolonga hasta en el segundo año de vida. Esta práctica es de gran beneficio para los niños, ya que por ella pueden contar con una fuente de proteínas de alto valor biológico por un buen período de tiempo. Estos resultados coinciden con datos semejantes para poblaciones de otros países en desarrollo, donde también se informa que la lactancia materna se prolonga más allá del primer año de vida (9, 14, 15).

Llama la atención que el 50% de los niños no comenzaron a mamar sino hasta 72 horas después de haber nacido, lo que según las madres se debe a que la leche no baja sino hasta el tercer día después del alumbramiento. Lo anterior resulta en un considerable número de niños que casi no reciben calostro, el que es importante para el recién nacido ya que por su medio la madre transmite a su hijo los anticuerpos que le protegen contra infecciones, tales como la poliomielitis y diarreas (6, 29). En el período de tiempo previo al inicio de la lactancia, los niños recibieron diversas preparaciones en forma de infusión, hechas a base de

varias sustancias. Esta práctica es también común en otros países como México y la India (14, 44).

A pesar de que se encontró que una gran mayoría de madres dan lactancia materna a sus niños, también se encontró un porcentaje elevado (65%) de madres que utilizan el biberón de leche fluida o en polvo, el cual se da al niño desde muy temprana edad, y en el 19% de los casos, sustituye completamente a la leche materna. Estas cifras se consideran elevadas si se toma en cuenta que el estudio fue realizado en una comunidad de tipo rural, en donde se esperaría una menor frecuencia en el uso de este tipo de alimentación. Sin embargo vale la pena aclarar que la muestra estudiada corresponde a madres que asisten al Centro de Salud y no a la población total, por lo que esta situación podría estar influenciada por el mismo Centro de Salud y no ser una práctica general de la comunidad. El uso del biberón podría estar provocando en los niños problemas gastrointestinales de tipo infeccioso, que afectan su desarrollo normal. Por esta razón, es conveniente implementar cuanto antes programas de educación nutricional que promuevan la lactancia materna por todos los medios posibles.

Lo anterior cobra particular sentido de urgencia dado que aparentemente, y de acuerdo con los resultados del presente estudio la lactancia de tipo mixta es más frecuente entre las madres menores de 30 años. En paralelo, nuestros resultados, como ya lo señalara Contreras, sugieren que la práctica de la lactancia materna es más frecuente entre las madres sin ninguna escolaridad, hecho que amerita cuidadosa consideración al estructurar los programas de educación nutricional a que se ha hecho referencia.

En cuanto a la ocupación se encontró que las madres que trabajan fuera de la casa dan de mamar con menos frecuencia que las que se quedan en la casa. Sin embargo no se encontró dependencia estadísticamente significativa entre las características de las madres y el tipo de lactancia que ofrecían a sus niños.

La introducción de otros alimentos en la dieta del niño se realiza a edad temprana, principalmente entre los 3 y 5 meses. El alimento más popular entre las madres para iniciar la alimentación complementaria fue el biberón de leche fluida o en polvo; práctica que actualmente está siendo adoptada en muchas de nuestras comunidades, trayendo como ya se dijo, consecuencias negativas para los lactantes.

También se acostumbra iniciar la alimentación complementaria con caldos y tortilla. Como se puede observar en los resultados, la tortilla fue uno de los alimentos mayormente consumidos; sin embargo era de esperarse un consumo mayor del que se encontró, siendo el maíz un alimento básico en la dieta de la población estudiada.

Al comparar los resultados en cuanto a introducción de alimentos, con los de otros estudios, notamos que los datos recogidos en el presente estudio indican una mejor variedad de alimentos e incluye algunos como la carne que proporcionana proteínas de alto valor biológico. Una deficiencia en la ingesta de proteínas de alto valor biológico ha sido la característica común descrita por otros investigadores (9, 22, 23).

Tomando en cuenta que el 73% de los niños aún recibía lactancia materna, puede considerarse como satisfactoria la introducción de alimentos, pues las deficiencias que pudieran encontrarse en algunos niños se

compensan con el aporte calórico y proteínico de la leche materna.

Al asociar la edad de las madres con la edad en que se inicia la alimentación complementaria se encontró que las madres mayores de 30 años comienzan a dar otros alimentos al niño a edad más tardía que las madres menores de 30 años. También se encontró que las madres con alguna escolaridad tienden a iniciar la alimentación complementaria más temprano que el resto del grupo. Sin embargo el estadístico ji cuadrado no dió evidencia de una asociación estadística entre estas características de las madres y la edad en que se inicia la alimentación complementaria.

VII. RESUMEN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. Resumen

El presente estudio se llevó a cabo en el Centro de Salud de El Paraíso, Honduras, teniendo como propósito general conocer las prácticas alimentarias de madres en relación con la alimentación de niños menores de dos años.

