

11226
24/96



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Postgrado

Instituto Mexicano del Seguro Social

ABLACTACION Y LA INFLUENCIA DE LOS FACTORES
SOCIOCULTURALES

T E S I S

Para obtener el Título de:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

presenta

DRA. VERONICA TORRES AYBARTH



México, D. F.

Año 1988

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

	pag.
INTRODUCCION	1
JUSTIFICACION	3
MARCO TEORICO	
DEFINICION DE ABLACTACION.....	5
TIPOS DE ABLACTACION.....	5
ASPECTOS A CONSIDERAR EN LA INTRODUCCION A LA ABLACTACION.....	8
ASPECTOS FISIOLÓGICOS.....	8
DESARROLLO NEUROMUSCULAR.....	9
REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES.....	10
PATRONES DE ABLACTACION.....	14
EVALUACION NUTRICIONAL.....	17
INSTRUCCIONES PARA LA MADRE QUE ABLACTA.....	20
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	22
HIPOTESIS.....	22
OBJETIVOS GENERALES.....	22
DISEÑO DE INVESTIGACION	
TIPO DE ESTUDIO.....	23
UNIVERSO DE TRABAJO.....	23
AREA GEOGRAFICA.....	23
CRITERIO DE INCLUSION.....	23
CRITERIO DE EXCLUSION.....	23
DETERMINACION DE VARIABLES.....	24
MATERIAL Y METODOS.....	24

	pag.
CUESTIONARIO.....	27
RESULTADOS.....	31
TABLAS Y GRAFICAS.....	34
CONCLUSIONES Y COMENTARIOS.....	46
BIBLIOGRAFIA.....	47

MARCO TEORICO

INTRODUCCION

Desde el florecimiento de la civilización Egipcia hasta la primera mitad del presente siglo, prevaleció el criterio de incluir los alimentos sólidos en la dieta de los niños coincidiendo con la aparición de los dientes.

Documentos atribuidos a Hipócrates (450 a.c.), Galeno y Sorna (siglo II d.c.), señalan el sexto mes de la vida como el más conveniente para la introducción de migajas de pan humedecidas en leche, vino, cerveza o consomés.

Todavía en la cuarta década del presente siglo, los pediatras de los años 30's recomendaban las frutas, los vegetales, el huevo, la carne y los cereales, después del brote dentario.

Al finalizar la segunda guerra mundial la alimentación de los lactantes se desarrolló siguiendo una conducta liberal fue así como la erupción de los dientes fue descartada como criterio para iniciar la ablactación, rompiendo de esta manera el límite cronológico de los 6 meses. Bajo esta orientación, a partir de la década de los 40's, las papillas y los zumos de frutas se han venido ofreciendo a las nuevas generaciones a una edad cada vez más temprana.

En Estados Unidos de Norteamérica, por ejemplo, la edad de introducción de los cereales es al rededor de las 5 semanas y los vegetales son incorporados a la dieta poco antes de cumplir los niños 10 semanas de vida.

Sin embargo los estudios realizados en cuanto al los requerimientos nutricionales y la fisiología del aparato digestivo del lactante, no están de acorde con lo anterior. Y no obstante a esto también, muchos pediatras continúan recomendando la ablactación temprana.

JUSTIFICACION

La nutrición desempeña un papel importante en la conservación de la salud de todas las edades, sobretodo en la infancia, y en la fase de crecimiento rápido de la infancia donde su importancia es fundamental.

Los métodos de alimentación infantil en todo el mundo, se hayan sometidos a crítica y estudio a medida que se reconocen y se valoran, nuevamente, diversos efectos perjudiciales que en un tiempo no se apreciaron, como la obesidad infantil y la alergia para ciertos alimentos. En otro sentido, la nutrición para la infancia debe estudiarse en relación con sus efectos tanto inmediatos como tardíos para la vida del individuo. Las consecuencias perjudiciales a largo plazo de una desnutrición se reconocen cada vez mejor en forma de desarrollo defectuoso de cerebro, desarrollo físico insuficiente, trastornos de competencia inmunológica, incluso, cambios más inesperados, como lesiones del cristalino y cataratas. Más recientemente se han comprobado los efectos perjudiciales tardíos de la nutrición excesiva (o mal equilibrada), por ejemplo: parece más probable cada vez el papel de un exceso calórico durante la primera y segunda infancia para la patogenia de la obesidad del adulto, aterosclerosis e hipertensión.

Es por esto que es importante saber cual es la alimentacion que reciben nuestros lactantes para poder evitar y prevenir dichas complicaciones, adaptando una dieta especial para cada uno de nuestros pacientes lactantes.

DEFINICION DE ALLACTACION

Consiste en la adición de alimentos distintos de la leche desde temprana edad del niño durante el primer año de vida, el objeto de suministrar los elementos nutricionales que la misma no contiene, al mismo tiempo que se le acostumbra a ingerir alimentos sólidos y semisólidos.

TIPOS DE ABLACTACION

La época en que se inicia la ablactación y el tipo de alimento que se ofrece primero, varía de acuerdo con las condiciones del niño, su desarrollo, su apetito, preferencias del médico y de la madre, etc.

A esto algunos autores opinan:

El Dr. R.E. Valenzuela. "Actualmente debe iniciarse en todo niño normal, sano, alimentado al pecho o artificialmente, desde los primeros meses de vida esto es dentro del segundo a tercer mes de vida", (15).

El Dr. Jorge Chávez Huerta, opina, "La introducción de alimentos no lácteos, ya sean frutas, jugos, cereales, pueda ser tolerada como ya fue demostrado por Sackett en 1956; este autor dio cereales entre el segundo y tercer día de vida, verduras al décimo, carne a los catorce días y

frutas a los 17 días, con esta prueba no hay dudas de que los alimentos se toleran, pero sin embargo no hay pruebas de que esta alimentación temprana sea ventajosa y en cambio si tiene riesgos, otro inconveniente es el costo", (7).

