

PN-AAF-087

EDUCACION

EN HIGIENE

PARA

LA MADRE

QUE EN REGIONES

TROPICALES

ALIMENTA A

SU BEBE



CENTRO REGIONAL DE AYUDA TECNICA
AGENCIA PARA EL DESARROLLO INTERNACIONAL (A.I.D.)

MEXICO/BUENOS AIRES

BEST AVAILABLE COPY

**EDUCACION EN HIGIENE PARA LA MADRE
QUE EN REGIONES TROPICALES
ALIMENTA A SU BEBE**

Por

DERRICK B. JELLFE, profesor de Pediatría y de Higiene

y

F. JOHN BENNET, conferenciante decano

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA, ESCUELA
DE MEDICINA DE MAKERERE, KAMPALA, UGANDA**

Reproducido por

**DEPARTAMENTO DE SALUD, EDUCACION Y BIENESTAR
DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA**

**Administrador de Bienestar Dirección General del Niño
Wáshington, D. C.**



**CENTRO REGIONAL DE AYUDA TECNICA
AGENCIA PARA EL DESARROLLO INTERNACIONAL (A.I.D.)**

MEXICO/BUENOS AIRES

Primera edición en español, 1966
Segunda edición en español, 1970

NOTA A ESTA EDICION

Esta publicación es traducción de HEALTH EDUCATION OF THE TROPICAL MOTHER IN FEEDING HER YOUNG CHILD, editado originalmente en inglés en Makarere, Kampala, Uganda, y reproducido por el Dpto. de Salud, Educación y Bienestar de los EE.UU (1964), por el Depto. de Medicina Preventiva, Escuela de Medicina. La presente edición la preparó el Centro Regional de Ayuda Técnica, Agencia para el Desarrollo Internacional (A.I.D.), Departamento de Estado del Gobierno de los Estados Unidos de América. El Centro es una organización dedicada a la producción de versiones en español del material filmico e impreso de los programas de cooperación técnica de la Alianza para el Progreso.

Toda solicitud para ésta, o para cualesquiera otras publicaciones del Centro Regional de Ayuda Técnica (RTAC), deberá dirigirse a la Agencia para el Desarrollo Internacional (A.I.D.), a cargo de la Embajada de los Estados Unidos de América, en el país de residencia del solicitante. Las solicitudes por carta pueden dirigirse así: Agencia para el Desarrollo Internacional (A.I.D), a/c Embajada de los EE.UU. de A. (Capital y país de residencia del solicitante.)

EDUCACION EN HIGIENE PARA LA MADRE QUE EN REGIONES TROPICALES ALIMENTA A SU BEBE*

A la educación en higiene le conciernen los medios a través de los cuales puede convencerse al público de que modifique su comportamiento, con el propósito de que los individuos sean más sanos. Aquella se realiza universalmente en forma oral, pero, hasta la fecha, solamente ha logrado adquirir un status quasientífico, y su divulgación se ha hecho basándose en escasos y raquíticos conocimientos acerca de su valor real. Con demasiada frecuencia, resulta ser efectiva tan sólo en la mente de sus bien intencionados expositores.

La desnutrición, en la primera infancia, constituye, en el mundo, el problema dominante en las regiones tropicales en desarrollo, y, aunque frecuentemente la pobreza es una causa importante, a menudo una gran proporción de la desnutrición observada sería potencialmente evitable si los recursos alimentarios locales de que se dispone fuesen utilizados por los padres para un propósito mejor.

No es exagerado decir que el objetivo global más importante de la educación en higiene consiste en persuadir a las madres que habitan en regiones tropicales, de que alimenten a sus niños, durante los primeros años de su vida, lo mejor que sea posible, con productos disponibles en la localidad.

ANTECEDENTES

Antes de planear cualquier tipo de educación en higiene, es imperativo documentarse perfectamente en cuanto a los antecedentes.

Las áreas de importancia deben incluir:

1) **Métodos locales de alimentación infantil.** Especialmente, hágase resaltar la duración habitual de

* Seminario sobre nutrición y Educación en Higiene, CCTA/OAG/UNESCO/UNICEF/OMS Pointe Noire, República Africana Central.

la lactancia; métodos de destete y razones para ello; cuándo se administran los primeros alimentos y la naturaleza de éstos; cuándo se acostumbra tomar leche (o sus derivados); el uso tradicional de otros alimentos proteínicos (especialmente legumbres, huevos y pescado); qué tan comunes son las nuevas prácticas perjudiciales de "prestigio", tales como la alimentación con biberón y el uso de bebidas gaseosas y de harina demasiado refinada; y, por último, los regímenes dietéticos de las madres durante el embarazo, el puerperio y la lactancia.

2) **Esquema local de desnutrición.** Aunque en algunos lugares, como en ciertas partes del sureste de Asia, son comunes el beriberi y la avitaminosis A en los niños, el problema principal en todas las regiones tropicales consiste en los diversos síndromes conocidos en su conjunto como "desnutrición proteino-calórica de la primera infancia", que incluyen, como los más severos, el de Kwashiorkor y el de marasmo nutricional. Sólo nos interesa, en este folleto, la prevención de dichos síndromes.

3) **Esquema local de las enfermedades de los niños.** Deben conocerse los principales "factores condicionales" de la desnutrición, aun cuando no están directamente relacionados con la alimentación verdadera de los niños (por ej.: parasitosis intestinal, tuberculosis, tosferina, etc.).

4) **Alimentos disponibles localmente.** Aquí se incluirán los alimentos que se obtengan del huerto familiar y de los establecimientos comerciales, junto con datos acerca de sus precios y las posibles variaciones estacionales de disponibilidad. De especial importancia serán los alimentos proteínicos provenientes tanto de fuentes vegetales como de origen animal, especialmente estos últimos, ya que son los más necesarios, los menos abundantes y los más caros.

5. **Esquema local de cultura.** Las costumbres y las creencias relacionadas con los alimentos para niños y mujeres, deben conocerse, especialmente los "grupos culturales" que evitan el uso de alimentos proteínicos que se hallan realmente disponibles. Otros hábitos alimentarios nutricionales son frecuentemente importantes, tales como el número de comidas diarias y el orden de alimentación dentro de la familia.

Asimismo, diversos aspectos de la crianza de los niños, en general, pueden tener influencia nutricional, como en el caso de la repentina separación del pecho materno, que por imperativos de orden geográfico se practica en algunas partes del Africa Oriental.

6) **Economía doméstica local.** El tipo de cocina, los métodos culinarios y los utensilios, el combustible, el uso de medidas de peso o de volumen son muy importantes, e indicarán el costo y la complejidad de los platillos que puedan confeccionarse para la alimentación de los niños a "nivel del poblado".

7) **La posición de la mujer y su actividad en la localidad.** El tipo de trabajo al que habitualmente se dedique la mujer, determinará claramente si las madres pueden hacerse cargo adecuadamente de sus niños cuando éstos empiezan a caminar, o cuando se ven obligadas a dejarlos en la casa a cargo de los hermanitos mayores o de señoras de más edad. También tiene gran importancia el grado de independencia de que goce la mujer en relación con el intento de aplicar "nuevos" métodos de crianza, y, en especial, con el gasto de dineros para el mantenimiento de la casa. Las personas que tienen fuerza y autoridad en la casa (por ejemplo, la abuela o el padre) pueden tener cierta importancia.

DIAGNOSTICO ECOLOGICO

La etiología dietética de los síndromes de desnutrición proteino-calóricos en la primera infancia nunca es **exclusiva**. Siempre es necesario establecer un "diagnóstico ecológico" y se encontrará que éste varía de región a región, lo que trae como consecuencia la modificación del énfasis de la educación en higiene, a fin de que ésta sea la adecuada para cada área en particular. Entre los distintos "defectos" capaces de producir pérdida de salud que se convierten en desnutrición proteino-calórica, se encuentran los siguientes, a los que siempre hay que tomar en consideración:

i) **Dietéticos.** Pobreza (o imposibilidad real de adquirir alimentos proteínicos), o falta de conocimientos, y/o conocimientos "equivocados" (por ejemplo, prejuicios alimentarios).

ii) **Infeciosos.** Tuberculosis, tosferina, sarampión, diarrea infécciosa, etc.

iii) **Parasitarios.** Helmintos intestinales (cargas pesadas de los nematelmintos y platelmintos).

iv) **Sicosociales.** Separación repentina del pecho materno (especialmente si es "geográfica", inestabilidad familiar (emocional, económica y social) e ilegitimidad.

PRINCIPIOS GENERALES

Si se cuenta con información adecuada sobre antecedentes, y con el diagnóstico ecológico local, deben tomarse en consideración ciertos principios generales en la etapa de planeación:

Necesidades sentidas. Aunque se ha hablado mucho de ellas, lo cierto es que, frecuentemente, no se las toma en consideración. Sin embargo, descubriendo lo que la comunidad, incluyendo a las madres, desea en relación con cualquier tema, se facilita la adaptación de la educación en salud a las ansiedades locales y, en esa forma, aumentan las probabilidades de éxito para alcanzar los resultados deseados (Apéndice I).

Variación de los temas. Básicamente, éstos deberían limitarse a asuntos de verdadera importancia —lo dudoso, así como lo innecesario en el lugar, es preferible excluirlos.

Métodos y medios. Aun cuando éstos varían según los canales a través de los cuales se hará llegar la información (por ejemplo: clínicas de bienestar infantil, centros de salud, actividades de desarrollo de la comunidad, escuelas, salas de hospitales (Apéndice II) y pacientes de consulta externa), la información informal, simple y directa, así como las discusiones que permitan la participación del grupo, son, probablemente, las más satisfactorias.

Muy a menudo, las ayudas visuales sirven más como "entretimiento saludable" que como cualquiera otra cosa, y muy probablemente puedan ser mal entendidas por las madres que no están capacitadas para interpretar los mensajes relacionados con las representaciones fotográficas y pictóricas. La radio puede ser útil, pero sólo alcanza a un auditorio limitado. Los folletos únicamente sirven para las personas que saben leer, y generalmente no pueden competir con los que elaboran las compañías comerciales de alimentos para niños, porque son caros, llamativos y su producción va en aumento.

La prueba previa del material es importante para asegurar su mejor comprensión, pero, en general, no hay duda de que los mejores medios para la educación en higiene de las madres que habitan las zonas tropicales lo constituyen los alimentos mismos, los trastos de cocinar y el resto del equipo con los que están familiarizadas, debido a que trabajan con ellos diariamente.

Este escrito se refiere principalmente a la educación de la madre, pero los africanos educados ponen siempre marcado énfasis en la importancia del padre en el campo de la educación en higiene de la nutrición; sin embargo, en la práctica, los europeos frecuentemente hacen caso omiso de esto.

Un estudio controlado de la educación en higiene sobre la nutrición de los niños, dirigido a los hombres, sería de enorme beneficio, pero las clínicas de bienestar infantil están orientadas habitualmente, hacia la mujer, y hacia el trabajo de ésta, y los trabajadores están, también, asociados en la mente del público, con respecto a la mujer. Pocas veces se ha estudiado la motivación de los hombres en lo que respecta a los niños y a la nutrición.

¿Cuáles ayudas visuales serían necesarias?
¿Cuáles actitudes e ideas habría que cambiar para modificar la conducta de los hombres en lo referente a la nutrición de sus familias?

Trabajar con los padres que asisten a las clínicas es relativamente fácil; se pueden obtener y evaluar algunos resultados positivos, pero, ¿qué proporción constituyen, de la población general? De todas formas, ellos generalmente se convencen. ¿Cómo se puede alcanzar la periferia y conservar algún control científico de la situación? Muy a menudo, cuando uno va a un poblado distante donde ha estado actuando un trabajador no adiestrado, en cuanto al desarrollo de la comunidad, descubre que la enseñanza no ha valido la pena y, o que ésta ha sido perjudicial. Muy frecuentemente ha degenerado, hasta convertirse en lecciones estereotipadas acerca del valor de los frijoles. Para conservar una perspectiva fresca en los trabajadores que se dedican a la educación en higiene, parece ser necesario proporcionarles "una motivación mediante una encuesta". Deben sentirse parte de un experimento apasionante, y que, mediante una búsqueda continua de métodos correctos: enfoques o acercamientos, artificios, etc., pueden influir preponderantemente en alguna importante contribución al bienestar de los niños de su comunidad.

Evaluación. Esta debería ser considerada (aunque muy rara vez lo es) como una de las etapas iniciales de un programa. Su dificultad se ve claramente en aquellos puntos en los que la eficiencia de la educación en higiene puede apreciarse con más facilidad mediante:

- a) Un cambio en el comportamiento de las madres a su regreso al hogar.
- b) Alteraciones a largo plazo en cuanto a la incidencia del caso particular hacia el cual se dirige la prevención.

Los dos principales grupos tropicales. Inicialmente, es útil, otra vez como una generalización,

darse cuenta de que, aunque de hecho puede haber un gran número de subgrupos étnicos, religiosos, dietéticos y socioeconómicos diferentes en diversas partes de un país, y cada uno de ellos con sus propios problemas, generalmente existen, con fines prácticos, **dos importantes grupos en las regiones tropicales de nuestros días**, en lo que se refiere a la alimentación de los niños, aunque, por supuesto, muchas familias caen dentro de estos dos extremos.

El primero de ellos, "el privilegiado", es el de la, generalmente, pequeña minoría de gente acomodada, cualquiera que sea el grupo étnico a que pertenezca, personas que tienen casa con cocina adecuada, con agua corriente, espacio para almacenar, y, a veces, hasta instalaciones de refrigeración; personas que ganan suficiente dinero para comprar alimentos proteínicos, que generalmente son caros, tales como leche, en cantidades suficientes para alimentar a sus niños, y que han recibido la suficiente educación moderna para permitirles entender y seguir nuestras costumbres, basadas en cantidades, diluciones y, especialmente, en la necesidad de la limpieza. La alimentación de los niños de este grupo puede, con ligeras modificaciones, seguir los métodos estándar que se emplean en Norteamérica y Europa.

El segundo grupo, los "no privilegiados", que forman la gran mayoría, viven en pequeños poblados o en pequeños caseríos dispersos en las áreas rurales, congregados en los barrios bajos del "cinturón de la miseria", o bien, si son más afortunados, en casas alquiladas, de rentas módicas. Se trata del grupo que a menudo tiene poca o ninguna educación moderna, baja capacidad de ingresos, cocinas sucias, llenas de moscas y con pocos trastos, poco combustible y poco espacio y medios de almacenamiento, y un suministro inadecuado de agua. A este grupo pertenecen los niños que desarrollan desnutrición proteíno-calórica y que necesitan atención inmediata en lo referente a consejos sobre alimentación infantil, prácticos y practicables, si bien es cierto que aquí caben importantes subdivisiones, como, por ejemplo, las de que quienes tienen tierra y quienes carecen de ella, así como los que aceptan rápidamente ideas nuevas y los que tradicionalmente son más conservadores.

SITUACION ACTUAL

A pesar de que es necesario un enfoque más amplio a los problemas de la alimentación infantil en las áreas en desarrollo de las regiones tropicales, en la situación actual se tratará, en su mayor parte, acerca de la educación en higiene, en lo referente a los medios dietéticos y nutricionales para prevenir la desnutrición proteíno-calórica entre los niños "no privilegiados".

ALIMENTACION DE PECHO *

(Lactancia natural o materna)

Hechos básicos. Una hipótesis útil en relación con la alimentación al seno para las madres que habitan las regiones tropicales debe basarse en los hechos siguientes:

1) **Valor nutritivo.** La leche materna es el soporte nutricional proteínico durante los primeros seis meses de vida y, generalmente, es todo lo que se necesita durante ese período. Es, también, la más barata, la más limpia y la fuente de proteínas de la que con más facilidad se dispone. Cualquier otro alimento que se considere durante este primer período, debe ser necesario desde el punto de vista de la nutrición, o por su significación cultural real, o por sus pretendidas ventajas que deben ser superiores a los graves riesgos de ocasionar diarrea infecciosa (como, por ejemplo, cuando se trata del jugo de naranja, cuya ingestión, en los niños que habitan en los trópicos, no es importante, ya que el escorbuto es casi desconocido en esas regiones).

Después del sexto mes de vida, la alimentación al seno materno no constituye por sí misma una alimentación nutricional adecuada (inanición por leche materna); el niño necesita siempre alimentación complementaria. Sin embargo, al mismo tiempo, la lactancia prolongada durante 1 ó 2 años, representa un aporte muy importante de proteínas, como profilaxis del marasmo nutricional o Kwashiorkor.

2) **Lactancia prolongada.** Así llamada cuando se prolonga durante dos años, o más, era común en el mundo occidental hasta que apareció la relativamente reciente "revolución láctea", con sus adelantos en el manejo y la conservación de la leche. En la lactancia prolongada, la leche materna que producen las madres mal alimentadas que habitan en las regiones tropicales contiene una baja cantidad de proteínas, cuyo rendimiento es, por lo tanto, bajo. El valor nutritivo de la secreción láctea materna, aunque difícil de medir, es acumulativo con los embarazos sucesivos y la lactancia prolongada y subraya la necesidad de poner atención en la dieta de la madre.

3) **"Expertos" en alimentación de pecho.** Los expertos mundiales en lactancia materna práctica, son las madres no sofisticadas, entre las cuales se considera la alimentación al pecho como una cosa tan natural, como lo es cualquier otro acto fisiológico; por ejemplo, la deglución, en otras partes del mundo. La "técnica" planeada, consciente, que se refiere a la preparación de la mamila, la postura del niño al mamar, la regularidad de las tetadas, el vaciamiento completo del seno, el hacer que el niño "expulse el aire tragado" y consejos similares, son técnicas

* Entiéndase, también, "alimentación de seno", "alimentación al seno", "alimentación de pecho".

que no se aplican o se aplican poco. El éxito se basa en una imitación inconsciente de los parientes femeninos, a quienes las madres observaron durante su propia niñez y en la normalidad llana y automática de todo el proceso, durante el cual no cuentan las dudas y las esperanzas de triunfar o fracasar.

Desafortunadamente, en la última década el fracaso de la alimentación al seno —característica prominente del mundo occidental en el presente siglo— ha invadido en forma creciente las regiones tropicales, especialmente en las áreas urbanas. Las razones de esto y del aumento de la alimentación complementaria con biberón, son, como en todas partes, múltiples, pero están relacionadas principalmente con los factores complejos socioeconómicos, asociados con la urbanización y la industrialización. Estos incluyen la imitación de los individuos educativa y económicamente "superiores" de todos los grupos étnicos (y del prestigio que se adquiere por dicho procedimiento y que permite "estar a la moda"), la presión creciente de la mal dirigida propaganda sobre los alimentos lácteos, el desarrollo de los pechos como símbolo del sexo, el "pudor", por cuanto a alimentar al niño con el pecho y la tendencia de la mujer a trabajar en las ciudades, que las obliga a dejar al niño en casa. Como en todas partes, el común denominador del fracaso de la alimentación al seno, en estas circunstancias, es el de una interferencia con el reflejo sicosomático de abatimiento, que resulta de la ansiedad y de la falta de seguridad.

4) **Peligros de la alimentación con biberón.** La alimentación con biberón se está convirtiendo en una competidora, cada vez mayor, de la alimentación al seno, especialmente en las poblaciones tropicales. Los motivos común y corrientes expuestos en los libros pediátricos de texto, en cuanto a los méritos relativos de la leche materna y la leche de vaca, son completamente académicos y secundarios para la alimentación de los niños no privilegiados.

Básicamente, con pocas excepciones, la mayoría de las madres que habitan en las regiones tropicales no disponen del dinero, de la educación, o de las instalaciones de cocina adecuada, lo que hace que la alimentación por biberón signifique la administración de una mezcla diluida, contaminada, con bajo valor nutritivo y un alto contenido de bacterias que dan por resultado la triada formada por: diarrea infecciosa, marasmo nutricional y moniliasis oral, cuyas consecuencias son, a menudo, fatales.

Contenido educativo

El contenido de educación en higiene relacionado con la alimentación de pecho, puede resumirse, a partir de los hechos básicos enunciados, como sigue:

1) **Nutrición materna.** Durante el embarazo y la lactancia prolongada deben hacerse intentos para

persuadir a las madres de que se alimenten mejor, tanto con alimentos disponibles en la localidad, especialmente legumbres, como suplementos proteínicos, como es la leche en polvo desgrasada.

2) Durante los primeros seis meses de vida.

i) Alimentación al pecho **exclusivamente**, a menos que exista una necesidad nutricional **precisa** o una fuerte presión cultural.

ii) Evítese la alimentación preláctea, jugos de fruta innecesarios o alimentos embotellados, que son peligrosos.

3) Después de los seis meses de edad.

i) Aliméntese de pecho por lo menos durante un año, o mejor, durante dos años, como pequeño pero importante complemento de proteínas.

ii) Agréguese papillas hechas principalmente con alimentos proteínicos disponibles, en forma tal que, al completar el niño un año de vida, la dieta incluya todos los elementos de la dieta de un adulto.

Alimentación al seno entre las madres tradicionalistas y las semisofisticadas

Como se ha notado, la situación es considerablemente complicada por el hecho de que en las regiones tropicales más tradicionalistas la alimentación al seno se lleva al cabo fácilmente por la gran mayoría, mientras que, entre las madres semisofisticadas en las áreas urbanas, la situación se ha alterado y continúa cambiando con la frecuencia del abandono de la alimentación al seno, así como con los intentos, frecuentemente sin éxito, de la alimentación con biberón, que está desplazando a la materna.

Evidentemente, la importancia que debe darse a la educación en higiene en relación con la alimentación de pecho debe ser diferente en estos niveles sociales.*

1) **Comunidades tradicionalistas.** Cuando la alimentación al pecho es ya un éxito completo, resulta innecesario, presuntuoso y peligroso (puesto que puede sembrar la semilla de la duda) incluir consejos sobre esas manías occidentales, dudosamente científicas, que a veces se les denomina "técnica" de la alimentación al pecho. Es **absolutamente incorrecto** tratar el tema de la preparación de la mama, la regularidad en las tetadas, la posición, la necesidad de vaciar los pechos completamente y la

* No es difícil hacer la evaluación de la eficiencia y la amplitud de la alimentación al seno en una comunidad, ya que puede obtenerse mediante revisiones frecuentes y de los registros de las clínicas de bienestar. La evaluación negativa se puede obtener mediante el registro del aumento en el uso del biberón y de la leche en polvo (y de la incidencia de las gastroenteritis), y es aun más importante, puesto que anuncia la necesidad de volver a la alimentación al seno.

costumbre de hacer que el niño expulse el aire tragado durante el amamantamiento (un ritual occidental ampuloso, asociado probablemente sólo con alimentación incorrecta por biberón).

Para este grupo, por lo tanto, sólo tiene importancia la alimentación al pecho durante los primeros seis meses. La educación en higiene es, en realidad, innecesaria, pero, con el cambio cultural rápido, característico del mundo actual, puede considerarse recomendable como una "profilaxis de situación" no mencionar cuestiones de técnica, sino más bien subrayar, en forma directa, el valor de la alimentación al pecho y los peligros de la alimentación con biberón; este tipo de consejos puede enviarse a través de diversos conductos, incluyendo los centros de bienestar para niños, las clínicas prenatales y clubes de padres, pero, sobre todo, a través de las escuelas primarias, cuyos niños serán principalmente afectados por la tendencia contraria a la alimentación al pecho cuando lleguen a ser padres. También, en algunas culturas la alimentación al pecho cesa prematuramente debido a la creencia de que la leche se vuelve mala o venenosa. Algunas veces, como en el caso de los zulúes, esto se debe a ideas de embrujamiento (y a veces sólo se considera venenoso un pecho) mientras que en otras tribus este modo de pensar es debido a que la madre queda embarazada nuevamente.

Para los grupos que acostumbran suspender la lactancia prematuramente, es necesario planear y conducir la educación en higiene en forma tal que permita cambiar esa actitud. En el grupo de las madres que se embarazan (grupo que constituye un porcentaje considerable, de todas las madres que amamantan) generalmente hay algunas que piden consejos acerca de si existen peligros en continuar amamantando a su hijo. En estos casos, la educación debe ser individual y siempre en relación con las circunstancias de la comunidad en particular.

2) **Comunidades semisofisticadas.** El problema entre los no privilegiados que forman parte de las comunidades semisofisticadas, generalmente urbanas, se complica por el hecho de que ya ha comenzado la tendencia a abandonar la lactancia materna y sustituirla por el uso del biberón y, al mismo tiempo, la educación en higiene se hace más difícil, por la difusión de la propaganda que realizan las compañías comerciales fabricantes de alimentos para niños y leches, así como por el éxito manifiesto de la alimentación artificial que llevan al cabo las madres privilegiadas de todos los grupos étnicos que habitan la misma región.

En estas circunstancias, en la educación en higiene dirigida a los escolares, clubes de padres y clínicas prenatales y de bienestar infantil, debe subrayarse el valor positivo de la alimentación con biberón. En este último caso, la educación en higiene debería apuntar hacia la obtención del recono-

cimiento de la relación que existe entre el biberón y las gastroenteritis y el marasmo. Esto se realiza muy rápidamente en la mente del estudiante de Medicina y puede intentarse entre las madres que se hallen presentes en la sala del hospital, con el fin de que el orden de los acontecimientos no se repita con los niños que nazcan después.

Aquí, las dificultades son manifiestas. La presión creciente de los anunciantes y el éxito que se obtiene con la alimentación artificial practicada por la minoría acomodada, hace que las madres no privilegiadas sientan que se les está relegando a un segundo término y que se les están negando sus derechos a la vida moderna. La educación en higiene, útil para convencer, es difícil de idear; quizá sea posible apelar algunas veces al sentimiento nacionalista, haciendo resaltar que la alimentación al seno es una característica de la antigua cultura de los tiempos preeuropeos. Al mismo tiempo debe subrayarse que en un país tan "adelantado" como los Estados Unidos, existe actualmente un movimiento entre las madres instruidas que tiende a volver a la alimentación al seno, como se ejemplifica en "La liga de la leche" (Milk League), mientras que en Rusia la alimentación al seno es la forma habitual de criar a los niños.

Probablemente, la necesidad mayor de educación en lo relativo a la alimentación al seno reside en el personal médico y otras oficinas sociales. Muchos proceden de las áreas occidentales y no se percatan de la necesidad de la alimentación al seno en las regiones tropicales. En sus propias vidas no encuentran ejemplo porque son solteras, o bien, madres que trabajan y alimentan a sus niños con biberón. La administración prematura de leche de vaca y la aceptación fácil del pretexto de que "no tengo suficiente leche" lo ha originado el personal de forasteros, o el personal que ha sido enseñado por forasteros, que no han sido educados en la práctica normal de la lactancia, excepto en la de las vacas. Si la única persona disponible para impartir educación en higiene es una joven mujer soltera, es preferible que admita su ignorancia y su torpeza para aconsejar sobre la alimentación al seno o, mejor aún, que no toque el tema.

ALIMENTACION ARTIFICIAL

La educación en higiene, relativa a la alimentación artificial exige una atención muy cuidadosa. No debe incluirse este tema en las series de demostraciones sobre bienestar de los niños y sólo se tratará de ello en los pocos casos en que sea necesario.

Los riesgos bacteriológicos por el uso que del biberón hacen, entre los no privilegiados, las madres semisofisticadas, son grandes, y en muchas regiones tropicales puede considerarse de menor peligro acon-

sejar el uso de la taza y la cuchara o del tazón de metal, ya sea temporalmente, si se necesita alimentación complementaria, o de modo continuo si existe una verdadera necesidad, especialmente si, por muerte o abandono, no se cuenta con la madre. Con este tipo de método que se emplea en el "Equipo para Alimentar del Fondo de Salvamento de los Niños" (Apéndice III) en Kampala, hay mayor probabilidad de limpieza que cuando se utilizan botellas de cuello angosto.

Si se adopta esta filosofía, es muy importante evitar el uso de botellas para alimentación en las salas de niños de los hospitales, ya que esto implica la aprobación tácita, y constituye una forma de mala educación en higiene. Por esta razón, en los dos años pasados, la alimentación por medio de botellas **no se ha utilizado en lo absoluto** en la división de pediatría del hospital Mulago. Cuando se ha necesitado administrar alimentación artificial, ya sea temporal o definitivamente, se utilizan la taza o la cuchara o el tazón.

Reestablecimiento de la alimentación al seno

1) **Bases de la comunidad.** Puede pensarse en una reversión de la tendencia actual de abandonar el pecho materno y substituirlo por alimentación artificial si se llegara a saber que los creadores de este comportamiento de moda, como lo son las esposas de los líderes nacionalistas, de la realeza, de las estrellas de cine y los artistas, les dieran de mamar a sus hijos. Sin embargo, fundamentalmente, tal cambio en la forma tendría más éxito si se originase en Europa y en Norteamérica.

Si, como es el caso actualmente, el movimiento hacia la alimentación con biberón, a menudo innecesaria, continúa creciendo en las regiones tropicales, la cosecha en aumento de muertes y enfermedades puede esperarse a causa de la diarrea infecciosa y del marasmo nutricional; asimismo, un punto de la economía que rara vez se aprecia, que es el de la fuente más grande de proteínas "animales" de buena calidad, se irá perdiendo cada vez más, para un mundo que está buscando activamente la expansión en la producción de proteínas, y quizá hasta perder la oportunidad de aprovechar fuentes inexplorables, como son las algas, la semilla de algodón y las hojas de las plantas.*

2) **Bases particulares.** Se ha demostrado en el Departamento de Pediatría del Hospital Mulago que, cuando se trata de casos particulares de madres que alimentan a sus niños únicamente con biberón,

* Si todas las madres africanas que habitan en Uganda, cuya población total es de, aproximadamente, 6.5 millones, suspendieran repentinamente en sus hijos la alimentación de pecho, puede calcularse que serían necesarios anualmente, 50 millones de litros (100 millones de pintas) de leche de vaca.

o alternándolos ocasionalmente con el pecho, por las razones, totalmente sin valor, de la pauta sicosomática occidental ("no tengo leche suficiente", "al niño no le gusta mi leche", etc.), se puede conseguir que vuelvan a darles pecho a sus niños en el 75 por ciento de los casos (Apéndice IV), aunque no se sabe cuáles son los componentes efectivos del sistema empleado.

Propaganda comercial

En esta época de persuasión en masa hay tres principales variedades modeladoras de la opinión: propaganda política, publicidad comercial y educación en higiene.

En el campo de la nutrición, la educación en higiene es un aficionado pigmeo anémico, comparado con los gigantes robustos, profesionales, experimentados y financiados, de la publicidad comercial.

Si bien la publicidad comercial sirve para que el público se percate de los beneficios de las costumbres de la vida moderna y de muchas comodidades, la situación relacionada con alimentos y medicamentos para niños merece un examen cuidadoso. En resumen se han suscitado dificultades como resultado de que numerosas empresas, de honradez intachable, de leches enlatadas que compiten entre sí, ponen en venta sus costosas mercancías en los países tropicales, utilizando el mismo tipo de publicidad que desarrollan entre la población instruida de sus lugares de origen. Los resultados son excelentes entre la minoría privilegiada, pero resultan desastrosos para los hijos de padres pobres, sin educación, que se ven atraídos por este tipo de publicidad llamativa hacia la costumbre desatinada, extraordinariamente cara * y frecuentemente fatal, de adoptar la prestigiada alimentación por medio del biberón. Hay poca duda de que lo que más se necesita es una reorientación del modo comercial de pensar en lo relacionado con los alimentos que se pongan en venta en las regiones tropicales para su consumo por los niños. En efecto, lo que necesita el sector pobre de la población es:

a) una leche entera (cabal) barata o subvencionada, ** para dársela al niño en taza o en tazón, y con cucharita, que constituyen las mejores formas de alimentación para los raros casos de niños cuya madre ha muerto o se halla imposibilitada para amamantarlo, y

* El costo de la alimentación correcta con leche completa para un niño de cuatro meses de edad, cuesta en Kampala, en la actualidad (marzo de 1962), alrededor de (Dls. 10.70) mensuales que equivale más o menos a la tercera o cuarta parte de los ingresos de un trabajador.

** Tal vez una leche acidificada tenga algunas ventajas; una muy importante es que no puede utilizarse en el té o el café de los adultos.

b) un alimento con alto contenido de proteínas, barato, como, por ejemplo, leche en polvo o una mezcla que contenga a ésta e ingredientes proteínicos vegetales, o cualquiera otra mezcla similar que pueda ser tomada por niños mayores de seis meses de edad, sin necesidad de disolverla, sino utilizada en polvo o mezclada con el resto de la dieta o en papilla.

No es leche líquida ni ningún "substituto de la leche" lo que se necesita, sino un alimento con alto contenido proteínico que pueda completar, de veras, tanto a la leche de pecho como a las dietas disponibles en la localidad para los niños que empiezan a caminar, y no un sustituto de la leche de pecho en los primeros meses de vida.

La leche líquida debe manejarse como una medicina potencialmente peligrosa y no ser distribuida por todas partes en una comunidad impreparada; en efecto, "sólo puede utilizarse con seguridad si se dispone de agua entubada de buena calidad y si se cuenta con un equipo de cocina adecuado. Y aun así se necesitan conocimientos para utilizar ventajosamente lo anterior".

DIETA TRANSITORIA ***

La educación en higiene, en lo que se refiere al período de dieta transitoria, debe enfocarse, en África, hacia la prevención de la desnutrición proteínocalórica, incluyendo, especialmente, el kwashiorkor:

i) impulsando el mejor consumo de alimentos proteínicos obtenidos en los cultivos caseros, en los establecimientos comerciales, o en los centros de bienestar infantil, junto con un aporte adecuado de calorías, mediante la ingestión de carbohidratos;

ii) intentando disminuir la incidencia de las enfermedades "predisponentes", como la anquilostomiasis, la tuberculosis, etc.;

iii) estudiando las formas para reducir o modificar las situaciones sicosociales de importancia nutricional (por ejemplo, la separación "geográfica" repentina cuando se suspende la alimentación al pecho).

*** Las dificultades de la semántica se deben a que no existe en inglés un equivalente exacto de la palabra francesa "severage". El término "weaning" (destete, ablactación; anglosajón, *wenain*, acostumbrar), se utiliza con diferentes significados, incluyendo "acostumbrarse a tomar alimentos que no son leche" y "cesación de la alimentación al seno". El término "dieta transitoria" se refiere aquí a la dieta administrada a los niños entre la época en que sólo se alimentan al pecho, y la época en que han llegado a ser relativamente omnívoros, como los adultos.

Consideraciones nutricionales generales

1) **Dieta mixta en el segundo semestre.** Uno de los principios más importantes en la prevención del kwashiorkor y de los síndromes similares, consiste en la **introducción gradual de fuerte dieta mixta durante el segundo semestre de la vida, con alimentos que se consumen en la comunidad de que se trata, especialmente de los que contienen proteínas.** Frecuentemente, algún defecto en las prácticas alimentarias tradicionales impide llevar al cabo lo anterior. La mayor incidencia del kwashiorkor aparece en el segundo año de vida; su prevención, en las condiciones actuales de las regiones tropicales consiste, principalmente, en la alimentación al seno durante los primeros seis meses, y en la introducción de dieta mixta disponible, que incluya proteínas vegetales y animales, simultáneamente con leche humana, desde el principio del segundo semestre en adelante.

Duración de la lactancia

2) La educación en higiene sugiere que la duración de la lactancia debe variar de acuerdo con las condiciones culturales indígenas, pero que nunca debe ser menor de un año y, preferentemente, de dos. Debe subrayarse una vez más que, durante los primeros seis meses, la alimentación debe estar constituida exclusivamente por leche materna; de ahí en adelante aquélla debe considerarse como un **complemento proteínico** pequeño, pero valioso, de los alimentos exógenos que forman la mayor parte de la dieta.

La mecánica real de la separación del pecho (ablactación) varía muchísimo de una cultura a otra. En muchas sociedades se acostumbra posponerla de acuerdo con técnicas de intervalos familiares, como la de suspender las relaciones sexuales hasta que el niño pueda caminar o tenga un cierto número de dientes.

Esta es una época difícil en cualquiera cultura, y lo es mucho más cuando se trata de la alimentación al pecho permitida para los niños en regiones tropicales, sobre los que puede caer el impacto de un segundo nacimiento.

La educación en higiene debe basarse, como siempre, en el conocimiento de las prácticas locales, e intentar disuadir a los habitantes de continuar observando costumbres que se consideran, después de haber reflexionado cuidadosamente sobre ellas, como nocivas, como, por ejemplo, la aplicación de hierbas amargas en los pechos o el envío repentino del niño a la casa de algún pariente. Las benéficas prácticas "compensadoras" que se encuentran en algunas partes del mundo, merecen reconocerse e imitarse, como cuando la madre hace un esfuerzo especial para consolar al niño desplazado y ofrecerle en su dieta porciones de alimentos que le gusten y sean apreciados por él, especialmente si son ricos en proteínas.

3) **Conceptos locales sobre nutrición y alimentos para niños.** Las principales dificultades en la educación sobre nutrición de los pueblos no instruidos que habitan regiones tropicales, consisten en la falta de comprensión de la correlación que existe entre la salud y el desarrollo de los niños y la buena alimentación y, a la inversa, la correlación entre una dieta mal balanceada y la desnutrición. Los alimentos están clasificados, por lo general, culturalmente, y, en ocasiones, sobre bases complicadas; pero sólo rara vez ocurre, y en forma accidental, que exista un rebasamiento en cuanto a las divisiones científicas. En África, el propósito principal de los alimentos es el de satisfacer plenamente el hambre y, si es posible, hasta el hartazgo.

En lo que concierne al niño pequeño, muy a menudo los primeros alimentos que ingiere, independientemente de la leche materna, consisten en porciones de la dieta de los adultos que se le ofrecen durante una o dos de las comidas diarias. Aspectos que habría que hacer resaltar y que no se encuentran frecuentemente en los métodos tradicionales, se refieren a la prioridad de los niños pequeños en lo tocante a los alimentos proteínicos, a su necesidad, si así puede llamarse, del aumento en las cantidades de alimentos suaves, fáciles de masticar y de digerir, y si es posible, cocinados especialmente para ellos y administrados en cuatro comidas diarias.

4) **Otros factores locales.** Como se habrá notado al principio, deben conocerse muchos factores de la ecología local y de las costumbres y así adaptar adecuadamente la educación en nutrición. Los métodos de cocinar, propiamente dichos, son de principalísima importancia,* así como la amplitud de las posibilidades económicas en el hogar (costo de los alimentos, vasijas disponibles, abastecimiento de combustible, almacenamiento, etc.).

Puesto que las proteínas constituyen, casi siempre, el nutriente decisivo, es muy conveniente que los educadores en higiene dispongan de un "lista de fuentes de proteínas" de la región. En esa lista deben aparecer los alimentos proteínicos, tanto vegetales como animales, que se encuentren en el área, bien sean cultivados, se hallen en venta en establecimientos comerciales o estén disponibles en los centros de bienestar infantil, junto con las variaciones estacionales en el suministro y en el costo, así como una forma sencilla de clasificación nutricional. Idealmente, esta lista debería incluir alimentos proteínicos que pudieran obtenerse en un futuro próximo, debiendo revisarse la lista periódicamente, quizá cada seis meses.

* Un ejemplo de esto lo tenemos entre los baganda de Uganda quienes utilizan el tradicional método de cocinar en hojas de plátano, haciendo paquetes de este alimento rico en proteínas, para los niños, llamado *pasta effu*. (Apéndice V.)

5) **Mezcla triple de alimentos proteínicos para niños.** En la mayoría de las regiones tropicales, la cantidad de proteínas animales que se encuentra es insuficiente para los niños en rápido crecimiento, por lo que es necesario considerar la forma de utilizarlas de la mejor manera que sea posible en la vida real.

El concepto "mezcla triple de alimento proteínico para niños" es útil como la forma más ventajosa, tanto económica como nutricionalmente, de combinar los alimentos proteínicos animales y su contenido rico en aminoácidos esenciales, con mezclas de alimentos vegetales proteínicos locales, que, a su vez, son pobres en ciertos aminoácidos.*

La mezcla triple de alimentos proteínicos para niños debe ser una preparación cocinada especialmente, digerible y suave, que contenga:

i) **un producto local** (el de mayor contenido proteínico, si existen alternativas) que puede ser un cereal, un tubérculo o cualquiera otra cosa (plátano);

ii) **una legumbre local**, escogida de acuerdo con su contenido proteínico, su supuesta digestibilidad y verosímil aceptación por parte de las madres;

iii) una pequeña cantidad de proteína animal costosa, tal como un huevo, pescado, leche en polvo o harina de pescado, **mezclados** antes o después de cocinarse, dependiendo esto del alimento de que se trate.

Como ejemplos de este principio pueden citarse, como una posibilidad para algunas partes de la India, una papilla de harina de arroz suave, tostado, de Bengala, **garbanzo de la India (Cicer arietinum)** con un poco de leche, mientras que en Buganda, el ejemplo es una forma de mezcla triple de alimentos proteínicos para niños hecha de plátano, frijoles al vapor (**Phaseolus vulgaris**) y un huevo crudo batido (pasta ettu). (Apéndice V.)

Plan de acción práctico

El segundo semestre de vida. Primer alimento. Habitualmente, el primer platillo que se le suministra al niño es, y debe ser, un atole, una papilla suave o una porción del producto local alimenticio (por ejemplo, atole de maíz, arroz suave hervido, corteza de batata (camote, boniato) cocinada, una porción de plátano al vapor). Esta parece ser una práctica general en todo el mundo, incluyendo a Europa y Norteamérica, y en las regiones tropicales también es válida como primera alimentación, de preferencia

* De hecho, este principio se ha obtenido empíricamente en las dietas tradicionales de numerosas partes del mundo y, por ejemplo, en la India, tenemos a la leche y al *dhal* de arroz (legumbre) como base de la dieta hindú.

en forma de atole, al que se agrega una cantidad mayor de proteínas animales fáciles de mezclar (leche o huevo).

Alimentos subsiguientes. Después de lo anterior, debe pensarse en una mezcla triple de alimentos proteínicos para niños, hecha, básicamente, de alimentos aceptables y disponibles en la localidad, contando con las posibilidades culinarias limitadas. Al principio, deben suministrarse al niño, una vez al día, pequeñas porciones, que irán aumentando hasta cuatro veces al día.

Como la mayor parte de estos alimentos tiene que cocinarse aparte de los alimentos de los adultos, las clínicas de bienestar infantil ayudan, en forma importante y práctica, a la alimentación infantil, proporcionando pequeñas vasijas baratas, para cocinar.

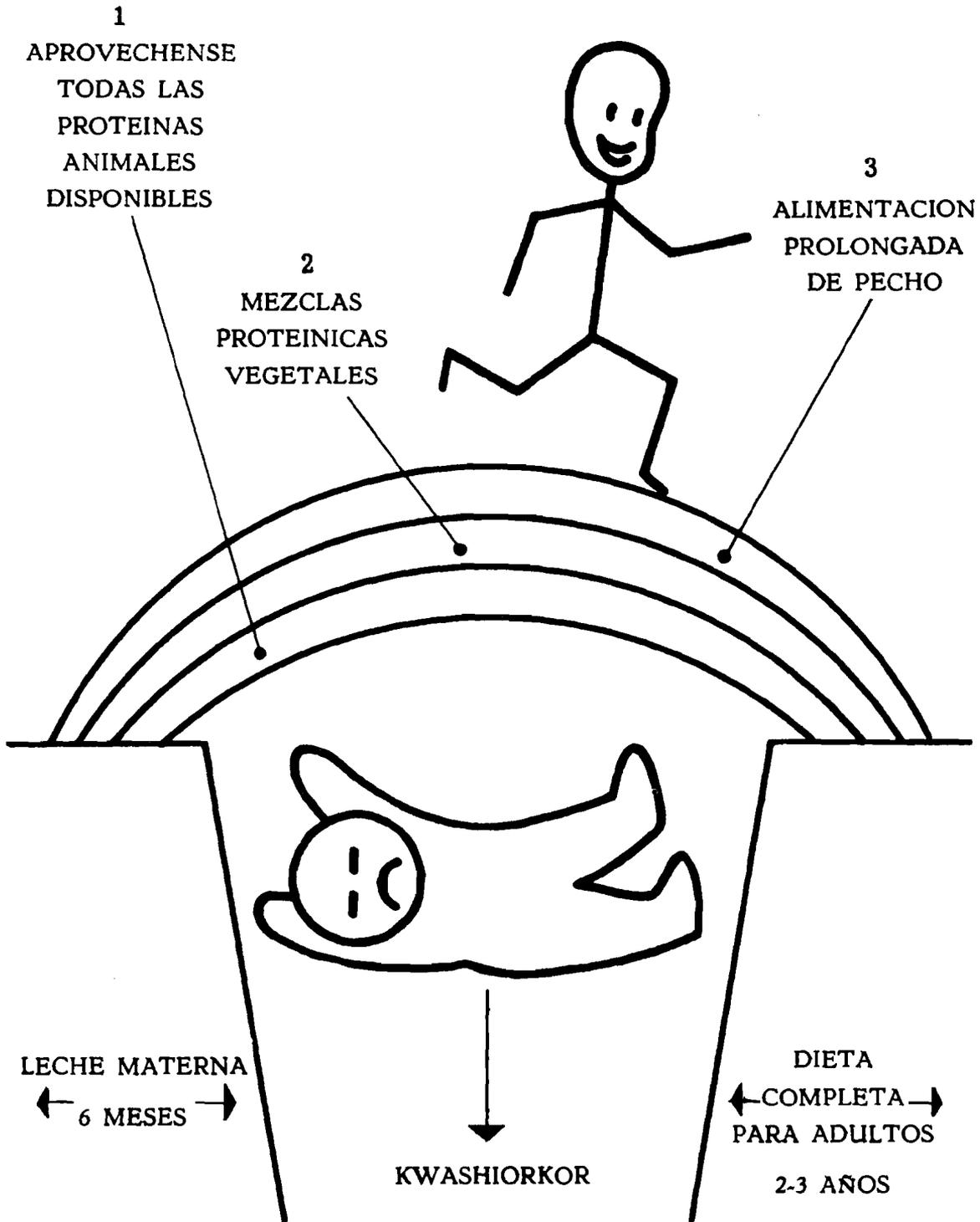
En otras ocasiones, esto no es necesario, como en el caso de los baganda, quienes cocinan sus alimentos en paquetes de hojas de plátano que introducen en una olla grande, en la que pueden colocar fácilmente, por separado, el alimento de los niños (Apéndice V).

Dieta para adultos. Como primeros alimentos para niños, además de la leche materna, en las comunidades que carecen de facilidades y de incentivos para preparar platillos por separado para sus pequeños, y en todos los grupos de los trópicos durante el segundo semestre de vida, debe suministrarse a los niños porciones de aquellos alimentos de la dieta de los adultos que sean más suaves y ricos en proteínas.

Por lo tanto, la educación en higiene debe guiarse por el conocimiento detallado de los sistemas de alimentación indígena y de las prioridades intrafamiliares de alimentos. En Buganda, por ejemplo, aquella se basaría en tratar de asegurarse de que los niños crecidos reciban su ración en **enva** ("salsa" de cacahuate y vegetales) y de **bijanjaló** (frijoles majados sin la cáscara), mezclado con el producto universal y dominante, pero pobre en proteínas, **matoke** (plátano al vapor).

"Puente proteínico de tres principios" (figura 1). En vista de que la necesidad alimentaria primordial de los niños en las regiones tropicales en desarrollo la constituyen las proteínas, el concepto "puente proteínico de tres principios" resulta útil para la enseñanza (para estudiantes y personal médico, pero no para las madres). Tiene el valor de la simplificación y hace resaltar la necesidad de aprovechar todas las fuentes proteínicas, representadas, pictóricamente, por tres "secciones": alimentación prolongada al seno, alimentos proteínicos animales, y mezclas proteínicas vegetales, si el niño ha de saltar sobre la división nutricional que separa a los de seis meses y a los de 2-3 años de edad, sin estrellarse en el precipicio del kwashiorkor.

FIGURA 1



APENDICE I

Necesidades que las mujeres de Buganda sienten en relación con la nutrición infantil

En un intento por descubrir las necesidades que las mujeres habitantes de áreas rurales de Buganda sienten acerca de este tema, se invitó a veinte de ellas a que hicieran cualquiera clase de preguntas al educador en higiene, relacionadas con la lactancia, el destete y la alimentación del niño. Sorpresiva e inexplicablemente, la mayoría de las mujeres preguntó si había una forma especial de sostener al niño mientras se le da el pecho. El comentario que siguió en orden de frecuencia fue el de que no querían saber nada acerca de la lactancia. Dos mujeres preguntaron cómo aumentar su secreción láctea, y una inquirió por qué las mujeres modernas que son madres no tienen leche.

En relación con el "destete", algunas preguntaron cómo deberían quitarle el pecho al niño, como si hubiese otra forma de hacerlo diferente a la que ellas practican; pero, nuevamente, un grupo de mujeres no manifestó sentir la necesidad de formular preguntas al respecto.

Las preguntas relacionadas con la alimentación después del "destete" fueron: cómo se le debe dar leche de vaca al niño, qué se le debe dar en lugar del pecho y a qué hora se debe alimentar al niño. Muchas preguntaron qué alimento debían darle a sus niños —pregunta vaga y general, que más bien

era una invitación para procurarse un poco de entretenimiento—. Tal vez era una pregunta comedida que indicaba que preferían escuchar todo lo relacionado con el tema.

El diez por ciento del grupo no dio muestras de desear saber nada acerca de la alimentación de los niños, probablemente debido a que está muy satisfecho con los métodos tradicionales. En general, no parece que había mucho interés en aprender algo respecto a la alimentación correcta del niño.

De esto se podría deducir que las mujeres de Buganda casi no se dan cuenta de la relación que existe entre la nutrición y la enfermedad y, por lo tanto, no les interesa el tema.

Como se sabe, el kwashiorkor es conocido entre los baganda con cuatro nombres —**obwosi** (desplazamiento del niño debido a un nuevo embarazo); **omusana** (el sol, se refiere a la decoloración de la piel y del cabello); **empewo** (exposición del niño al frío); **obusoro** (la creencia de que se introducen en el niño "pequeños animales"). En ninguno de estos conceptos se establece relación alguna entre el alimento y la nutrición. Mientras no se establezca en la mente de las personas la relación que existe entre la enfermedad, la falta de crecimiento y la alimentación del niño, continuarán careciendo de interés verdadero para aprender cualquiera cosa relacionada con los alimentos.

APENDICE II

Club de Padres de Mulago

Casa modelo de bajo costo (Dls. 280.00) se ha construido cerca de las salas de niños del Hospital Mulago, de acuerdo con los planos disponibles en el Ministerio de Salud, con dinero suministrado generosamente por el Fondo de Salvación del Niño (Uganda). Esta construcción y su cocina adyacente, constituyen la base del Club de Padres de Mulago.

Una mujer joven de Buganda ha sido adiestrada como educadora práctica en higiene. Formando parte del equipo, acompaña al médico en sus visitas a las salas. platica amigablemente con las madres y,

especialmente, tiene una reunión vespertina con las madres que permanecen en la sala con sus niños, sentadas en esteras bajo un árbol o dentro de la casa modelo.

Se cubre diversidad de temas relacionados con la prevención práctica de las enfermedades comunes de la niñez (Kwashiorkor, diarrea infecciosa, y anemia causada por helmintos intestinales). Estas charlas toman características de demostraciones con participación del grupo.

Se evalúan estas actividades en cuanto a su utilidad o inutilidad, según el caso.

APENDICE III

Equipo para alimentación casera del "Fondo de Salvación de Niños"

Este equipo está planeado para la alimentación en el hogar, administrada por los padres adoptivos, de niños que **tengan** que ser criados artificialmente. Debido a la dificultad en la limpieza de las botellas

y mamilas, con el consecuente grave peligro de infectar a los niños y producirles vómito y diarreas, el alimento se mezcla o se suministra en una taza de aluminio, que es muy fácil conservar limpia.

Partes de que consta el equipo *

1. Vasija (bandeja de aluminio con tapa)
2. Una lata que contiene jabón
3. Una cuchara
4. Tazón para alimento
5. Una lata de leche

Instrucciones para su uso

1. Destape la vasija y ponga la tapa a un lado
2. Saque el jabón de la lata y lávese las manos
3. Saque el tazón y la cuchara y colóquelos sobre la tapa
4. Vierta agua en la vasija, hasta la marca, y hiérvala
5. Vierta un poco de agua hirviendo sobre el tazón y la cuchara, y tírela después
6. Vierta agua hirviendo en el tazón, hasta la marca
7. Cuando se enfríe el agua lo suficiente para que se pueda sostener el tazón sin quemarse, añadanse y mezclense cucharadas de leche y désela al niño
8. Cuando haya terminado, lave el tazón y la cuchara con agua y jabón antes de volver a guardarla en la vasija

Tazón para alimentar (tamaño natural), con capacidad hasta de 8 onzas.

* Hoja elaborada por el doctor Hebe Wellbourn.