La muestra de estudio incluyó a 60 madres y sus niños que asistieron al Centro de Salud a control de crecimiento y desarrollo en las primeras dos semanas del mes de diciembre de 1979.

Para la recolección de los datos se utilizó un cuestionario que contenía datos generales del niño y la madre, aspectos sobre lactancia materna e información sobre introducción de alimentos; la información se obtuvo por entrevista directa a la madre, realizada por el investigador.

Se exploró la asociación de algunas características de las madres con las prácticas alimentarias, utilizando el estadístico ji cuadrado.

Los principales hallazgos fueron los siguientes:

1. La mayoría de las madres investigadas tenían edades comprendidas entre 20 y 29 años y habían cursado de 1-3 años de escuela primaria.
2. A mayor edad de la madre, mayor número de hijos.
3. El 93% de las madres dió lactancia materna a sus niños.
4. Solamente el 32% de los niños recibió leche materna en las pri-

meras 24 horas después de su nacimiento.

5. La lactancia materna se prolonga generalmente hasta el segundo año de vida.

6. El 65% de las madres utilizan el biberón para la alimentación de sus niños.

7. Las madres menores de 30 años recurren con mayor frecuencia a la lactancia de tipo mixta que las madres mayores de 30 años y las que no trabajan fuera del hogar, aunque no fue posible demostrar estadísticamente dependencias significativas.

8. La edad acostumbrada para iniciar la introducción de alimentos comunes está en el período de los 3 a 5 meses.

9. Los primeros alimentos que generalmente se ofrecen al niño son: biberón de leche fluida o en polvo, caldos y tortilla.

10. Las madres más jóvenes y con mayor número de años de estudio iniciaron la alimentación complementaria más temprano que el resto del grupo, aunque no se encontró asociación estadística entre estas variables.

B. Conclusiones

1. La lactancia materna durante el primer año de vida constituye una práctica muy común (93%) en el grupo de madres estudiadas.

2. El uso del biberón a base de fórmulas lácteas ha llegado a formar parte de las prácticas alimentarias en este grupo de madres, en

la mayoría de los casos se da en forma paralela con la lactancia materna.

3. La introducción de otros alimentos diferentes a la leche se inicia a temprana edad, entre los 3 y los 5 meses.

4. Las madres jóvenes y con alguna escolaridad tienden a dar menos lactancia materna.

5. A mayor edad y menor escolaridad de las madres, la iniciación de la alimentación complementaria es más tardía.

C. Recomendaciones

1. Que en la educación nutricional que se imparte en los Centros de Salud se haga énfasis sobre las ventajas de la lactancia materna y los peligros que involucra el uso del biberón en condiciones ambientales precarias.

2. Que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social planifique y desarrolle un programa de adiestramiento en Nutrición dirigido al personal de los Centros de Salud con el fin de que estén mejor capacitados para orientar a las madres que acuden a dichos Centros.

3. Que se imparta educación nutricional en los diferentes centros educativos del país, haciendo resaltar las ventajas de la lactancia materna.

VIII. BIBLIOGRAFIA

1. Aranda-Pastor, J.; G. Arroyave, Marina Flores, M. A. Guzmán y R. Martorell. "Indicadores mínimos del estado nutricional". Rev. Col. Med. Guat., 26(1): 5-27. 1975.
2. Béhar, M. y Susana Judith Icaza. Nutrición. México [D. F.] Editorial Interamericana, S. A. [c1972] pp. 110-112.
3. _____. pp. 121-123.
4. Breckenridge, Marian E. y Margaret Murphy. Crecimiento y desarrollo del niño. 6a. ed. [Traducido al español por José Ramón Pérez] México [D. F.] Editorial Interamericana, S. A. 1963. p. 171.
5. Burton, B. T. Nutrición humana; un tratado completo sobre nutrición en salud y enfermedad. 2a. ed. Traducción y adaptación del Heinz handbook of nutrition. Washington D. C., Organización Panamericana de la Salud, 1966. pp. 185-188. (OPS, Publicación científica No. 146).
6. Cameron, Margaret y Yngve Hofvander. Manual sobre alimentación de lactantes y niños pequeños. 2a. ed. [Auspiciado por el Grupo Asesor sobre Proteínas FAO/OMS/UNICEF-GAP] Nueva York, Naciones Unidas, 1978. pp. 130-138.
7. Carballo, M. "Lactancia materna; la opción natural". Salud Mundial O.M.S., 1979:29-31. Agosto-septiembre 1979.
8. Contreras, Ligia Trinidad. Relación entre la duración de la lactancia materna y el nivel de escolaridad de un grupo de madres de la ciudad de Danlí, Honduras. Tesis (Licenciado Nutricionista)-Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia INCAP/CESNA/Escuela de Nutrición. Guatemala, 1980. 73 p.
9. Dean, R. F. A. "La malnutrición y el medio ambiente; la alimentación de los niños". En: La malnutrición y los hábitos alimentarios; informe de una conferencia internacional e interprofesional. Edición original en inglés de la Federación Mundial para la Salud Mental. Washington, D. C., Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud, 1963. pp. 23-42 (OPS. Publicación científica No. 91).
10. Diccionario terminológico de ciencias médicas. 9a. ed. Barcelona, España, Salvat Editores, S. A., 1966. p. 676.
11. England, Department of Health and Social Security. "Present-day practice in infant feeding; report of a Working Party of the Panel on Child Nutrition, Committee on Medical Aspects of Food Policy".