El Dr. Thomas A. Anderson, opina, "La introducción de alimento sólido puede postergarse hasta que el lactante sea capaz de sentarse sin ayuda, tenga control de la cabeza y cuello, y por lo tanto, pueda comunicar más libremente su voluntad (o su repudio) para aceptar alimento sólido. Estas condiciones suelen reunirse entre las 16 y las 24 semanas de edad, (1).

A lo anterior opina el Dr. Eduardo Picazo N., "Se recomienda iniciar con jugos cítricos el primer mes, y verduras o frutas al segundo o tercer mes", (12).

El Dr. Lewis A. Barness, opina, "Adicionar la dieta con alimentos sólidos a muy temprana edad, como recomiendan algunos médicos, no parece ofrecer ventaja alguna. Cuando el reflejo fisiológico oral desaparece entre las 6 semanas y los 3 meses de edad, el pequeño tiende menos a escupir, regurgitar y aspirar, éste parece el momento indicado para empezar la alimentación sólida", (2).

El Dr. William E. Laupus, opina, "Hay pocas pruebas de que la adición de cualquiera de los alimentos a la dieta del

lactante normal antes de los 3 o 4 meses de edad contribuya de forma significativa a su bienestar, aunque muchos médicos aconsejan su introducción a las 3 ó 5 semanas de edad", (8).

El American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition, recomienda que, durante los primeros cuatro meses a los 6 meses de vida, el lactante se alimenta solo de leche materna o con una sola fórmula. Por el riesgo de desarrollo de alergias alimenticias y las de atragantarse o aspirar alimentos disminuyen a medida que se desarrollan los mecanismos para la deglución de los sólidos. (3).

Fomon y col., han criticado la ablactación a edad temprana declarándose en favor de la introducción de otros alimentos distintos a la leche, no antes del quinto al sexto mes de vida. Los argumentos que exponen estos autores se basan en que la ablactación llevada en forma prematura, favorece la obesidad al interferir con el desarrollo de hábitos que permiten al pequeño demostrar su interés o desinterés por los alimentos; bajo estas circunstancias antes de los 5 meses de edad los niños pueden estar siendo alimentados de manera forzada, sobrealimentándolos. (16).

ASPECTOS A CONSIDERAR EN LA INTRODUCCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN

A) Aspectos fisiológicos:

Se sabe que desde el punto de vista fisiológico, antes del 5to. mes de vida el tracto digestivo se encuentra aún en pleno desarrollo; solo hasta años recientes este argumento ha adquirido particular importancia como resultado de los avances en el conocimiento acerca de la evolución de los procesos de digestión y absorción intestinal. Un somero análisis de esta información, permite normar en forma razonada la conducta a seguir.

Digestión y absorción de azúcares. Durante la etapa intrauterina se desarrollan las enzimas responsables de la hidrólisis de los disacáridos. Es así como los niños recién nacidos a término se encuentran en condiciones de digerir y absorber los disacáridos.

La amilasa salival y la pancreática, muestran escasa actividad en los primeros meses de vida.

De acuerdo con estos informes parece ser que la introducción de los cereales antes del 5to. mes de vida no muestran ser una recomendación congruente en el grado de desarrollo de las enzimas encargadas de la hidrólisis de los almidones.

Digestión y absorción de las grasas. La absorción de

la grasa es incompleta en los primeros meses de vida. La actividad de la lipasa pancreática en los niños recién nacidos, está ya prácticamente al nivel que prevalecerá por el resto de la vida, pero en los neonatos existe una limitación en la capacidad de síntesis de los ácidos biliares. Esto es lo responsable de la limitada absorción de las grasas en los niños; a medida que ocurre el desarrollo se suscitan las modificaciones fisiológicas que favorecen la absorción de las grasas.

Digestión y absorción de proteínas. Aún cuando la absorción y la digestión de las proteínas tienen lugar eficiente en los niños lactantes, se ha podido observar que durante los primeros meses de la vida, el intestino es permeable al paso de moléculas eventualmente antigénicas; esta circunstancia, plantea por un lado que existe una inadecuada permeabilidad de las membranas de las células epiteliales y, por otro lado, que hay una deficiente proteólisis intracelular, debido a una función lisosomal inmadura.

Es así como la ablactación de los lactantes menores de 6 meses, generan un riesgo de sensibilización a algunas proteínas de la dieta.

b) *Desarrollo neuromotor y alimentación.*

El reflejo de succión aparece y evoluciona en el niño

desde una edad temprana de la vida intrauterina, el desarrollo neuromotor, indispensable para el pequeño, pueda consentir alimentos sólidos o semisólidos, no se alcanza hasta después de los cuatro meses; antes de esta edad, la deglución de alimentos sólidos se lleva a efecto pobremente. Por otra parte el reflejo de protrusión de la lengua, por el cual el niño empuja todo alimento sólido en el tercio anterior de ella generalmente desaparece también al rededor de los cuatro meses. Aunado a lo anterior, la incoordinación neuromuscular presente en los primeros meses de la vida se manifiesta por una deficiente coordinación de los músculos de los labios y de las mandíbulas, durante la permanencia del alimento en la cámara bucal.

Tal vez de mayor importancia resulta la inhabilidad neuromotriz del niño para mantener la cabeza erecta, mantenerse sentado y a la vez tener cierto control motor para facilitar a la madre la introducción de alimentos diferentes a la leche. Es pues entre el 4to. y el 6to. mes de la vida que se integran las actividades neuromotrices que permiten incluir alimentos sólidos o semisólidos en la dieta de los niños.

c) Requerimientos nutricionales.

Durante años se ha admitido que las necesidades nutritivas del lactante quedan cubiertas por los nutri-

entes que contiene la leche humana. Esto, evidentemente, presupone una madre bien alimentada y un lactante con buena nutrición in útero. Por lo tanto, las recomendaciones para los lactantes provienen sobre todo del conocimiento de los nutrientes existentes en la leche humana.

Agua.- Los requerimientos hídricos están relacionados con la ingesta calórica, la temperatura ambiental, la actividad, la velocidad de crecimiento y la densidad de la orina.

El agua constituye aproximadamente un 78% del peso corporal al nacimiento y al final del primer año de vida se reduce al 60%.

Por lo tanto los niños que consumen 150-200 ml/kg/día de leche materna no precisan de agua suplementaria desde que nacen hasta el final del primer año de vida, en el caso de que no ingieran otros alimentos osmóticos o en medios con temperaturas muy elevadas o en presencia de pérdidas anormales de líquidos.

NECESIDADES MEDIAS DE AGUA

Edad	peso (kg)	agua (ml/kg)
3 días	3	80 - 100
10 días	3.2	125 - 150
3 meses	5.4	140 - 160
6 meses	7.3	130 - 155
9 meses	8.6	125 - 145
1 año	9.5	120 - 135

Energía.- Las necesidades energéticas que presenta el niño nacido a término, durante su primer año de vida varían en función de la edad y del peso. Los requerimientos energéticos estimados para el periodo de crecimiento rápido de los 2 primeros meses pueden ser de hasta 125 Kcal/Kg/día. La Academia Nacional de Ciencias y el Consejo Nacional de Investigación de Estados Unidos de Norteamérica (NAS-NRC), han recomendado un promedio de 115 Kcal/Kg/día en los primeros 6 meses, posteriormente van disminuyendo gradualmente hasta 75 Kcal/Kg/día desde los 6 meses al final del primer año de vida. Estas cifras se basan en las necesidades calóricas esenciales de 55 Kcal/Kg., la necesidad de crecimiento aprox. 35 Kcal/Kg y una cifra para la actividad de 10 a 25 Kcal/Kg. La actividad física de los lactantes y niños varía considerablemente por lo que pueden volverse obesos incluso cuando su ingreso energético es muy bajo o viceversa; por lo tanto el ingreso calórico debe ajustarse al individuo. Las necesidades energéticas se cubren principalmente con los hidratos de carbono y las grasas. Fomon, recomienda 30 a 55 % de calorías procedentes de la grasa, 35 a 65% de los hidratos de carbono y 7 a 16% de origen proteínico, cubriendo la leche humana estos requerimientos.

Las necesidades energéticas se determinan observando el modelo de crecimiento que comprende la longitud, el peso y la talla así como la sensación de bienestar y

la saciedad del niño.

Proteína.— Es bien conocida la necesidad de proteína, especialmente de sus aminoácidos para sintetizar las proteínas corporales, y de nitrógeno para la síntesis de muchos otros compuestos fisiológicos importantes.

Las recomendaciones para proteína durante la infancia se basa en la cantidad de proteínas que contiene la leche materna. La cantidad estimada para lactantes de 0 a 6 meses de edad es de 2.2 g./Kg/día y 2.02g./Kg/día para lactantes de 6 a 12 meses de edad. La calidad de las proteínas se basa en su digestibilidad, capacidad de absorción y contenido en aminoácidos esenciales. Un contenido pobre en aminoácidos esenciales afecta el crecimiento de los tejidos y órganos, así como la talla, el peso y al perímetro craneal. Una ingesta excesiva de proteínas puede acompañarse de signos de intoxicación proteica, como letargia, hiperamonemia, deshidratación y diarrea.

PATRONES DE ABLACTACION

En años recientes se ha venido insistiendo en que la leche humana contiene todos los nutrientes requeridos por el niño para asegurar su crecimiento durante el primer semestre de la vida. En madres del medio rural con alta prevalencia de desnutrición, como en México, se han señalado reportes aún menores de 65 Kcal/dl. Por otro lado, se acepta pues, que muchas mujeres no producen volúmenes de leche suficientes para cubrir los requerimientos de energía y nutrientes de niños de 4 meses de edad con 6 Kg. de peso, es decir, aprox. 1000cc.

La orientación y recomendaciones sobre alimentación infantil constituyen una función importante de los médicos, dietistas y enfermeras.

Para prescribir una dieta se tiene que tomar en consideración:

- 1.- La situación socioeconómica de la familia.
- 2.- La disponibilidad de los alimentos, principalmente de la leche, en el lugar donde se actúa.
- 3.- Patrones culturales y los hábitos alimenticios que prevalezcan en la comunidad.
- 4.- La dinámica familiar, la actitud y posibilidades de la madre para alimentar a su hijo.
- 5.- El estado de salud del niño y de la madre.
- 6.- Las condiciones de higiene y educación alimentaria

que imperan en el hogar.

Muchos factores guardan estrecha relación con el cambio de las prácticas alimenticias de los niños en las sociedades occidentales y en las zonas urbanas del tercer mundo.

Incluyen, entre otros, la rápida urbanización, el papel cambiante de la mujer y su participación en el área de trabajo y la industrialización.

A medida que una comunidad o grupo social adelanta su desarrollo y alcanza niveles óptimos de vida, aumenta la disponibilidad de alimentos industrializados y disminuye la de los alimentos frescos y naturales, "vivos", desaprovechando su valor biológico.

Un esquema de ab lactación en un lactante normal, de familia con medianos recursos, en medio urbano, podría ser:

1er. mes de edad: pecho materno cada 3 horas o auto demanda.

2o. mes de edad: pecho materno de las 6 a las 23 hrs. Jugo de tomate natural a media mañana; yema de huevo a mediodía.

3er. mes de edad: pecho materno a las 6, 9:30, 13, 20 y 23 hrs; biberón a las 17 hrs. Jugo de tomate en la mañana; jugo de naranja en la tarde. Puede agregarse una cucharadita de cereal, yema de huevo, pure de zanahoria o plátano a mediodía.

4o. mes de edad: (régimen de 4 hrs.): pecho materno a la 6,

14, y 22 hrs; biberón a las 10 y 18 hrs. Aumentar la cantidad de jugos. Antes de cada tetada del mediodía se le darán caldos y purés de verdura (zanahoria, espinaca, papa, frijol), yema y clara de huevo, plátano, manzana o papaya.

5o. mes de edad: pecho materno a las 6 hrs., biberón a las 10, 18 y 22 hrs. Jugos de tomate y naranja en la mañana y en la tarde. A las 10 y 18 hrs. después del biberón: huevo, cereal o fruta. A las 14 hrs. sopa, purés, carne molida, picada o licuada, o puré de hígado de pollo.

6o. mes de edad: pecho materno a las 6 hrs. a las 10 hrs. biberón, cereal, huevo, fruta fresca, pan o galletas. A las 14 hrs.: sopa, purés de verduras, carne molida fruta o jugos. A las 18 hrs. biberón y postre, a las 22 hrs. biberón.

De los 7 a los 11 meses de edad: se continuará el mismo esquema de los 6 meses; la carne y las frutas podrán ser picadas.

De los 12 a los 18 meses de edad: (régimen de 4 alimentos al día). Se tratará de adaptar su alimentación a la del grupo familiar, excluyendo exceso de grasa y fécules, alimentos irritantes o muy condimentados, y bebidas gaseosas.

Las variantes de este esquema prototipo son numerosas; dependiendo, como se dijo anteriormente de las condiciones del niño, de su desarrollo, su apetito, preferencias del médico y de la madre, la economía familiar, cultura de la familia, etc.

EVALUACION NUTRICIONAL
(MONITORIZACION DEL CRECIMIENTO)

La velocidad de crecimiento corporal ha sido el índice mediante el cual, de manera indirecta, se ha estimado la cantidad de proteínas que requiere el niño; si el crecimiento somático acontece dentro de un margen razonable de normalidad, se supone que el aporte proteico y energético es el adecuado.

Una monitorización simple, adaptada particularmente a los países en vías de desarrollo, es la que se basa en dos índices:

- 1.- Longitud talla en función de la edad; cuando se conoce la edad no hay ningún problema para tomar este índice. La longitud talla de cada edad corresponde prácticamente a una distribución de Gauss, de modo que las comparaciones son fáciles de realizar.
- 2.- La medida de peso en función de talla; un índice que es independiente de la edad hasta la fase prepuberal, representa un eficaz control de la talla, para el que existen patrones.

Por regla general, el peso corporal se duplica entre el nacimiento y el 4to. al 5to. mes, y se duplica al año de edad. Sigue entonces la evolución general del crecimiento. Conviene recordar que todo aumento de peso puede reflejar diversos fenómenos; aumento de tejido adiposo, crecimiento de huesos y músculos, efec-

tos estacionales, crecimiento de recuperación, aumento del contenido total de agua en el organismo o aumento del aporte calórico.

El perímetro del brazo es otra medida que se utiliza con frecuencia; esta medida varía escasamente entre los 1 a 5 años de edad. En este grupo de edad tan vulnerable ante la malnutrición, puede adaptarse, por lo tanto, un patrón constante para la edad. Es a todas luces, una medida conveniente; se precisa de un sencillo utillaje y el error es mínimo en las condiciones de campo.

Existen otros indicadores somáticos que son útiles y aceptables para controlar el crecimiento, pero los anteriores mencionados se sitúan entre los más sensibles.

Para el trabajo clínico rutinario es conveniente recordar algunos valores somatométricos, para lo cual las siguientes reglas sirven para estimar de manera aproximada el peso y la talla durante las diversas etapas pediátricas.

PESO:

Al nacer		3.2 kg.
Se duplica a los 4 meses	$2 \times 3.2 =$	6.4 kg.
Se triplica al año	$3 \times 3.2 =$	9.6 kg.
Se multiplica por 4 a los 2 años	$4 \times 3.2 =$	12.8 kg.
Se multiplica por 6 a los 6 años	$6 \times 3.2 =$	19.2 kg.
Se multiplica por 10 a los 10 años	$10 \times 3.2 =$	32.0 kg.
Entre los 2 y 7 años: peso=(edad x2)+8	$(5 \times 2)+8 =$	18.0 kg.

TALLA:

Al nacer		50 cm.
Los primeros 6 meses incrementa 16 cm.	$50 + 16 =$	66 cm.
El segundo semestre aumenta 8 cm.	$66 + 8 =$	74 cm.
Durante el segundo año incrementa 1cm. por mes	$74 + 12 =$	86 cm.
A los 2 años alcanza la mitad de la talla de adulto	$86 \times 2 =$	172 cm.
A los 4 años de duplica la talla	$2 \times 50 =$	100 cm.
De los 2 a los 7 años: talla = (edad \times 5) + 80	$(5 \times 5) + 80 =$	105 cm.
De los 12 a los 13 años se triplica la talla al nacer	$3 \times 50 =$	150 cm.