APENDICE IV

Reinstauración de la alimentación de pecho

Régimen de sala de hospital

- 1) Madre Estímulo y explicaciones
Medio litro de leche al día (en Buganda, principalmente, sicoterapia)
Cloropromazina en tabletas de 100 mg. durante 10 días (si es necesario provocar un reflejo artificial de abatimiento, empleese Nasal synthetic oxytocin)
- 2) Hijo
 - i) Frecuentes lactaciones; aproximadamente, por lo menos, cada 2 ó 3 horas. Alimentación complementaria mediante sonda, cuchara o tazón.
 - ii) Otros tratamientos (antibióticos, rehidratación, etc.)

Evaluación de los resultados

Aumento de peso, mejoría clínica de la secreción láctea, alimentación de prueba al final del empleo de la cloropromazina. Descarga final espontánea del pecho.

APENDICE V

Pasta de Ettu en la alimentación de los niños en Buganda

D. B. Jelliffe

La disminución de las proteínas, junto con un exceso calórico de la dieta de los niños, conduce, a menudo, a la desnutrición, incluyendo al kwas-hiorkor.

Es necesario persuadir a las madres pueblerinas:

- 1) prolongar durante un año la alimentación de sus niños al seno;
- 2) prevenirlas contra los peligros de la alimentación con biberón;
- 3) incluir alimentos proteínicos animales y vegetales en la dieta de sus niños a partir de los 5 ó 6 meses de edad *

Productos básicos

En Buganda (y en otras partes de Uganda), el plátano y la batata son los productos principales de consumo y se cocinan al vapor, envueltos en hojas de plátano (ettu).

Alimentos proteínicos

Las principales fuentes de proteínas vegetales las constituyen los cacahuates y los frijoles (*Phaseolus vulgaris*); los alimentos proteínicos de origen animal son caros y generalmente escasos, pero es posible conseguir los siguientes:

- a) en pueblos o aldeas —huevos, pescado fresco o seco;
- b) en los establecimientos comerciales —leche descremada deshidratada.

* Existen otras diversas maneras para intentar hacer esto, incluyendo las recetas culinarias que aparecen en la publicación "la salud en el hogar" por el Dr. Hebe Wellbourn, en todas ellas se incluyen las pastas *ettu* que deberían conocer y aprovechar todos los trabajadores en el desarrollo de la comunidad.

Pastas Ettu

La importancia de las pastas *ettu* consiste en la facilidad que tiene la madre para alimentar a su niño desde los 6 meses en adelante, ya que un paquete especial (*ettu*) que contenga en forma de pasta una mezcla de un producto básico, mezclado con alimentos proteínicos, tanto de origen animal o vegetal, resuelve el problema. Esto tiene la ventaja de que utiliza los métodos culinarios tradicionales, es económico en el gasto de combustible, puesto que se cocinan junto con el *matoke* familiar, y permite conservar la pasta preparada, envuelta con limpieza, para utilizarse fría o recalentada en la siguiente comida.

RECETAS CULINARIAS BASICAS DE PASTAS ETTU

Medidas exactas o de cocina

1. 12 onzas de *matoke* (pesado después de pelarse)
3 onzas de frijoles secos
5 cucharadas de agua
una pizca de sal

Medidas domésticas

- 6 "plátanos" común y corrientes (piezas)
- 6 cucharadas grandes de frijoles secos (cucharada inglesa de postre)

o bien,

- 1 puñado de frijoles secos
10 cucharadas grandes de agua
una pizca de sal
2. 12 onzas de *lumonde* (pesado después de pelarse)
3 onzas de frijoles secos
5 cucharadas de agua
una pizca de sal
- 1 1/2 raíz de *lumonde* tamaño mediano
- 6 cucharadas grandes de frijoles secos (cucharada inglesa de postre)

o bien,

- 1 puñado de frijoles secos
- 10 cucharadas grandes de agua una pizca de sal
- 3. 8 onzas de **matoke** o **lumonde** (pesado después de pelarse)
- 4 onzas de cacahuates * (machacados)
- 5 cucharadas de agua una pizca de sal
- 4 "plátanos" (piezas común y corrientes)
- 8 cucharadas grandes de cacahuates (cuchara inglesa de postre)
- 10 cucharas grandes de agua una pizca de sal

A UNA de éstas mezclas básicas hay que agregarle UNO de los siguientes alimentos:

- a) 1 $\frac{1}{4}$ onzas de huevo fresco
 - b) 1 $\frac{1}{4}$ onzas de leche descremada
 - c) $\frac{5}{8}$ de onza de pescado seco
-
- a) 1 huevo batido
 - b) 5 cucharaditas copeteadas de leche descremada en polvo
 - c) la mitad de un **ngege** fresco o seco, de tamaño mediano

COMO PREPARAR Y COCINAR LAS PASTAS ETTU

El método siguiente es el que se usa generalmente cuando se preparan y se cocinan las pastas **ettu**, si se utilizan el **matoke** (plátano) o **lumonde** (**batata**), frijoles secos, y huevo o leche descremada en polvo.

- 1) Midanse los frijoles secos, lávense y pónganse a remojar en agua limpia durante la noche. Esto suaviza las cáscaras, lo que permite quitarlas con facilidad. Otro método para despellejarlos consiste en ponerlos a hervir durante 45 minutos y en seguida ponerlos en agua fría lo que facilita la maniobra.
- 2) Al día siguiente se les despelleja, cuando haya que preparar el alimento del niño.

* Mani: cacahuates.

- 3) Pélese, lávese y píquese el **matoke** o el **lumonde**.
- 4) Mézclense el **matoke** o el **lumonde**, los frijoles y el agua, una vez amasados, envuélvanse en hojas de plátano; atense cuidadosamente y colóquense los **ettu** en la olla donde se cocina el alimento para el resto de la familia. Cuézanse al vapor durante 2 ó 2 $\frac{1}{2}$ horas, más o menos. Utilícense hojas de plátano ahumadas, **luwombo**, para evitar que se rompan o se rajen.
- 5) Abrase el **ettu** y macháquese bien el alimento así cocinado. Midase la cantidad necesaria de leche descremada en polvo y rocíese con ella el alimento, mezclándolos nuevamente muy bien. La mezcla debe quedar muy suave. **O BIEN**, bátase el huevo e incorpórese al alimento cocinado y vuélvase a batir hasta obtener una masa blanda.

Métodos para preparar pastas **ettu**, utilizando **matoke** o **lumonde**, cacahuates machacados y huevos, o bien, leche descremada en polvo.

Se hace una substitución, como puede verse anteriormente: en lugar de cacahuates, frijoles. Cuando sea posible, los cacahuates deben tostarse y pelarse antes de machacarse.

Métodos para preparar pastas **ettu**, utilizando **matoke** o **lumonde**, frijoles o cacahuates y pescado (fresco o seco). La única diferencia que hay al preparar esta pasta **ettu**, consiste en que el pescado se cocina al mismo tiempo que el **ettu**.

Remójese el pescado seco en agua limpia, o bien, lávese el pescado fresco. Quitele la piel y deshuésese el pescado, y utilícese la mitad de un **ngege** de tamaño mediano para formar parte del **ettu**.

RECONOCIMIENTO

Debe agradecerse a las señoritas C. Morton y G. Nansubuga, así como también a la clase de Ciencia Doméstica, del Colegio de Niñas Gayaza, los experimentos de cocina prácticos que llevaron al cabo durante meses; igualmente, por sus consejos y su estímulo, al director, Dr. R. F. A., y a sus colaboradores, quienes forman parte del equipo de la Unidad de Investigación sobre Desnutrición Infantil en Kampala.

Nota. Cualquiera de estas mezclas es suficiente para alimentar a un niño de 1 ó 2 años de edad, al mediodía y por la noche, y de preferencia, debe dársele caliente. Después de la primera comida, debe envolverse el **ettu** para dárselo más tarde frío o recalentado.