Report on Health and Social Subjects-1974-No. 9. (Original no consultado; compendiado en Nutr. Abst. Rev., 46(6):473. 1976).

12. Ewerbeck, H. El lactante, fisiología, patología y terapéutica durante el primer año de vida. Versión española /del alemán/ por J. Díaz Vásquez. Barcelona, España, Editorial Científico Médica [c1965] pp. 101-111.
13. Fomon, J. S. Nutrición infantil. 2a. ed. Traducido al español por Vicente Agut Amer. México [D. F.] Editorial Interamericana [1976] p. 439.
14. Gupta, S.; O. Sharma, P. Gupta y S. Joshi. "A study of feeding patterns in rural preschool children". Indian J. Pediatr., 46 (378):232-236. 1979.
15. Guthrie, Helen A. "Infant feeding practices in five community groups in the Philippines". J. Trop. Pediatr., 10(3):65-73. 1964.
16. Holt, L. E. y J. Howland. Tratado de pediatría. Revisión de la 11a. ed. en inglés por L. E. Holt y R. McIntosh. Traducido al castellano por Ricardo Alduvín. México [D. F.] UTEHA, 1947. p. 199.
17. Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá. Seminario Avanzado sobre Encuestas Dietéticas. Guatemala, 17 de Oct. a 10 de Dic. de 1960. Celebrado en Guatemala bajo los auspicios del INCAP, en colaboración con la FAO y UNICEF. Guatemala, 1961. 32 p.
18. Jeans, P. C. y W. M. Marriott. Infant nutrition. 4th ed. St. Louis, Mo., The C. V. Mosby Company, 1947. pp. 152-156.
19. Jelliffe, D. B. Evaluación del estado nutricional de la comunidad con especial referencia a las encuestas en las regiones en desarrollo. Ginebra, Suiza, Organización Mundial de la Salud, 1968. pp. 122-128. (OMS, Serie de monografía No. 53).
20. _____ . Nutrición infantil en países en desarrollo; manual para trabajadores especializados. Traducción /al castellano del original en inglés/ de A. Bosh Tejada. [2a. ed.] México [D. F.] Centro Regional de Ayudas Técnicas, Agencia para el Desarrollo Internacional [c1972] pp. 84-87.
21. _____ . pp. 158-168.
22. _____ . La salud del niño en los trópicos; manual práctico para el personal médico. Ginebra, Suiza, Organización Panamericana de la salud, 1966. p. 7. (OPS, Publicación científica No. 113).

23. King, M.; Felicity King, D. Morley, Leslie Burgess y Ann Burgess. Alimentación, su enseñanza a nivel familiar. 2a. ed. Traducido del inglés por Bartolomé Pérez Ortiz. México [D. F.] Editorial Pax México, 1978. p. 79.
24. Le Gros Clark, F. "Food habits as a practical nutrition problem". World Rev. Nutr. Diet., 9:56-84. 1968.
25. Manocha, S. Malnutrición and retarded human development. Springfield, III., Charles C. Thomas Publisher [c1972/ pp. 208-218.
26. Marchione, T. "A history of breast feeding practices in the English speaking Caribbean in the twentieth century". Food Nutr. Bull., 2(2):9-17. 1978.
27. Martin, Ethel Austin y Virginia A. Beal. Roberts' nutrition work with children. 4th. ed. Chicago, III., University of Chicago [1978/ pp. 64-67.
28. Martínez, Celia y A. Chávez. Nutrición y desarrollo infantil. México [D. F.] Nueva Editorial Interamericana, 1979. pp. 45-46.
29. Mata, L. J. y R. G. Wyatt. "El valor incomparable de la leche humana; amamantamiento y resistencia del huésped a la infección". Bol. Of. Sanit. Panam., 71(1):60-70. 1971.
30. McLaren, D. y D. Burman. Textbook of paediatric nutrition. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1976. pp. 68-69.
31. McWilliams, Margaret. Nutrition for the growing years. 2nd ed. New York, John Wiley and Sons, Inc. [1975/ p. 182.
32. Menchú, María Teresa; Marina Flores, Marta Yolanda Lara y M. Béhar. "Lactancia y destete en el área rural de Centro América y Panamá". Arch. Latinoam. Nutr., 21(2):229-230.
33. Meneghello, J. Pediatría. 2a. ed. Buenos Aires, Argentina, Inter-médica, 1978. v. 2, pp. 163-165.
34. Meyer, L. y E. Nassau. Physiology and pathology of infant nutrition. Translated by Kurt Glaser and Susanne Glaser [of the German ed./ Springfield, III., Charles C. Thomas Publisher, 1955. pp. 53-60.
35. Mitchell, Helen S.; Henderika Rynbergen, Linnea Anderson y Marjorie Dibble. Nutrition in health and disease. 16th ed. Philadelphia, Pa., J. B. Lippincott Company, 1976. pp. 199-200.
36. Morley, D. Prioridades en la salud infantil. Traducción [del inglés/ por Juan del Río Huidobro. México, D. F., Editorial Pax México, 1977. p. 87.