INSTRUCCIONES PARA LA MADRE QUE ABLACTA

La ablactación debe ser practicada por la madre teniendo presente que ésta cumple la función de nutrir, existiendo una interrelación psicológica y educativa entre el cuidador y la criatura. Por tal motivo es necesario informarle los siguientes puntos:

- 1.- No introducir 2 alimentos nuevos a la vez; esta medida permite conocer la tolerancia del niño al nuevo alimento.
- 2.- No forzar al pequeño a aceptar los alimentos; esto puede ocasionar rechazo al mismo alimento posteriormente.
- 3.- Adoptar una actitud paciente si los alimentos dados por primera vez son rechazados por el niño, hasta lograr que se acostumbre a la consistencia y al sabor del alimento ofrecido.
- 4.- Respetar la libre demanda del bebé, ya que la cantidad de alimentos consumidos por él, suelen ser inconsistentes de día a día y de semana a semana.
- 5.- Los alimentos preparados en casa no deben ser adictivos de sal; los requerimientos de este elemento son casi nulos, para el bebé, y son cubiertos por la sal natural de los alimentos.
- 6.- Restringir el aporte de azúcares y almidones en la dieta de los niños obesos o con sobrepeso, sobre todo si

procedan de padres obesos:

- 7.- Si los alimentos colados aún son ofrecidos después del sexto mes de vida, se dificulta la introducción posterior de alimentos de mayor consistencia.
- 8.- Nunca ofrecer cereales, huevo o algún otro alimento mezclados con la leche del biberón: el bebé no distingue bien los sabores.
- 9.- Los cítricos y el huevo sean introducidos hasta después del año de edad, en caso de que existan antecedentes de alergia en los padres o en la familia de estos.
- 10.- Recordar que el pediatra o el médico familiar cuidará la calidad de la dieta, dejando que el niño determine la cantidad que de ella consumirá.
- 11.- Reducir progresivamente el volumen de leche que ingiere el bebé, porque a medida que se introducen los alimentos sólidos o semisólidos en la dieta del bebé, requiere menos leche.
- 12.- Incrementar lentamente la cantidad de cada alimento ofrecido al bebé.
- 13.- Ajustar el horario de la alimentación del bebé al de la familia, y sobre todo al de la madre.

ABLACTACION Y LA INFLUENCIA DE LOS FACTORES SOCIOCULTURAL

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los factores socioculturales de las familias adscritas a la consulta externa de la U.M.F. # 29 del I.M.S.S., tienen relación de asociación estadística con el tipo de ablactación que dan a sus hijos?

ANTECEDENTES

Ninguno.

HIPOTESIS

Los factores socioculturales de las familias de los niños lactantes adscritos a la consulta de medicina familiar de la U.M.F. # 29 del I.M.S.S., tienen relación de asociación con el tipo de ablactación que se les proporciona.

OBJETIVOS

Determinar si existe asociación estadística entre los factores socioculturales de las familias adscritas a la

U.M.F. # 29 del I.N.S.S., y el tipo de ablactación dada sus hijos lactantes.

- Determinar que tipo de ablactación reciben los niños adscritos a la U.M.F. # 29 del I.N.S.S.

- Determinar el tiempo de inicio de la ablactación de los niños adscritos a la consulta de medicina familiar de la U.M.F. # 29 del I.N.S.S.

DISEÑO DE LA INVESTIGACION

-Tipo de estudio: Descriptivo, prospectivo, longitudinal, observacional, no comparativo.

- Universo: Niños lactantes a la U.M.F. # 29, que reciban consulta de medicina familiar entre el 30 de noviembre de 1987 al 15 de diciembre de 1987.

- Area geográfica y temporal: consulta de medicina familiar de la U.M.F. # 29 del I.N.S.S., del 30 de nov al 15 de dic. 1987.

- Criterios de inclusión: Todos los lactantes adscritos a la U.M.F. # 29, que tengan edad entre 1 a 12 meses, que hayan iniciado ablactación, que se presenten a la consulta de medicina familiar del 30 de noviembre al 15 de diciembre de 1987 y que sus familiares acepten entrar al estudio.

- Criterios de exclusión: Todos aquellos que no cumplan criterio anterior.

- Determinación de variables:

Factores socioculturales..... Variable independiente
Tipos de ablactación Variable dependiente.

Ablactación:

Definición conceptual.- Significa la introducción en la alimentación rutinaria del lactante, de otros alimentos que no sean de origen lácteo, con objeto de proporcionar los elementos nutricionales que la misma no contiene, al mismo tiempo que se le acostumbra a ingerir alimentos sólidos y semisólidos.

Definición operacional.- Introducción de alimentos diferentes a la leche en la dieta del lactante.

Tipos de ablactación según la alimentación:

Adecuada.- Decimos que es adecuada cuando ha llenado los requerimientos energéticos y proteicos que requiere el lactante para su desarrollo. Esto se comprueba con medidas antropométricas como son peso y talla con respecto a la edad.

Inadecuada.- Decimos que es inadecuada cuando no llena los requerimientos energéticos y proteicos que necesita el lactante en su desarrollo.

Tipos de ablactación según la edad de inicio:

Temprana.- Cuando se inicia en menores de tres meses de edad. Los autores refieren que su funcionamiento orgánico no es el adecuado para aceptar alimentos sólidos.

Tardía.- Cuando se inicia a partir de los cuatro meses de

edad. Segun opinan los autores es cuando la energia proporcionada por la leche materna no es suficiente para cubrir los requerimientos del lactante de energia y proteinas, y el funcionamiento del organismo para la alimentacion solida es el adecuado.

Factores socioculturales;

Se refiere a los factores sociales y culturales adquiridos por la familia. De cuyos factores estudiaremos el status, habitos alimenticios y la escolaridad.

Status.- Es la situacion de una persona en cuanto a los niveles de produccion, al nivel de ingreso familiar y a la distribucion de bienes.

Habitos alimenticios.- Costumbres, practica que ha adquirido el sujeto. Conjunto de calidades, inclinaciones y usos que forman el fondo del caracter de cada pais, familia o persona.

Escolaridad.- Nivel escolar alcanzado por cada persona.

Material y metodos:

Material.

Material HumanoResidente de segundo año de medicina familiar.

Material económicoEl del investigador.

Método.

Se aplicara un cuestionario de cuarenta preguntas a las

madres de los lactantes de la U.M.F. # 29 del I.M.S.S., atendidos en la consulta de medicina familiar, del 30 de noviembre al 15 de diciembre de 1987. En donde se harán preguntas para detectar el nivel sociocultural de la familia y el tipo de ablactación que proporcionan a sus hijos. Posteriormente se valorará, según el cuadro:

CATEGORIZACION DE LAS VARIABLES

Factores	Núm. de pregunta		Categorización.	
Socioculturales				
(a) Cultura				
! Escolaridad	21-22	28-30	! Influye	3
!			! No influye	2
Hábitos alimenticios	31-40		! Influye	6
!			! No influye	5
(b) Sociales				
! Status	19-20	23-27	! Influye	4
!			! No influye	3
Ablactación				
(a) Tiempo de inicio	4-5		! Temprana	3/12 o -
!			! Tardía	4/12 o +
(b) Tipo de alimentación	1-3	6-18	! Adecuada	
!			! Inadecuada	

- 13.- Ya se integró a la dieta familiar (ya come lo que toda la familia)?
 si no
- 14.- Desde que edad?
 a) 1 a 5 meses b) 6 a 10 meses c) 11 a 13 meses
 de edad
- 15.- Ha tenido problemas con esta dieta?
 si no
- 16.- De qué tipo?
 a) diarreas b) no crece el niño c) no aumenta de peso
 d) aumentó mucho de peso e) otro
- 17.- Recibe orientación sobre la dieta que debe darle a su bebé?
 si no
- 18.- Quien le proporciona la información?
 a) nadie b) médico familiar c) pediatra
 d) la abuela u otro familiar
- 19.- Cuántos hijos tiene?
 a) 1 b) 2 a 3 c) 4 o más
- 20.- Su estado civil es:
 a) soltera b) casada c) viuda
 d) otro
- 21.- Cuál es su grado de escolaridad?
 a) no sabe leer y escribir b) primaria c) secundaria
 d) preparatoria o vocacional e) profesional
- 22.- Cuál es el grado de escolaridad de su pareja?
 a) no sabe leer y escribir b) primaria c) secundaria
 d) preparatoria o vocacional e) profesional
- 23.- Cuál es su ocupación?
 a) hogar b) obrera c) empleada
 d) profesionista e) otro
- 24.- Cuál es la ocupación de su pareja?
 a) empleado b) obrero c) profesionista
 d) otro
- 25.- Los ingresos de la familia son:
 a) menos del mínimo b) el mínimo c) más del mínimo
- 26.- La casa que habitan es:
 a) propia b) rentada c) prestada (no para renta)

40.- Acostumbra tomar refrescos?
a) siempre b) nunca

c) ocasional-

mente

RESULTADOS

Se aplicaron 47 cuestionarios a los padres de familia de lactantes adscritos a la U.M.F. # 29 del I.M.S.S. del periodo comprendido entre el 31 de noviembre al 15 de dic. de 1987, obteniendo los siguientes resultados:

De los 47 cuestionarios aplicados 2 se excluyeron por no haber iniciado ablactación siendo estos de edad de 1 mes; 8 se excluyeron por no aceptar participar en el estudio. De los restantes 37, reunieron todos los criterios de inclusión y sus edades comprendieron:

EDAD	No.
2/12	6
3/12	8
4/12	3
5/12	2
6/12	2
7/12	2
8/12	2
9/12	2
10/12	1
11/12	0
12/12	9

De los cuales 34, o sea un 91.89% habia iniciado la ablactación tempranamente, siendo la menor edad encontrada 2 meses. 3, o sea un 8.10% iniciaron ablactación tardía con una edad mínima de 4 meses de edad y una máxima de 6.

De los lactantes estudiados 24 (64.86%) tienen satisfechos

sus requerimientos nutricionales de acuerdo a la evaluación nutricional captada en el cuestionario. Los restantes 13 (35.13%) tuvieron inadecuado estado nutricional ya que de éstos, 6 (16.21%) tenían peso bajo y de éstos a su vez uno con desnutrición de segundo grado. Por lo contrario 7 (18.9%) tuvieron sobrepeso.

En cuanto a los factores socioculturales encontramos que 11 (29.72%) de las familias tienen una educación a nivel primaria, y de éstos, 4 lactantes tuvieron una ablactación inadecuada. De éstos, 3 tienen bajo peso y uno sobrepeso.

12 familias (32.43%) con nivel cultural medio; en este grupo encontramos 5 lactantes con ablactación inadecuada, 2 de ellos con bajo peso y 3 con sobrepeso. 14 familias tienen nivel cultural alto y en este grupo encontramos 4 lactantes con ablactación inadecuada, uno de ellos con bajo peso y 3 con sobrepeso.

En cuanto al nivel económico, encontramos 4 (10.81%) familias con nivel económico bajo, de las cuales 2 tenían un lactante de peso bajo. 13 (35.13%) familias de nivel económico medio, en las cuales encontramos 3 lactantes de peso bajo y 4 de sobrepeso. 20 (54.05%) familias de nivel económico medio-alto, con un lactante de bajo peso y 3 con sobrepeso.

En cuanto a los hábitos alimenticios encontramos 2 fami-

lias con malos hábitos, que correspondieron a 2 lactantes bajos de peso y de nivel económico bajo; una familia y la otra del nivel medio. Las restantes 35 familias tienen hábitos alimenticios de regulares a buenos.

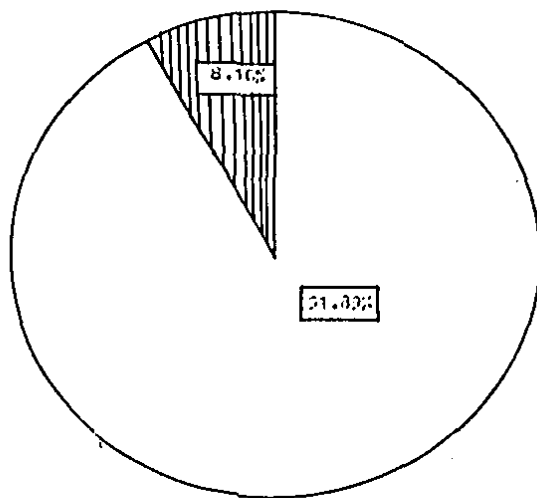
CUADRO NO. 1

Tipo de ablactación en relación a su inicio en niños lactantes adscritos a la UMF 29 del INSS. (31 nov al 15 dic. de 1987).

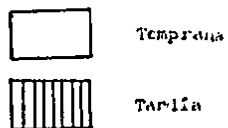
Inicio de Ablactación	Total de lactantes Núm.	%
Temprana	34	91.89
Tardía	3	8.10
Total	37	100 %

FUENTE: Encuesta directa.

GRAFICA DEL CUADRO No. 1



FUENTE: Cuadro No. 1



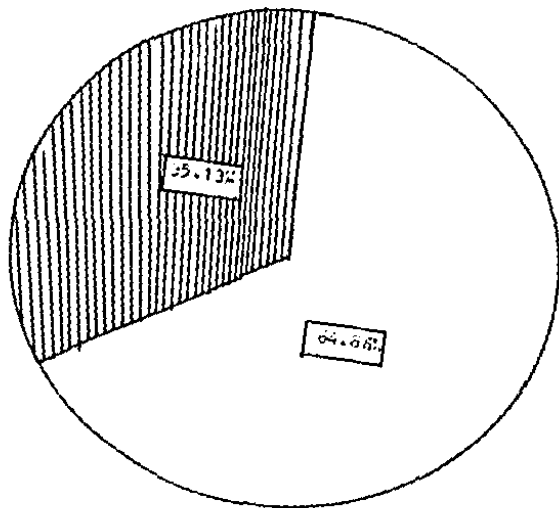
CUADRO No. 2

Tipo de ablactación en relación al tipo de alimentación en niños lactantes adscritos a la UHF 29 del IMSS. (31 nov al 15 dic. 1987)

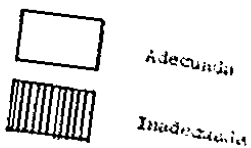
Tipo de Ablactación	Total de lactantes	
	Núm.	%
Adecuada	24	64.86
Inadecuada	13	35.13
Total	37	100 %

FUENTE: Encuesta directa.

GRAFICA DEL CUADRO No. 2



FUENTE: Cuadro No. 2



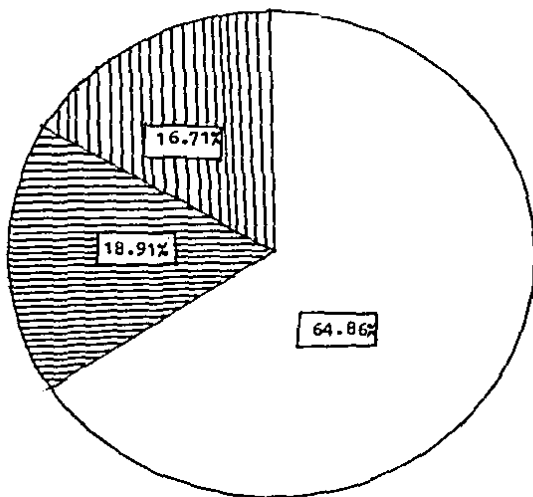
CUADRO No.3

Peso de lactantes de la UNF 29 del IMSS
(30 nov al 15 dic. 1987)

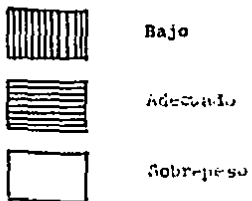
Paso del lactante	Total de lactantes	
	Núm.	%
Bajo	6	16.71
Adecuado	24	64.86
Sobrepeso	7	18.91
Total	37	100 %

FUENTE: Encuesta directa.

GRAFICA DEL CUADRO No. 3



FUENTE: Cuadro No. 3



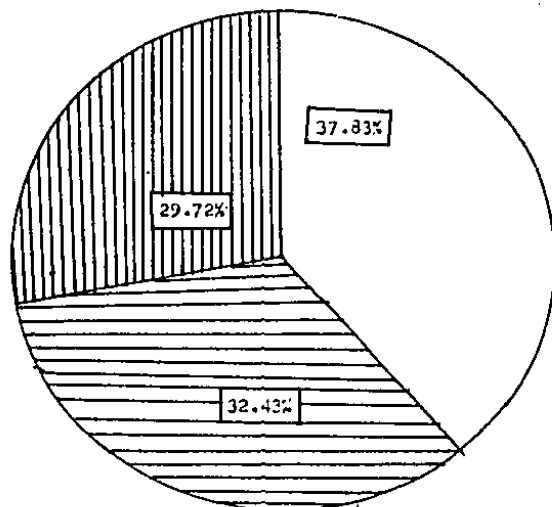
CUADRO No. 1

Nivel cultural de las familias de los
lactantes adscritos a la UMF 29 del IMES.
(30 nov al 15 dic. 1987)

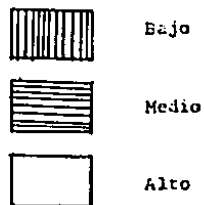
Nivel cultural	Total de lactantes	
	Núm.	%
Bajo	11	29.72
Medio	12	32.43
Alto	14	37.83
Total	37	100 %

FUENTE: Encuesta directa.

GRAFICA DEL CUADRO No. 4



FUENTE: Cuadro No. 4



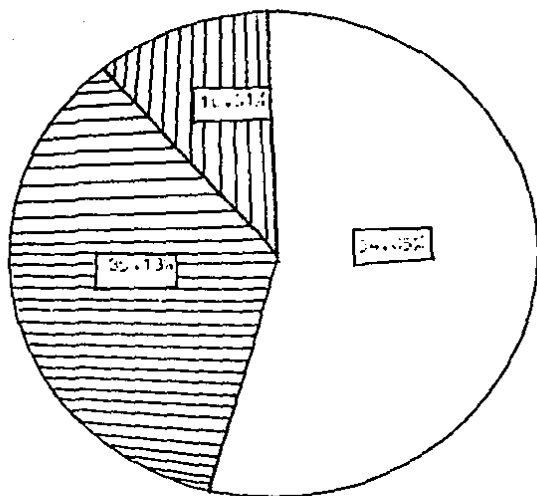
CUADRO No. 5

Nivel económico de las familias de lactantes
adscritos a la UNF 29 del INSE.
(30 nov al 15 dic. 1987).

Nivel Económico	Total de lactantes	
	Núm.	%
Bajo	4	10.81
Medio	13	35.13
Alto	20	54.05
Total	37	100 %

FUENTE: Encuesta directa.

GRAFICA DEL CUADRO No. 5



FUENTE: Cuadro No. 5



Bajo



Medio



Alto

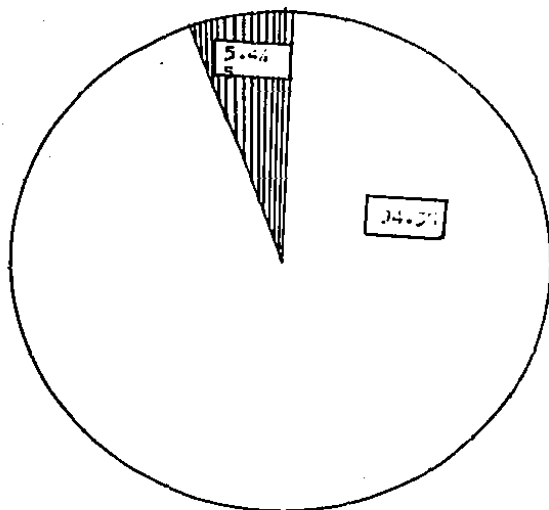
CUADRO No. 6

Habitos alimenticios de las familias de
lactantes adscritos a la UNF 29 del INSS.
(30 nov al 15 dic. 1987)

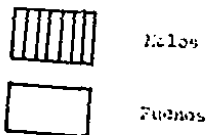
Habitos Alimenticios	Total de lactantes Nºn.	%
Malos	2	5.4
Buenos	35	94.5
Total	37	100 %

FUENTE: Encuesta directa.

GRAFICA DEL CUADRO No. 6



FUENTE: Cuadro No. 6



CONCLUSION

Con los resultados anteriores se ve que no hay mucha diferencia en cuanto a inicio de ablactación y a lo inadecuado de la misma. Solamente se encuentra diferencia en que en el nivel socioeconómico bajo predomina una disminución en el aporte proteico calórico y en consecuencia habrá menor desarrollo para la edad del lactante. Contrariamente a esto se ve que en la clase media alta, se tiende más a la sobrealimentación del bebé.

En cuanto al nivel cultural no se encuentra diferencia considerable, tal vez sea por que todos reciben orientación de sus médicos, ya sean pediatras o médicos familiares.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Alfin-Slater E.F. : Necesidades nutricionales. Clínicas Pediátricas de Norteamérica, Nutrición en Pediatría. Primera edición. México: Interamericana, 1977:1-15
- 2.- Barnes A.L. : Alimentación en el lactante; fórmula y sólidos. Clínicas pediátricas de Norteamérica, Nutrición. Primera edición. México: Interamericana, 1985: 291-306
- 3.- Baaton H.G. : Necesidades nutricionales durante el primer año de vida. Clínicas Pediátricas de Norteamérica, Nutrición. Primera edición. México: Interamericana, 1985: 373-391
- 4.- Fomon J.S. : Estado nutricional. Samuel J. Fomon. Nutrición infantil. Segunda edición. México: Interamericana, 1966: 426-436
- 5.- Gómez S.F. : El primer semestre de vida y otros alimentos además de la leche materna. Federico Gómez Santos, La salud y la familia, puericultura práctica Segunda edición. México: Pco. Méndez Oteo, 1974: 101-106
- 6.- Hernández M.J. : Alimentación del recién nacido sano. Rev. Fac. Med. UNAM., 1983; 26; 252-259
- 7.- Laupus E.W. : Alimentación durante la primera infancia. E. Nelson. Tratado de pediatría. Séptima edición. México: Salvat, 1980: 165-185
- 8.- Lewis A.B. : Cuidado del bebé sano. Trib. Med. 1972;23:c6-c9.
- 9.- Lewis A.B. : La nutrición del recién nacido. Nestlé Nutrición. 1985:6-13
- 10.- Patrice E.E. : Prácticas y costumbres de alimentación infantil; enfermedades asociadas de origen patógeno y comercial. Clínicas Pediátricas de Norteamérica, Nutrición en Pediatría. Primera edición. México: Interamericana. 1977:49-60
- 11.- Picazo H.E. Destete y ablactación. E. Picazo (Palacios y Cols., Introducción a la pediatría. Segunda edición. México: Pco. Méndez Oteo. 1983:128-154
- 12.- Solomon W.N. : Evaluación del estado nutricional. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. Primera edición. México: Interamericana, 1985:355-352

- 13.- Valenzuela R. : Destete y ablactación. Roselio Valenzuela. Manual de Pediatría. Décima edición. México: Interamericana, 1980:163-171
- 14.- Vega F. L. : Alimentación del niño en el primer año de vida. Leopoldo Vega Franco, Alimentación y nutrición de la infancia. Primera edición. México: Fco. Méndez Cervantes, 1983:125-136
- 15.- Zerfas J. A. : Valoración del estado nutritivo en el consultorio. Clínicas Pediátricas de Norteamérica, Nutrición en pediatría. Primera edición. México: Interamericana, 1977:263-274