

PRACTICAS DE ALIMENTACION INFANTIL OBSERVADAS EN UNA ALDEA DE GUATEMALA Y SU SIGNIFICADO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA SALUD PUBLICA¹

NANCIE L. SOLIEN² y NEVIN S. SCRIMSHAW

Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), Guatemala, C. A.

Hoy día es un hecho ya reconocido que la malnutrición proteica constituye una de las principales causas del elevado índice de mortalidad que presentan los niños de edad pre-escolar en las regiones poco desarrolladas. Por consiguiente, se está tratando por todos los medios posibles de cambiar las prácticas tradicionales de la alimentación infantil. Dichos esfuerzos consisten, por lo general, de programas educativos destinados a fomentar el uso de alimentos adecuados que ya se encuentran disponibles en la localidad, o bien de introducir nuevos productos alimenticios. Ya sea en uno u otro caso, es importante comprender las creencias en que se basan las prácticas inadecuadas de la alimentación, así como saber qué actitudes no sería probable que surgiesen al iniciar los cambios proyectados. A menudo estas actitudes surgen de manera totalmente inesperada y a las personas que trabajan en el campo de la salud pública les podrían parecer absurdas. Sin embargo, el no tomarlas en cuenta puede, y frecuentemente así sucede, que dé por resultado el fracaso de los esfuerzos encaminados a efectuar los cambios deseados en las prácticas dietéticas.

Los estudios de campo llevados a cabo por el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) en comunidades indígenas rurales de los altiplanos de Guatemala han puesto de manifiesto dificultades semejantes en cuanto a la intro-

ducción de prácticas médicas científicas (1). También han suministrado ejemplos de los problemas específicos que se confrontan en lo que respecta a la educación en materia de nutrición en dicha área, los patrones de prejuicios que rigen en lo que concierne a los alimentos infantiles y las actitudes de los pobladores hacia los cambios proyectados. En este artículo se comentan los hallazgos resultantes de estudios de campo llevados a cabo en Santa María Cauqué, una aldea cakchiquel situada en los altiplanos de Guatemala, con el propósito de ilustrar estos patrones de prejuicio.

SANTA MARIA CAUQUE Y SUS PRACTICAS DE ALIMENTACION

La aldea está situada a una altura de 6,000 pies y a una distancia de 50 kilómetros, por carretera pavimentada, de la Ciudad de Guatemala, y cuenta con una población de 750 habitantes aproximadamente. La mayoría de las familias poseen pequeños terrenos en los que cultivan maíz y algunos vegetales, gran parte de los cuales venden en los mercados de la capital. Es una aldea pobre que presenta un índice relativamente alto de morbilidad y mortalidad resultantes de la malnutrición proteica en su forma más grave, o sea el Síndrome Pluricarencial de la Infancia (SPI). En este pueblo se lleva a cabo un programa experimental de distribución de leche a mujeres embarazadas, madres lactantes, niños de primera edad y a pre-escolares.

Los pobladores de Santa María Cauqué alimentan bien a sus hijos, no con el propósito de que sean más sanos, sino porque gozen de buena salud. El buen apetito va asociado con la salud; sin embargo, no se obliga al niño a comer un alimento que no

¹ Publicado originalmente en el *Journal of Tropical Pediatrics*, 3:99-104, 1957, bajo el título "Public Health Significance on Child Feeding Practices Observed in a Guatemalan Village", No. INCAP I-84.

² Becaria de la Universidad de Michigan, Estados Unidos, para llevar cabo estudios en el campo de la antropología. Publicación INCAP E-180.

acepta voluntariamente, ya que sus gustos y aversiones son respetados. Por otra parte, sin embargo, tan pronto como el niño enferma, se acostumbra retirar parte de la alimentación de su dieta. Desafortunadamente para el niño, ésta muy a menudo constituye la parte de la dieta que le suministra proteína de buena calidad, y tal vez incluye casi toda la proteína que recibe. Así, a un niño que ha estado recibiendo carne y leche juntamente con frijoles y tortillas, tan pronto como sufra de diarrea se suspenderá su administración y en su lugar se le dará un atole consistente enteramente de carbohidratos. En Santa María Cauqué, este atole bien puede ser un preparado de maicena o sencillamente el agua en que se ha cocido el frijol o el maíz.

Es probable que los alimentos ricos en proteína también se eliminen de la dieta del niño que presente cualquiera de los signos o síntomas que la madre atribuye a la presencia de lombrices. Estos incluyen no sólo la diarrea, sino también los vómitos, la irritabilidad y la anorexia. La carne y la leche son considerados como alimentos especialmente peligrosos debido al efecto que tienen de estimular las lombrices, o de "alborotarlas". En repetidas ocasiones los pobladores se refieren a los alimentos que se deben *evitar* al presentarse ciertos síntomas, pero aparentemente no existe el concepto de que ciertos alimentos son especialmente buenos para la niñez.

Sin embargo, se asume que la mayoría de los alimentos cocidos son digeribles, a menos que circunstancias específicas determinen lo contrario. El alimento no se considera como causa directa de la enfermedad o de la salud; más bien, existen varios grados de tolerancia de los distintos alimentos. Las variables que este concepto abarca incluyen la edad del niño, la estación del año, la hora del día y la idiosincracia personal, así como el estado de salud. Aún durante el embarazo y en el período post-partum, los alimentos son seleccionados cuidadosamente no porque contribuyan a la salud sino porque no ocasionarán "daño" a la madre o al niño (mediante

la leche de la madre). En esta forma se excluyen los alimentos "dañinos" y se permite el uso de aquellos que se consideran como "inocuos".

En casos de enfermedad, el cuerpo debe protegerse en contra de cualquier daño posible mediante la supresión de aquellos alimentos para los que se cree que el paciente tiene cierta intolerancia. Para el funcionario de salud pública no parece que haya ninguna base científica lógica para determinar esos alimentos. En verdad, la madre bien puede negarse a dar al niño aquellos alimentos que acelerarían su recuperación. Una y otra vez se ha observado que al niño que sufre de SPI deliberadamente se le priva de la carne, de la leche o de los huevos, y que se le administra una alimentación que no contiene casi nada de proteínas. En tales circunstancias la muerte es inevitable, excepto en uno que otro caso cuando el niño se hospitaliza a tiempo y se le administra la alimentación proteica necesaria. El problema se complica aún más por los conceptos populares del tratamiento médico. Los purgantes constituyen un remedio común para tratar cualquier clase de diarrea y es probable que se administren al niño con SPI agudo porque los padres creen que éste es el tratamiento indicado para la diarrea. Puesto que el SPI puede ser precipitado por la pérdida adicional de proteína ocasionada por la diarrea de origen infeccioso, es especialmente trágico que a ese niño no sólo se le prive de la proteína animal sino que también se le administren fuertes purgantes que agravan la diarrea y la consiguiente pérdida de proteínas.

Cualquier alimento nuevo destinado para la alimentación infantil, ya sea leche descremada en polvo o bien una mezcla de proteína vegetal, será aceptado favorablemente para la alimentación de niños sanos si a éstos les gusta o si su uso no llega a asociarse con consecuencias que los padres estimen como desfavorables. Si por el contrario al niño no le gusta, o si coinciden con su introducción, vómitos, diarrea o dolores de cualquier clase, el alimento nuevo ya no le será suministrado. Sin embargo, es de bastante

interés tomar nota de que si estas experiencias son raras no habrá mayor tendencia de generalizar tal práctica. La madre sencillamente puede llegar a la conclusión de que ese alimento no sirve para uno de sus hijos, pero continuará dándoselo a los demás. De manera semejante, el hecho de que supuestamente éste haya enfermado al hijo del vecino, necesariamente no evitará que se lo dé a su propio hijo.

Aun cuando esa actitud pueda tener ciertas ventajas para las personas que trabajan en el campo de salud pública, ha ocasionado ciertas dificultades en la iniciación de un programa demostrativo de distribución de leche en Santa María Cauqué. La experiencia favorable obtenida en otros países o aún hasta en otras comunidades de Guatemala, no fue aceptada como prueba de que la leche sería buena para los niños habitantes de este pueblo. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que los esfuerzos educativos tendientes a enseñar el valor de la leche no han sido sistemáticos. Aun cuando por el momento la leche es un alimento que se acepta favorablemente, todavía hay muchas personas que se niegan a aceptarla. Hay casos de familias enteras que consideran que la leche no es buena para ellas, y a veces los padres opinan que ésta no es buena para uno de sus hijos.

Hasta el momento en Santa María Cauqué han fracasado los esfuerzos encaminados a persuadir a los pobladores de que la leche debe darse a los niños porque mejora y mantiene la salud. Sin embargo, se acepta la leche por otros motivos. La mayoría de los que la aceptan hoy día, lo hacen así porque gustan de este alimento y porque les cae bien, y no porque estén convencidos de que la leche sea buena para la salud o que evite las enfermedades. Además de que este alimento es de su gusto, también ha contribuido a que lo acepten el deseo de colaborar con el personal responsable de su distribución, el placer que ofrece el aspecto social al reunirse para recibirlo, y el temor de que en el caso de rehusar la leche se les negará

tratamiento médico en la clínica que funciona en esa aldea.

Un método alternativo para introducir a las dietas la leche, las mezclas de proteína vegetal o cualquier otro alimento nuevo, sería el de promover su uso como medicina. Este alimento se podría recomendar como uno efectivo para combatir los signos del SPI, los síntomas atribuidos a las lombrices, y hasta la diarrea. Sin embargo, no creemos que este procedimiento sería atinado puesto que limitaría su distribución inicial a las personas más o menos enfermas, y dejaría así de servir el objetivo primordial que es la profilaxis. Más aún, es probable que la administración del alimento se suspenda una vez hayan desaparecido los síntomas, sin haber logrado los cambios deseados en las prácticas de alimentación.

DISCUSION

Existen suficientes motivos para creer que las actitudes y prácticas descritas en el presente artículo de ninguna manera se limitan a la población de Santa María Cauqué. Flores (2) observó, en el curso de encuestas dietéticas llevadas a cabo en otros pueblos de Guatemala que ciertos alimentos, a menudo de alto valor nutritivo, se administran a unos niños y a otros no, por razones no evidentes o que al parecer carecen de fundamento. Freedman (3) destacó la tendencia observada tanto en una granja situada en la costa como en una población de los altiplanos de Guatemala, de eliminar los alimentos sólidos de la dieta del niño con diarrea. Esta autora también notó que había un fuerte prejuicio en contra del uso de la carne, de la leche y de los huevos, y a veces hasta de las frutas, al sospechar que el niño padecía de lombrices. Adams (1) ha señalado actitudes similares en la vecina población de Magdalena Milpas Altas, donde la ingesta de los alimentos está asociada con la salud y el consumo de hierbas con la enfermedad. Wellin (4) manifiesta que para los pobladores del Valle de Ica, en el Perú, los puntos de vista que más tienen en cuenta para determinar si un alimento puede tener

o ha tenido efectos dañinos incluyen "las combinaciones de alimentos, el orden en que éstos se ingieren, las cantidades consumidas, la hora del día, la edad de la persona, y el estado corporal específico de que ésta goza a la hora de comer". En Santa María Cauqué, así como en Magdalena y en el Valle de Ica, la aceptabilidad de los alimentos depende más bien del individuo y de su condición actual que de las reglas generales que aplican para determinar qué alimentos son buenos y cuales son malos para la salud.

Kelly (5, 6), con base en los estudios que ha llevado a cabo en varias aldeas de la región de La Laguna, situada en la parte norte de México, ha llegado a la conclusión de que los pobladores prestan relativamente poca atención a las diferencias existentes entre los diversos alimentos cuando el individuo goza de buena salud, pero que éstas adquieren gran importancia cuando la persona se encuentra enferma. Huenemann (7-9), notifica que en el Perú existe la creencia de que el estómago del niño no está del todo formado durante el primer año de vida, por lo que no puede digerir ciertos alimentos. Sin embargo, el concepto de las propiedades de los diferentes alimentos y la época en que se administran por primera vez, varían grandemente en cada individuo. La mayoría de las madres que esa autora incluyó en su estudio no tenía un concepto claro de aquellos alimentos que eran buenos y de los que eran malos para los niños en general; sus juicios más bien parecían depender de la experiencia individual. Tampoco existía concepto alguno de las necesidades especiales que tiene el niño en la primera edad; normalmente después del primer año se le ofrecía la misma alimentación que la madre preparaba para los demás miembros de la familia.

Como ha sugerido Foster (10), en la América Latina los patrones de creencias al parecer tienen un origen histórico común, por lo que es arriesgado generalizar la aplicación de estas observaciones específicas a otras poblaciones ajenas al área que presen-

tan un alto índice de malnutrición. Creemos, sin embargo, que además de sus antecedentes históricos, es muy posible que muchas de las actitudes generales descritas en este artículo se relacionen funcionalmente con el ligero grado de occidentalización³ inherente, por lo que también se pueden encontrar en otras partes del mundo. Los resultados obtenidos por nosotros en Centro América indican que los investigadores en el campo de la salud pública no pueden asumir que su apreciación, así como las explicaciones que den sobre el valor nutritivo de un alimento dado, necesariamente han de ser aceptadas por los pobladores. En el caso de otras regiones fuera de la América Latina, Jelliffe (11) ilustra bien este concepto en su monografía sobre la nutrición infantil en los subtrópicos y en los trópicos, al manifestar:

"Tampoco es de gran valor razonar a base de lo que los niños europeos hacen ni proporcionar una prueba visual de la salud de éstos 'debido a que comen esto o aquello'. Los niños europeos son niños europeos y 'difieren por completo' de los niños gandas, tamil o malayos. '*Dia anak Melayu, miste ada chaching*' ('Es una niña malaya, debe tener lombrices')—es un hecho que no se puede relacionar de ningún modo con lo que uno hace o no hace, ya que ello es parte de ser malayo. El hecho de que un niño europeo coma pescado y huevos y no tenga lombrices, no es de ninguna manera comparable".

La mayoría de las personas reacciona favorablemente al hacerse una demostración de que una medicina o un alimento dado que se administre como medicina curará una enfermedad, aceptando fácilmente su

³ Los términos "occidental" y "occidentalización" en la forma aquí empleada se refieren a aquella clase de civilización que, aun cuando se haya originado en la antigua Grecia y en Roma, se desarrolló en la Europa Occidental durante los siglos XVI, XVII, y XVIII, esparciéndose desde allí, sus características generales, a muchas partes del mundo. Estos términos no se refieren a ningún país o región en particular, sino más bien se aplican a un grupo de características culturales generales.

uso para ese propósito. Sin embargo, es mucho más difícil introducir el concepto de los *alimentos* para prevenir las enfermedades y sumamente difícil comprobar a satisfacción general de una colectividad primitiva o de campesinos, que un alimento o alimentos determinados realmente los ayudará a mantener la salud. En muchos casos, es probable que tenga más éxito un proyecto cuyo propósito es introducir el uso de un alimento nuevo con respecto al cual todavía no existen prejuicios, que un programa que destaca el valor de la carne, de la leche y de los huevos. Estos alimentos no sólo son costosos, sino que además los circunda un complejo de ideas y de actitudes que es difícil, si no imposible, lograr que cambien en un corto período. No es que se crea que estas actitudes nunca han de cambiar pero es más probable que éstas cambien lentamente como parte de la tendencia general hacia la occidentalización, más bien que como resultado de un ataque directo a creencias arraigadas. Desde luego, estos conceptos son aplicables no sólo a la aceptación de los alimentos, sino también a la introducción de las técnicas terapéuticas y profilácticas en general. Caudill (12) resume un gran número de estudios al manifestar que es probable que "los nuevos métodos de tratamiento tengan más éxito que los esfuerzos cuyo objetivo es influir sobre las ideas relativas a las causas de la enfermedad".

Aun cuando esta sugerencia es contraria a las prácticas de la educación en materia de nutrición, en muchos casos aparentemente sería más fácil y más eficaz destacar que no hay nada dañino en un alimento nuevo, en vez de depender de afirmaciones en cuanto a su valor positivo para asegurar su uso. Ciertamente, no siempre es necesario que la gente comprenda los puntos de vista en que se basa el educador para fomentar el uso de cierto procedimiento eficaz para el mejoramiento de la salud. La vacuna en contra de la varicela y la yodización de la sal para la prevención del bocio constituyen ejemplos de medidas de salud pública que son efecti-

vas, aun cuando a menudo no son comprendidas por las personas que perciben estos beneficios.

Sin embargo, cuando el objetivo que se persigue es el de lograr que cambien las actitudes existentes en lo que respecta al uso de los alimentos, el educador de salud pública o el nutricionista debe comprender la verdadera naturaleza de estas creencias y actitudes. No debe asumir que las personas no saben nada acerca de la alimentación y que a él le toca llenar este vacío con sus conocimientos. En realidad, toda cultura tiene un complejo de creencias positivas relativas a los alimentos, y si se deja de reconocer su existencia y su valor ello puede tener como resultado un fracaso del proyecto. Se ha recomendado vigorosamente que se lleve a cabo un ataque mundial en contra del problema de la malnutrición proteica y de otras enfermedades nutricionales (13, 14). Como parte de este esfuerzo, es indudable que la realización de nuevos estudios de las creencias y de las actitudes fundamentales relativas a las prácticas alimentarias en las regiones poco desarrolladas, han de ser de gran valor práctico.

RESUMEN

Las creencias y prácticas relativas a la alimentación infantil existentes en un pequeño pueblo indígena situado en la región rural de Guatemala contribuyen a que las dietas sean inadecuadas. Casi no existe el concepto de que los niños en la primera edad tienen ciertas necesidades alimenticias especiales. Hay una tendencia muy arraigada de evitar que se les administre alimentos de origen animal, debido a la creencia de que esos alimentos estimulan las lombrices, así como de eliminar casi por completo los alimentos que contienen proteínas cuando los niños presentan diarrea, sea cual fuese el motivo. Para que en un corto plazo se logren resultados favorables tal vez sea más fácil introducir el uso de un nuevo producto elaborado a base de cereales para la alimentación suplementaria y mixta de los niños de primera edad y de pre-escolares,

que vencer los que rodean alimentos tales como la leche, los huevos, la carne y otros semejantes. Los términos "alimento" y "medicina" son conceptos completamente distintos en los estudios culturales, por lo que se hace difícil fomentar el uso de alimentos para la recuperación o para la conservación de la salud.

Es conveniente que en otras partes del mundo se trate de encontrar creencias similares en colectividades cuyo desarrollo socioeconómico es comparable. Se sugiere que en aquellos casos en que esas actitudes sean evidentes y para que los esfuerzos encaminados a introducir el uso de nuevos

alimentos sean más efectivos, se señale el hecho de que esos alimentos no son dañinos y no se haga énfasis en sus beneficios. Su sabor agradable, su disponibilidad y su costo serán entonces los criterios principales que rijan la aceptabilidad inicial del producto. Es de especial importancia que el educador en materia de salud pública o de nutrición que trata de cambiar los hábitos alimentarios, comprenda la verdadera naturaleza de las creencias que gobiernan las prácticas alimentarias actuales y que no asuma que las personas no tienen conceptos previos en cuanto a los alimentos.

REFERENCIAS

- (1) Adams, R. N.: Un análisis de las creencias y prácticas médicas en un pueblo indígena de Guatemala. *Publicaciones Especiales del Instituto Indigenista Nacional No. 17, 1952.*
- (2) Flores, M.: Datos no publicados.
- (3) Freedman, J.: The social factors in the etiology of kwashiorkor in Guatemala, *Health Information Digest for Hot Countries No. 6*, septiembre, 1957.
- (4) Wellin, E.: Pregnancy, childbirth and midwifery in the Valley of Ica, Perú. Memorandum preparado por el Proyecto de Antropología del ICA, patrocinado por la Organización Mundial de la Salud, en colaboración con el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social del Perú, 1953.
- (5) Kelly, I.: Preliminary report on the Laguna housing project. I. Ejido of El Cuije, near Torreon, Coahuila, *Informe mimeografiado*, 1953.
- (6) Kelly, I.: Notes on the culture of the Laguna zone. II. Population and sustenance, *Informe mimeografiado*, 1954.
- (7) Huenemann, R. L. y Collazos, C.: Nutrition and care of young children in Peru. II. San Nicholas, a cotton hacienda, and Carquin, a fishing village, in the coastal plain, *Jour. Am. Dietet. Assoc.*, 30:559, 1954.
- (8) Huenemann, R. L. y Collazos, C.: Nutrition and care of young children in Peru. III. Yurimaguas, a jungle town, *Jour. Am. Dietet. Assoc.*, 30:1101, 1954.
- (9) Huenemann, R. L.; Collazos, C.; Hegsted, M.; Bravo de Rueda, Y.; Castellanos, A.; Dieseldorff, A.; Escobar, M.; Moscoso, I.; White, P. L., y White, H.: Nutrition and care of young children in Peru. IV. Chacan and Vicos, rural communities in the Andes, *Jour. Am. Dietet. Assoc.*, 31:1121, 1955.
- (10) Foster, G. M.: Relationship between theoretical and applied anthropology: A public health programme analysis, *Human Organization*, 11:5, 1952.
- (11) Jelliffe, D. B.: Infant nutrition in the subtropics and tropics. WHO Monograph Series No. 29, Ginebra, 1955.
- (12) Caudill, W.: Applied anthropology in medicine. En "Anthropology To-day", editado por A. L. Kroeber, The University of Chicago Press, págs. 771-806, 1953.
- (13) FAO/WHO Joint Expert Committee on Nutrition (IV Session) WHO Technical Report Series No. 97, Roma, Italia, 1955.
- (14) Human Protein Requirements and their Fulfillment in Practice: Actas de la Conferencia celebrada en Princeton, Nueva Jersey, 1955. Patrocinada conjuntamente por la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, la Organización Mundial de la Salud y la Fundación Josiah Macy Jr. de Nueva York, 1957.