37. Myres, A. W. "Breast or bottle feeding; is there really a choice for the third world?". Cajanus, 11(2):112-125. 1978.
38. Narayanan, Indira; R. K. Puri, M. Dhanabalan, D. C. V. Prasada Rao, Annamma Fernández and S. Balakrishnan. "Some infant feeding and rearing practices in a rural community in Pondicherry". Indian Pediatr., 11(10):667-671. 1974.
39. Nelson, W. E. ed. Tratado de pediatría. Dirigido por Waldo E. Nelson, Víctor C. Vaughan y R. James McKay. 6a. ed. [Versión castellana de la 9a. ed. norteamericana] Barcelona, España, Salvat Editores, S. A. [c1971] pp. 24-26.
40. _____ . pp. 146-159.
41. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, División de Nutrición. "La producción de alimentos, los hábitos alimentarios, el consumo de alimentos y la malnutrición". En: La malnutrición y los hábitos alimentarios; informe de una conferencia internacional e interprofesional. Edición original en inglés de la Federación Mundial para la Salud Mental. Washington, D. C., Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud, 1963. p. 9. (OPS, Publicación científica No. 91).
42. Peyton, Alice B. Practical nutrition. 13th ed. Philadelphia, Pa., J. B. Lippincott Co., 1972. pp. 102-111.
43. Plank, S. y M. Milanesi. "Infant feeding and infant mortality in rural Chile". Bull. WHO., 48(2):203-210.
44. Sanjur, Diva M.; J. Cravioto, A. Van Veen y Lydia Rosales. "La alimentación de los lactantes y el destete en un medio rural preindustrial". Bol. Of. Sanit. Panam., 71(1):281-339. 1971.
45. Scrimshaw, N. S. "The death rate of 1-year old children in underdeveloped countries". Arch. Env. Health, 17(5):691-692. 1968.
46. Snedecor, G. W. y W. G. Gochran. Statistical methods. 6th ed. Ames, Iowa, The University Press, 1967. p. 20.
47. Soto de Guido, Cecilia E. Estudio sobre las prácticas alimentarias en niños durante el período del destete. Tesis (Licenciado Nutricionista)-Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia-INCAP/CESNA/Escuela de Nutrición. Guatemala, 1972. p. 62.
48. U. S., Interdepartmental Committee on Nutrition for National Defense. Manual for nutrition surveys. 2nd ed. Washington, D. C., Superintendent of Documents, Governments Printing Office, 1963. p. 159.

49. Watson, E. y G. Lowrey. Crecimiento y desarrollo del niño. [Traducido del inglés por Lesmes Zabal Schmidt/ México [D. F.]] Centro Regional de Ayuda Técnica, Agencia para el Desarrollo Internacional, 1965. p. 326.

IX.

Si no está amando

A qué edad dejó de mamar? _____ meses

Por qué _____

El destete fue: Brusco _____ Poco a poco _____

A qué edad le dió el primer alimento _____ meses

Cuál fue ese alimento? _____

Qué otros alimentos recibe?

Alimentos	Mes de edad en que se le empezó a dar	Se lo da todavía
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Si nunca mamó

Por qué no le dió el pecho? _____

Con qué lo sustituyó _____

Le da leche? Sí _____ No _____ Qué clase _____

Cuándo comenzó a dársela? _____

Qué otros alimentos recibe

Alimentos	Mes de edad en que se empezó a dar	Se lo da todavía
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Aida M. de Villeda
AIDA E. MARADIAGA DE VILLEDA

Vo.Bo. Comité de Tesis

Elsa Victoria López
Lic. Elsa Victoria López
Asesor

María Teresa Menchú
Lic. María Teresa Menchú
Revisor

Luis Octavio Ángel
Dr. Luis Octavio Ángel
Representante de la Dirección
de la Escuela de Nutrición

Imprímase:

Luis Kavilla B
Decano de la Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia