

**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

FACULTAD DE MEDICINA

E. A. P DE NUTRICIÓN

**Aplicación de ensayos domiciliarios para evaluar la adopción de prácticas mejoradas de alimentación complementaria en madres. Centro materno infantil Juan Pablo II. Villa El Salvador, Lima. 2005.**

TESIS para optar el Título Profesional de Licenciado en Nutrición

AUTOR:

**Ricardo Yonah Suazo Fernández**

**ASESORA:** Lic. María del Pilar Cereceda Bujaico

**LIMA – PERÚ 2007**

---

### *Agradecimientos:*

*A ti Señor, por ser esa fuerza que me acompañara desde el comienzo de este proyecto y por estar siempre conmigo aún cuando no termine de conocerte.*

*A mi familia y amigos, por la comprensión y consejos brindados durante todo este tiempo.*

*A la Lic. María del Pilar Cereceda Bujaco, asesora de esta investigación, por sus oraciones, paciencia y valiosas observaciones y consejos.*

*A la Lic. Noemí Carpio Birrueta y a la Sra. Rufina Morales Jesús, del Centro Materno Infantil Juan Pablo I I, por las facilidades prestadas para el estudio.*

*A las madres participantes cuyos testimonios hicieron posible la investigación.*

*A la Mg. Margot Quintana I., Mg. Ivonne Bernui L., Lic. Amelia Bardales H., Lic. Sofía Escudero A., Lic. Sissy Espinoza B., Lic. Ana María Higa I. y a la Lic. Carmen Villarreal V. por sus valiosas observaciones, sugerencias y revisión del texto, desde el protocolo de investigación hasta el informe final.*

*Dedicatoria:*

*A mi querido abuelo, Enrique Fernández Luque, en memoria de su reciente partida*

*(15-08-1924 \* 01-09-2006)*

*A mi familia, por brindarme la educación que he tenido y la oportunidad de elegir libremente mi camino con esta profesión. Por haber sido mi apoyo incondicional en todo momento, aún en los más difíciles. Así no se hubieran dado cuenta, siempre estuvieron acompañándome.*

*Todo esto es por y para ustedes. Los amo.*

---

## *Contenido*

	Página
<b>RESUMEN.</b>	
<b>PRESENTACIÓN.</b>	
<b>CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN.</b>	
1.1. Planteamiento del problema.	03
1.2. Objetivos.	
1.2.1. Objetivo general.	04
1.2.2. Objetivos específicos.	04
1.3. Justificación.	05
1.4. Marco teórico.	
1.4.1. Antecedentes del estudio.	05
1.4.2. Definición conceptual de términos.	12
1.4.3. Definición operacional de variables cuantitativas	14
1.4.4. Definición operacional de variables cualitativas	16
<b>CAPÍTULO 2: DISEÑO METODOLÓGICO.</b>	
2.1. Tipo de estudio.	18
2.2. Unidad de análisis.	18
2.3. Población y muestra.	18
2.4. Criterios de inclusión.	19
2.5. Criterios de exclusión.	19
2.6. Descripción de la sede de estudio: distrito Villa El Salvador.	20

---

2.7. Ética del estudio.	23
2.8. Técnicas, recolección y análisis de la información.	
2.8.1. Etapa I: Diagnóstico.	24
2.8.2. Etapa II: Prueba de prácticas mejoradas.	31

### **CAPÍTULO 3: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.**

<b>3.1. RESULTADOS.</b>	<b>35</b>
<b>3.1.1. ETAPA I: DIAGNÓSTICO.</b>	<b>35</b>
3.1.1.1. Características sociales y económicas de la familia.	35
3.1.1.2. Conocimientos maternos sobre alimentación infantil.	36
3.1.1.3. Prácticas y percepciones maternas sobre alimentación infantil.	
3.1.1.3.1. Lactancia materna.	37
3.1.1.3.2. Densidad energética de las preparaciones.	41
3.1.1.3.3. Frecuencia de comidas por día.	44
3.1.1.3.4. Cantidad de alimentos consumido por tiempo de comida.	45
3.1.1.3.5. Variedad en el consumo de alimentos de origen animal.	47
3.1.1.4. Prácticas problemas de alimentación infantil.	48
<b>3.1.2. ETAPA II: PRUEBA DE PRÁCTICAS MEJORADAS.</b>	<b>49</b>
<b>3.1.2.1. PRÁCTICA MEJORADA Nº 1:</b>	<b>50</b>
“Inicie la alimentación de su niño(a) con comidas espesas (papilla, mazamorra y puré) usando alimentos de la olla familiar”	
<b>3.1.2.2. PRÁCTICA MEJORADA Nº 2:</b>	<b>54</b>
“Alimente a su niño(a) con 3 comidas principales (desayuno, almuerzo y cena) y 2 refrigerios adicionales (media mañana y media tarde)”	

---

<b>3.1.2.3. PRÁCTICA MEJORADA Nº 3:</b>	59
“Incluir cada día algún alimento de origen animal: hígado, pescado, bazo, sangrecita, huevo, pollo o carne”	
<b>3.1.2.4. PRÁCTICA MEJORADA Nº 4:</b>	64
“Incluir en la alimentación de su niño(a) alguna fruta y verdura cada día: plátano, papaya, pera, manzana, melocotón, naranja, mandarina, zapallo, zanahoria, espinaca “	
<b>3.1.2.5. PRÁCTICA MEJORADA Nº 5:</b>	70
“Enriquecer una de las comidas principales de su niño(a) con una cucharadita de aceite cada día“	
<b>3.2. DISCUSIÓN.</b>	76
<b>CAPÍTULO 4: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.</b>	
4.1. Conclusiones.	88
4.2. Recomendaciones.	90
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.</b>	
<b>ANEXOS.</b>	

---

## *Resumen.*

**OBJETIVO:** Evaluar la adopción de prácticas mejoradas de alimentación complementaria, mediante la aplicación de ensayos domiciliarios en condiciones habituales, en madres de niños de 6–24 meses de edad atendidos en el C.M.I. Juan Pablo II, distrito Villa El Salvador, en el periodo setiembre–diciembre 2005.

**METODOLOGÍA:** Se presenta una investigación formativa en dos etapas:

**DIAGNÓSTICO.** Incluyó una muestra de 133 madres que fueron entrevistadas con el fin de identificar sus prácticas y percepciones alimentarias, describir las características sociales y económicas influyentes en estas y seleccionar aquellas con potencial de mejorarse. El análisis cuantitativo se realizó con MS Excel y se presenta mediante cuadros y gráficos. El análisis cualitativo se realizó con Atlas-Ti y se presenta mediante la extracción de citas de los testimonios maternos sobre sus percepciones de lactancia y alimentación complementaria.

**PRUEBA DE PRÁCTICAS MEJORADAS.** Incluyó una muestra de 45 madres separadas en cinco grupos donde cada una probó una práctica mejorada por siete días para evaluar el apego y la factibilidad de adopción. Cada madre fue entrevistada y observada por cuatro horas aproximadamente. El análisis cualitativo se presenta mediante la extracción de citas que representan el apego y factibilidad de adopción de cada práctica recomendada.

**RESULTADOS:** El 91.1% de madres recordaron correctamente la práctica probada, 95.5% la ejecutó durante el tiempo sugerido y 15.5% percibió algún problema. Las prácticas con mayor probabilidad de adopción fueron las que recomendaban emplear preparaciones de alta densidad energética y en la frecuencia adecuada para alimentar a su hijo; y las que lograron menor

---

aceptación recomendaban incluir mayor variedad de alimentos de origen animal y frutas o verduras. Los obstáculos para adoptar estas prácticas fueron las creencias con respecto a varios alimentos, la subutilización de algunas variedades y el desconocimiento de las madres sobre cómo prepararlos.

**CONCLUSIONES:** Los ensayos domiciliarios constituyen una metodología conveniente para evaluar la adopción de prácticas mejoradas porque permite recopilar información de manera precisa, objetiva y confiable sobre su aceptabilidad antes de ser empleadas como mensajes educativos en un programa de comunicación de mayor alcance que promueva cambios en las prácticas maternas y contribuya a mejorar el estado nutricional de los niños.

**PALABRAS CLAVES:** Alimentación complementaria; Prácticas mejoradas; Ensayos domiciliarios.



---

## *Presentación.*

Es una lamentable realidad que poco más de la mitad de peruanos se encuentre en situación de pobreza y de pobreza extrema, y aún más es que una de las consecuencias de esta condición sea la malnutrición infantil. Ya sea malnutrición por exceso como en los cada vez más frecuentes casos de sobrepeso y obesidad en los niños –y cuya prevalencia presenta una tendencia ascendente– o en la malnutrición por deficiencia como en los casos de desnutrición aguda, crónica o global, muy comunes en la sierra y la selva rurales y en las zonas urbano–marginales de la costa. En nuestro país se siguen estudiando ambos fenómenos y buscando las estrategias para revertir estas situaciones pero, lamentablemente, las medidas tomadas hasta el momento todavía resultan insuficientes, y muestra de ello es haber pasado de 25% de niños con desnutrición crónica, en promedio a nivel nacional en el periodo 1996–2000 a 24% para en periodo 2001–2005 según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Aún así, todavía se tiene parcial énfasis en los casos de desnutrición a pesar de que los principales afectados son los niños menores de cinco años de edad y cuyas consecuencias arrastrarán por el resto de sus vidas y que las heredarán a sus hijos y estos últimos a los suyos y así sucesivamente como si se tratara de los eslabones de una gran cadena o, más bien, de un nefasto círculo vicioso que también involucra directamente al desarrollo de una nación. Un tratamiento amplio y especializado merece el tema de la malnutrición por exceso, el cual no es abordado en este estudio por motivos de exclusividad con otro problema.

---

Este estudio toma en cuenta la problemática de las prácticas alimentarias de las madres y la influencia de estas sobre la alimentación de los niños de 6–24 meses, periodo conocido como alimentación complementaria y que ha sido estudiado en nuestro país y en otros similares al Perú. Estas investigaciones han intentado explicar el origen de dicha problemática encontrando diversas causas, siendo la más frecuente las inadecuadas prácticas maternas de alimentación complementaria, las cuales se traducen en la administración temprana e insuficiente de los alimentos y en la interrupción abrupta de la lactancia materna antes del primer año de vida. Estas prácticas se constituyen en hábitos aparentemente sencillos, inocentes y hasta bien intencionados por parte de las madres y de su entorno social pero que son tendientes a introducir malos hábitos en los niños, prácticas que luego se perpetuarán en el tiempo y que serán difíciles de combatir porque siempre serán vistos como algo normal, afectando el crecimiento y desarrollo del niño y condicionando sus posibilidades para el futuro. En tanto, otros estudios se orientan al diseño y ejecución de programas educativos que contribuyan a mejorar o cambiar las prácticas alimentarias que nuestra población ha adoptado a lo largo del tiempo, pero muchos de estos trabajos obtuvieron resultados modestos o temporales debido a criterios que no fueron considerados, como el empleo inadecuado de metodologías para una determinada realidad socio–cultural, por formular recomendaciones sin considerar los hábitos del público o por la ausencia de un diagnóstico profundo que sustente las acciones para corregir conductas inconvenientes. Estos son algunos errores que no deben repetirse. Así, los ensayos domiciliarios permiten obtener información sobre la aceptabilidad de recomendaciones y formular mensajes educativos adecuados para el diseño y ejecución de un programa de

---

---

comunicación de mayor alcance, constituyéndose en una técnica que da mayor credibilidad a la información porque considera la opinión del público a través de una comunicación directa con la madre.

Esta investigación presenta sus hallazgos desde un enfoque basado en la integración de los paradigmas de la investigación cualitativa y cuantitativa. Se inicia con una detallada introducción a la problemática de la alimentación complementaria, información básica para el planteamiento del problema y los objetivos de estudio y que, a su vez, se fundamenta en los resultados de otras experiencias. En el segundo capítulo se explica la secuencia de pasos seguidos para el desarrollo de cada actividad propuesta. En el tercer capítulo se presentan los resultados obtenidos del análisis de la información recolectada y se realiza la discusión y comentarios contrastándolos con los resultados de otros estudios realizados en el Perú y otros países. Finalmente, en el cuarto capítulo se enuncian las conclusiones a las que se llegó al cumplir con este trabajo y las recomendaciones de las actividades a seguir para continuar con el trabajo en beneficio de los niños atendidos en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, del distrito Villa El Salvador.

Por eso, se espera que los resultados de este estudio sean considerados al momento de planificar las actividades educativas destinadas a las madres de la comunidad y/o se tomen como punto de partida para futuros estudios, ya sean complementarios o perfectibles.

EL AUTOR.

---

*Ricardo Y. Suazo Fernández*

## *Capítulo 1: Introducción.*

La desnutrición durante los primeros cinco años de vida continúa siendo un problema importante de salud pública en los países en vías de desarrollo. Se estima que aproximadamente el 34% de los niños menores de cinco años en el mundo presentarían deficiencia severa en el peso, es decir un peso para su edad menor a -2 Desviaciones Estándar, límite inferior considerado como aceptable por la Organización Mundial de la Salud <sup>(1)</sup>. Esta deficiencia es una de las manifestaciones de la desnutrición y se asocia a un menor desarrollo psicomotor, menor respuesta inmunológica y aumento en la prevalencia de enfermedades <sup>(2-4)</sup>.

El problema de la desnutrición infantil es el resultado final de múltiples procesos sociales que van más allá del ámbito de la alimentación. Así, intervienen causas como la insuficiente ingesta de energía y nutrientes y la alta prevalencia de enfermedades infecciosas, productos de la inadecuada disponibilidad de alimentos, la baja capacidad adquisitiva y las inadecuadas prácticas alimentarias e higiénicas de las familias que viven en situación de pobreza <sup>(5-12)</sup>.

En el Perú, el principal problema en los niños menores de cinco años de edad es la desnutrición crónica o retardo de crecimiento. Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES IV) <sup>(13)</sup> la prevalencia era en promedio 25% para el año 2000. La desnutrición crónica suele afectar en mayor proporción a los niños del área rural en los departamentos de la sierra y selva, así como de zonas urbano-marginales de la costa. El Sistema de Vigilancia Nutricional (SISVAN) del C.M.I. Juan Pablo II del distrito Villa El Salvador <sup>(14)</sup>, muestra que la prevalencia de

desnutrición crónica aumenta a partir del primer año de vida, así se tiene que 4.2% de niños entre 6–11 meses de edad presentan deficiencia de talla para su edad, 17.3% entre 12–35 meses y 18.9% entre 36–59 meses de edad, mostrando así los efectos acumulativos del retardo de crecimiento.

La historia de la mayoría de niños que llegan al final de sus primeros cinco años con desnutrición crónica se inicia con un bajo peso al nacer, resultado de una alimentación insuficiente y por la falta de atención de salud de la madre durante la gestación. Aunque muchos de estos niños se benefician de la lactancia materna en el periodo neonatal, con frecuencia esta práctica no es exclusiva ya que suelen administrarse líquidos no nutritivos, otros productos lácteos o alimentos diluidos antes del cuarto mes de vida, cuando el aparato digestivo todavía está muy inmaduro. En el otro extremo se tiene el inicio tardío de la alimentación complementaria, la cual también favorece la desnutrición ya que a partir del segundo semestre la leche materna no satisface las necesidades nutricionales del niño en un periodo de gran demanda debido al crecimiento acelerado.

En la medida que los niños satisfagan sus necesidades nutricionales, se les garantice un ambiente físico y social sanos, así como se les proporcione de estímulos psicológicos y sociales adecuados, se logrará que su potencial genético alcance su máxima expresión en lo físico e intelectual. Ahí la importancia de asegurarle una alimentación adecuada, comenzando por una lactancia materna temprana y exclusiva durante el primer semestre de vida, seguida de una alimentación complementaria oportuna que aporte la energía y los nutrientes en cantidad completa y calidad adecuada para mantener ascendente la curva de

crecimiento, y lo suficientemente segura para disminuir la probabilidad de que su contaminación produzca enfermedades mientras se el niño se integra a la alimentación familiar a partir del primer año de vida <sup>(15, 16)</sup>.

Por todo lo mencionado líneas arriba, la alimentación de los niños durante los primeros cinco años de vida son de suma importancia porque es cuando se establecen las bases que permitirán una vida sana, útil y productiva y es, también, cuando las necesidades nutricionales son más exigentes y las deficiencias agudas o crónicas podrían producir secuelas que comprometerían el rendimiento intelectual y las capacidades laboral y reproductiva en la vida adulta <sup>(17, 18)</sup>.

## **1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

La ENDES 2000 ha reportado que la actitud y conductas maternas frente a la alimentación infantil han mejorado con respecto a periodos anteriores. Sin embargo, la experiencia obtenida durante las Prácticas Pre-Profesionales de Nutrición Aplicada en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, en Villa El Salvador, mostró una realidad diferente. En la comunidad donde se desarrolló el presente estudio era una práctica habitual que las madres suministraran los alimentos complementarios de manera temprana e inadecuada, además desmamaban abruptamente a sus hijos hacia el primer año de vida. Por otro lado, Juan Rivera señala que varias iniciativas educativas han fracasado por su preocupación en la modificación de los conocimientos sin cambiar las conductas, por formular recomendaciones sin considerar las prácticas habituales del público y por no validar las prácticas a promover, y María Villanueva agrega la inclusión de mensajes que requieren del cambio de un gran número de conductas y la omisión

de metodologías a pequeña escala para evaluar la posibilidad de adopción de nuevos hábitos, y es dicha preocupación la que conduce al planteamiento del problema de investigación:

*¿La aplicación de ensayos domiciliarios en condiciones habituales son convenientes para evaluar la adopción de prácticas mejoradas de alimentación complementaria en madres de niños de 6–24 meses de edad atendidos en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, distrito Villa El Salvador, Lima, durante el periodo setiembre–diciembre de 2005?*

## **2. OBJETIVOS.**

### **2.1. OBJETIVO GENERAL.**

Evaluar la adopción de prácticas mejoradas de alimentación complementaria, mediante la aplicación de ensayos domiciliarios en condiciones habituales, en madres de niños de 6–24 meses de edad atendidos en el C.M.I. Juan Pablo II, distrito Villa El Salvador, Lima, durante el periodo setiembre–diciembre de 2005.

### **2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

- Identificar las prácticas reales de alimentación complementaria que ejecutan las madres de niños de 6–24 meses atendidos en el C.M.I. Juan Pablo II.
- Identificar las prácticas problemas de alimentación complementaria que presentan con mayor frecuencia las madres de niños de 6–24 meses de edad.
- Evaluar la adopción de prácticas mejoradas de alimentación complementaria en madres de niños de 6–24 meses atendidos en el C.M.I. Juan Pablo II.

### **3. JUSTIFICACIÓN.**

Una preocupación entre los investigadores es poder encontrar metodologías que les permitan comprender y presentar, de manera lógica y apropiada, los hechos observados en su entorno. Por eso, es importante emplear una herramienta poco utilizada y muy útil para estudios en alimentación y nutrición, como los ensayos domiciliarios en condiciones habituales, porque proporciona profundidad de entendimiento e involucra al investigador en el proceso de exploración, convirtiéndolo en un observador directo de los hechos:

*La aplicación de ensayos domiciliarios en condiciones habituales evalúa la adopción de prácticas mejoradas de alimentación complementaria en madres, permitiendo obtener información sobre su aceptabilidad antes de emplearlas como mensajes educativos en un programa de comunicación de mayor alcance que promueva cambios en las prácticas maternas y contribuya a mejorar el estado nutricional de los niños atendidos en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II.*

### **4. MARCO TEÓRICO.**

#### **4.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO.**

La revisión de literatura permitió identificar otras investigaciones realizadas a nivel nacional e internacional, encontrando que diversos programas y proyectos han sido ejecutados por organizaciones gubernamentales y no gubernamentales para mejorar el estado de nutrición de la población en riesgo; estos estudios han evaluado el impacto que tiene sobre el crecimiento y desarrollo de los niños la mejoría de la ingesta de energía y nutrientes en poblaciones con prácticas alimentarias inadecuadas.



Los programas de comunicación educativa con resultados exitosos, aún de manera modesta, han logrado un efecto positivo. Al respecto, se citan algunas investigaciones: **Creed-Kanashiro & cols.** <sup>(19, 22, 23, 28)</sup> del Instituto de Investigación Nutricional (IIN) de Perú han capacitado a madres para mejorar la ingesta de alimentos complementarios y leche materna; también han establecido estrategias para guiar a la población en la selección de alimentos, permitiendo adquirir aquellos con mayor beneficio nutricional al menor precio del mercado.

**Espinola & cols.** <sup>(20)</sup> del Centro Internacional de la Papa (CIP) desarrollaron un alimento complementario en base a camote mediante papillas instantáneas para reducir la desnutrición infantil, prepararon fórmulas industriales según los requerimientos nutricionales, aceptabilidad sensorial y digestibilidad que fueron evaluadas por madres y niños de un barrio pobre de Lima que percibieron beneficios positivos para ellas y sus hijos.

El estudio de **De Grijalva & cols.** <sup>(24)</sup> sobre prácticas alimentarias y Prueba de Prácticas Mejoradas estuvieron dentro de un plan para el diseño de un programa comunitario para enfrentar la desnutrición infantil en República Dominicana.

**Mejía & cols.** <sup>(25)</sup>, desarrollaron, implementaron y evaluaron una intervención educativa que buscaba aumentar el consumo de raíces y tubérculos andinos en la población infantil de comunidades urbanas y rurales de Cajamarca; y **Liria & cols.** <sup>(29)</sup>, encontraron que una intervención educativa logró cambios en el comportamiento materno y en la alimentación de los niños en asentamientos humanos del distrito Villa María del Triunfo en Lima.

Asimismo, los autores de los estudios mencionados anteriormente coincidieron en reconocer la importancia de contar con **mensajes educativos** convenientemente estructurados, validados y difundidos para motivar cambios de conductas en la población objetivo. Así, son relativamente recientes los estudios donde se desarrolla el proceso de consulta al público beneficiario de estos proyectos de comunicación educativa.

**Juan Rivera & cols.** <sup>(21)</sup> elaboraron un instrumento metodológico que luego aplicaron en comunidades rurales de Guatemala. Este documento contiene los elementos que deben introducirse cuando se diseña un programa de educación y comunicación destinado a cambiar las conductas maternas en favor de la alimentación de los niños menores de dos años de edad. Los autores sugieren el ajuste del programa en función de los problemas de alimentación encontrados en cada comunidad y la necesidad de evaluar permanentemente los procesos de intervención, de manera que puedan hacerse los correctivos necesarios. Además, destacan la importancia de ejecutar procesos de consulta al público objetivo mediante entrevistas, grupos focales y ensayos domésticos para evitar mensajes generales y, más bien, lograr mensajes específicos al contexto local. Los autores de dicho instrumento metodológico definieron como **ensayos domésticos** a la prueba a pequeña escala desarrollada en el hogar que evalúa la posibilidad de adopción de una nueva conducta o la modificación de una existente para ayudar a determinar la factibilidad de ser utilizada como recomendación en una intervención educativa de mayor escala. Las conductas que fueron seleccionadas para dicho estudio fueron probados en dos tipos de ensayos domésticos: en ensayos en condiciones ideales y en ensayos en condiciones habituales, el primer

tipo de ensayos intentaba demostrar que fisiológicamente era posible la adopción de las recomendaciones, y el segundo tipo de ensayos tenían como propósito probar la factibilidad de que las madres siguieran las recomendaciones bajo condiciones habituales en el hogar. Las madres que participaron en estos ensayos fueron separadas en cuatro grupos y cada grupo puso en práctica una de las cuatro recomendaciones seleccionadas; se hizo una visita inicial, donde se presentaba a la madre en detalle la recomendación, solicitándole probarla durante cinco días. Al final de ese periodo, las madres fueron entrevistadas para obtener su opinión sobre la factibilidad de adoptar la recomendación y las modificaciones que le hubieran hecho a estas.

**María Ángeles Villanueva** recalca la importancia de emplear metodologías a pequeña escala, a las que llamó **ensayos domiciliarios** <sup>(27)</sup> y **prueba de recomendaciones** <sup>(30)</sup>. La autora definió ambos términos como metodologías a pequeña escala que tenían como fin comprobar la factibilidad de adopción de hábitos y sus estudios también estuvieron basadas en el trabajo de Juan Rivera. Estas investigaciones tuvieron por objetivo evaluar la adopción, a nivel del hogar, de nuevos hábitos y recetas previamente seleccionados para incluir un número reducido de recomendaciones con probado potencial de producir cambios conductuales y factibles de ser adoptados a través de un programa educativo de alimentación y nutrición dirigido a las madres en las comunidades semi-rurales del Estado de Morelos en México.

En el año 2004 se publica el **Proceso para la Promoción de la Alimentación del Niño (ProPAN)** <sup>(33)</sup>, este es un trabajo conjunto de la Organización

Panamericana de la Salud, el Instituto de Investigación Nutricional de Perú, el Programa Rollins de Salud Pública de la Universidad de Emory de Estados Unidos y el Instituto Nacional de Salud Pública de México. Este proceso metodológico describe cómo llevar a cabo el diseño, implementación y evaluación de programas de comunicación educativa en nutrición trabajando a través de cuatro módulos: I. Diagnóstico, II. Prueba de recomendaciones, III. Plan de acción y IV. Evaluación y monitoreo. ***El proceso comienza con la identificación de problemas en la alimentación del niño, continua con la consulta al público objetivo a través de pruebas a pequeña escala mediante ejercicios de recetas, prueba de recomendaciones y grupos focales, y termina con el diseño, ejecución y evaluación de un plan de acción para la corrección de los problemas identificados.*** Este manual exhorta a probar toda recomendación con potencial de impacto sobre el estado nutricional de los niños y que requiera de cambios de comportamientos de las madres. Sin embargo, también advierte que si las recomendaciones no son probadas se correría el riesgo de rechazo o incumplimiento una vez que la intervención educativa esté en marcha.

El ProPAN fue elaborado mediante trabajo de campo en México y Perú. El borrador final fue probado por Pachón & cols.<sup>(34)</sup> en Bolivia. Posteriormente a las modificaciones hechas como resultado de las pruebas de campo, la versión traducida al inglés se probó en Jamaica y la versión en español en Brasil, México y Panamá. El ProPAN estuvo basado en las investigaciones de Dickin & cols.<sup>(35)</sup> y Levinson & cols.<sup>(36)</sup> que contribuyeron con varios de los conceptos utilizados en los módulos II y IV, respectivamente, y las metodologías empleadas en las entrevistas semi-estructuradas y grupos focales fueron tomadas de las

experiencias de Kuhnlein & cols. <sup>(37)</sup>. En el módulo II del ProPAN el proceso de consulta al público objetivo se denomina **Prueba de Recomendaciones**, esta metodología es la misma que desarrollaron Dickin & cols. y a la que nombraron **Prueba de Prácticas Mejoradas**, traducción al español de Trial of Improved Practices o TIP, de forma que **las recomendaciones o comportamientos propuestos se someten a prueba en un ambiente real y se recopila información sobre su aceptabilidad antes de ser empleadas como mensajes educativos en programas de mayor alcance**. Esta información ayuda en la planificación de un programa de comunicación educativa a establecer prioridades entre las prácticas recomendadas y los mensajes aparentemente importantes, permitiendo determinar la facilidad o dificultad relativa de comunicar distintas prácticas recomendadas, las modificaciones que las madres hacen de las prácticas más aceptables, los puntos de resistencia no previstos y que limitan el cambio de comportamiento, las formas en que las recomendaciones son modificadas por otras prácticas y la proporción aproximada de familias que son y no son capaces de modificar sus prácticas alimentarias sin recursos adicionales.

De igual manera, la metodología de las pruebas de prácticas mejoradas también han sido utilizadas en otros estudios relacionados a lactancia materna, alimentación materna e infantil, enfermedades infecciosas, complementación nutricional, etc. en Nigeria, Gambia, Swazilandia, Tanzania e Indonesia. Estas referencias hacen que se tome conciencia de lo que está sucediendo con la alimentación infantil en el Perú y se proponga una alternativa de solución, lo cual enriquece la sustentación del problema, orienta y justifica el presente estudio.

Esta investigación se basa en la metodología desarrollada en los dos primeros módulos del ProPAN y los estudios de Juan Rivera y María A. Villanueva. En la primera etapa se identifican las prácticas maternas más frecuentes que conducen a los problemas en la alimentación de los niños; se describen el contexto social y económico en el que se presentan dichos problemas y se proponen prácticas mejoradas que den solución a los problemas encontrados. En la segunda etapa se aplican los ensayos domiciliarios con el fin de evaluar el apego y la factibilidad de adopción de cinco prácticas mejoradas de alimentación complementaria en madres de niños de 6–24 meses de edad, por un periodo de siete días por cada práctica probada. Cabe destacar que se emplearon los ensayos domiciliarios y la observación de las actividades maternas para que el testimonio de las madres no fuera influenciado por la experiencia de otras participantes, como llegaría a suceder en caso se hubiera preferido utilizar grupos focales o ejercicios de recetas, técnicas también empleados para una prueba de prácticas mejoradas.

Con la integración de los enfoques de la investigación cualitativa y cuantitativa se profundizó en el proceso de identificación, descripción y evaluación de las prácticas con mayor posibilidad de adopción. Se aprovechó la utilidad del enfoque cualitativo por permitir conocer más y mejor a las madres, pues estos estudios se basan en que también es posible obtener conocimientos describiendo la forma en la que viven y definen sus propios involucrados. Asimismo, las recomendaciones sobre alimentación infantil se basaron en documentos del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN) <sup>(39-43)</sup>, y el contenido sobre metodologías de comunicación en uno de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) <sup>(44)</sup>.

#### 4.2. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE TÉRMINOS.

- **ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA.** Período comprendido entre el sexto y vigésimo cuarto mes de vida caracterizado por la administración de alimentos diferentes a la leche materna.
- **ALIMENTOS COMPLEMENTARIOS.** Alimentos diferentes a la leche materna que son de consistencia sólida o líquida e introducidos en la dieta del niño.
- **PRÁCTICAS ALIMENTARIAS.** Son las acciones ejecutadas por una persona con relación a la preparación de los alimentos y la alimentación.
- **PRÁCTICAS REALES.** Son las prácticas alimentarias que la madre realiza a diario con los recursos disponibles en su hogar.
- **PRÁCTICAS PROBLEMAS.** Son las prácticas alimentarias de la madre que difieren negativamente de las prácticas ideales y que representan un peligro para el estado nutricional de su hijo.
- **PRÁCTICAS MATERNAS DE ALIMENTACIÓN INFANTIL.** Son las acciones de la madre con respecto a la preparación de los alimentos y la alimentación de su hijo de 6–24 meses de edad.
- **PERCEPCIONES MATERNAS SOBRE ALIMENTACIÓN INFANTIL.** Son el conjunto de ideas, conocimientos, creencias y opiniones de la madre con respecto a los alimentos y la alimentación de su hijo de 6–24 meses de edad, y que influyen directamente en la ejecución de sus prácticas alimentarias.
- **APEGO.** Conjunto de criterios referidos a la posibilidad de evaluar el cambio de una conducta, se mide a través de: (a) El número de veces que la madre realiza la práctica mejorada durante el periodo de prueba, (b) El número de veces por día que la madre ejecuta la práctica mejorada, (c) La aceptación favorable de la madre y (e) La aceptación favorable del niño.

- **FACTIBILIDAD.** Conjunto de criterios que representan la posibilidad a que una conducta cambie, se mide a través de: (a) Las consecuencias positivas e inmediatas percibidas por la madre, (b) La compatibilidad de la práctica mejorada con las creencias y los comportamientos de la madre, (c) La compatibilidad de la práctica mejorada con las prácticas usuales, (d) El costo en recursos económico, tiempo y esfuerzo para la madre, y (e) La complejidad percibida por la madre de la práctica mejorada recomendada.

A continuación se definen las variables de la presente investigación:

- **ENSAYOS DOMICILIARIOS EN CONDICIONES HABITUALES.** Es la metodología a pequeña escala empleada para evaluar el apego y factibilidad de adopción de prácticas mejoradas de alimentación complementaria en un ambiente real, bajo condiciones usuales en el hogar, durante un periodo de tiempo breve, y con el fin de recopilar información sobre su aceptabilidad antes de ser empleadas como mensajes educativos en el diseño y ejecución de un programa de comunicación de mayor alcance que promueva cambios en las prácticas alimentarias maternas y contribuya a mejorar el estado nutricional de los niños atendidos en el C.M.I. Juan Pablo II, distrito Villa El Salvador.
  
- **PRÁCTICAS MEJORADAS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA.** Son el conjunto de prácticas alimentarias definidas como óptimas o ideales y que son puestas a prueba por un grupo de madres que participaron a través de la aplicación de ensayos domiciliarios en condiciones habituales durante la segunda etapa del presente estudio.



### 4.3. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES CUANTITATIVAS.

CARACTERÍSTICAS SOCIALES Y ECONÓMICAS DE LA FAMILIA			
	INDICADORES	TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	
VIVIENDA	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Proporción de viviendas según material de piso.</li> <li>▪ Proporción de viviendas según material de paredes.</li> <li>▪ Proporción de viviendas según material de techos.</li> <li>▪ Proporción de viviendas según abastecimiento de agua.</li> <li>▪ Proporción de viviendas según eliminación de excretas.</li> <li>▪ Proporción de viviendas según abastecimiento de energía.</li> <li>▪ Proporción de viviendas hacinadas.</li> </ul>	TÉCNICA. ▪ Encuesta.	INSTRUMENTO. ▪ Cuestionario.
FAMILIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Proporción de madres según grupo de edad.</li> <li>▪ Proporción de madres según estado civil.</li> <li>▪ Proporción de madres según grado de instrucción.</li> <li>▪ Proporción de madres según ocupación.</li> <li>▪ Proporción de padres según grado de instrucción.</li> <li>▪ Proporción de padres según ocupación.</li> <li>▪ Proporción de familias según inversión al día en alimentación.</li> </ul>		

PRÁCTICAS MATERNAS DE ALIMENTACIÓN INFANTIL		
	INDICADORES	TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

LACTANCIA MATERNA	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Proporción de madres que emplean leche materna y otro producto lácteo.</li> <li>▪ Proporción de madres que dan de lactar en la frecuencia adecuada según edad del niño.</li> <li>▪ Proporción de madres que dan de lactar en el tiempo adecuado según la edad del niño.</li> </ul>	<b>TÉCNICA.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Encuesta.</li> </ul>	<b>INSTRUMENTO.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cuestionario.</li> </ul>
----------------------	---	---	---

PRÁCTICAS MATERNAS DE ALIMENTACIÓN INFANTIL (continuación)			
	INDICADORES	TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	
ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Proporción de madres que inician la administración de alimentos complementarios a los seis meses de edad.</li> <li>▪ Proporción de madres que inician la administración de alimentos complementarios con preparaciones "espesas".</li> <li>▪ Proporción de madres administran alimentos complementarios en la frecuencia adecuada según la edad del niño.</li> <li>▪ Proporción de madres administran alimentos complementarios en la cantidad adecuada según la edad del niño.</li> <li>▪ Proporción de madres administran alimentos complementarios en la variedad adecuada según la edad del niño.</li> </ul>	<b>TÉCNICA.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Encuesta.</li> </ul>	<b>INSTRUMENTO.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cuestionario.</li> </ul>

<b>PRÁCTICAS PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN INFANTIL</b>
---

	INDICADORES	TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Proporción de madres de niños mayores de un año que no emplean leche materna e combinación con los alimentos.</li> <li>▪ Proporción de madres que inician la administración de alimentos complementarios antes del sexto mes de vida</li> <li>▪ Proporción de madres que inician la alimentación complementaria con preparaciones de baja densidad energética.</li> <li>▪ Proporción de madres administran alimentos complementarios con menor frecuencia según la edad de su hijo.</li> <li>▪ Proporción de madres administran alimentos complementarios con menor variedad según la edad de su hijo.</li> </ul>	<p>TÉCNICA.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Encuesta.</li> </ul>	<p>INSTRUMENTOS.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cuestionario.</li> <li>▪ Matriz de análisis.</li> </ul>

CONOCIMIENTOS MATERNOS SOBRE ALIMENTACIÓN INFANTIL.			
	INDICADORES	TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Proporción de madres que obtuvieron calificación "Muy Bueno".</li> <li>▪ Proporción de madres que obtuvieron calificación "Bueno".</li> <li>▪ Proporción de madres que obtuvieron calificación "Regular".</li> <li>▪ Proporción de madres que obtuvieron calificación "Malo".</li> </ul>	<p>TÉCNICA.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Encuesta.</li> </ul>	<p>INSTRUMENTO.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cuestionario.</li> </ul>

#### 4.4. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES CUALITATIVAS.

ADOPCIÓN DE PRÁCTICAS MEJORADAS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA			
ATRIBUTOS	CÓDIGOS (ETIQUETAS O MEMBRETES)	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	
APEGO	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Número de días que la madre ejecuta la práctica mejorada durante el periodo de prueba.</li> <li>▪ Número de veces por día que la madre ejecuta la práctica mejorada.</li> <li>▪ Proporción de madres que aceptaron favorablemente la práctica mejorada.</li> <li>▪ Proporción de niños que aceptaron favorablemente la práctica mejorada.</li> </ul>	<b>TÉCNICA.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entrevista a profundidad.</li> <li>▪ Observación.</li> </ul>	<b>INSTRUMENTOS.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Guía para Entrevista Semi – Estructurada</li> <li>▪ Guía de Observación.</li> </ul>
FACTIBILIDAD	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Consecuencias positivas e inmediatas percibidas por la madre.</li> <li>▪ Compatibilidad de la práctica mejorada con las creencias y los conocimientos de la madre.</li> <li>▪ Compatibilidad de la práctica mejorada con las prácticas alimentarias usuales de la madre.</li> <li>▪ Costo en tiempo y esfuerzo.</li> <li>▪ Complejidad percibida por la madre.</li> </ul>		

PERCEPCIONES MTERNAS SOBRE ALIMENTACIÓN INFANTIL			
	CÓDIGOS (ETIQUETAS O MEMBRETES)	TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	
LACTANCIA MATERNA	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lactancia materna a libre demanda.</li> <li>▪ Lactancia materna exclusiva hasta los seis meses.</li> <li>▪ Lactancia materna continuada hasta los veinticuatro meses de edad.</li> </ul>	<b>TÉCNICA.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entrevista a profundidad</li> </ul>	<b>INSTRUMENTO.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Guía para Entrevista Semi – Estructurada</li> </ul>

ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Edad de inicio de la administración de alimentos complementarios.</li><li>▪ Alimentación en la cantidad adecuada según la edad del niño.</li><li>▪ Alimentación con productos de alta densidad energética.</li><li>▪ Alimentación con la frecuencia de comidas adecuada según la edad del niño.</li><li>▪ Alimentación variada con productos de origen animal.</li></ul>		
--------------------------------	--	--	--

## *Capítulo 2: Diseño Metodológico.*

### **1. TIPO DE ESTUDIO.**

Se presenta un estudio formativo. Al respecto, Ulin & cols. <sup>(45)</sup> exponen que *“se da el nombre de investigación formativa o exploratoria a toda indagación realizada antes de un programa o investigación científica con el propósito de definir la población seleccionada, crear programas o procedimientos apropiados y asegurar que el programa o estudio que se llevará a cabo será pertinente y aceptable desde el punto de vista cultural. Los estudios formativos se basan en muchos métodos de la investigación en ciencias sociales y del comportamiento, y con frecuencia combinan métodos cuantitativos y cualitativos para lograr su objetivo. En el desarrollo de un programa, la etapa formativa puede ser tan sencilla como hacer algunas preguntas preliminares o tan amplia como una investigación en múltiples etapas...”*

### **2. UNIDAD DE ANÁLISIS.**

Madres de niños(as) de 6–24 meses de edad residentes en la jurisdicción del Centro Materno Infantil Juan Pablo II, ubicado en el Sector VI, Grupo 6, distrito Villa El Salvador, perteneciente a la Dirección de Salud II, Lima Sur, y que fueron atendidos en los consultorios de Nutrición o del Programa Crecimiento y Desarrollo (CRED) durante el periodo setiembre–diciembre de 2005.

### **3. POBLACIÓN Y MUESTRA.**

El universo estuvo constituido por, aproximadamente, 2390 madres de niños(as) de 6–24 meses de edad atendidos en el C.M.I. Juan Pablo II <sup>(46)</sup>. Se trabajó con

una muestra de tipo no probabilístico conformada por 133 madres, elegidas por conveniencia según los criterios de inclusión y exclusión considerados para el presente estudio. Las madres seleccionadas participaron de la siguiente manera:

- **ETAPA I: DIAGNÓSTICO.** Se encuestaron 113 madres empleando el **Cuestionario General**. Asimismo, otras 20 madres fueron entrevistadas empleando la **Guía para Entrevista Semi-Estructurada**.
  
- **ETAPA II: PRUEBA DE PRÁCTICAS MEJORADAS.** Se seleccionaron 45 madres de aquellas que participaron en la primera etapa del estudio. La selección fue intencionada y se las entrevistó empleando los **Formularios de Visita Inicial y Final** y observó utilizando la **Guía de Observación**.

#### **4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.**

- Madres de niños(as) con edades entre 6–24 meses residentes en la jurisdicción del C.M.I. Juan Pablo II.
- Madres de niños(as) atendidos en los consultorios de Nutrición o del Programa Crecimiento y Desarrollo (CRED) durante el periodo setiembre – diciembre de 2005 y que no hubieran recibido consejería nutricional por parte del personal de este establecimiento de salud.
- Madres de niños(as) que consideraron su participación consentida.

#### **5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.**

- Madres de niños(as) con alguna patología o que, por algún otro motivo, estuvieran obligadas al cambio de sus prácticas de alimentación.

## 6. DESCRIPCIÓN DE LA SEDE DE ESTUDIO:

### DISTRITO VILLA EL SALVADOR.



El distrito Villa El Salvador forma parte del llamado cono sur de Lima Metropolitana. Se ubica entre los kilómetros 19.5 y 24.5 de la carretera Panamericana Sur y se sitúa entre los paralelos 12° 12' 34" latitud sur y 76° 56' 08" de longitud oeste y se encuentra a una altitud máxima de 175 m.s.n.m. Se fundó el 11 de mayo de 1971 siendo parte del distrito Villa María del Triunfo y adquiere la categoría de distrito por Ley N° 23605 publicada el 02 de junio de 1983 <sup>(47)</sup>.

FUENTE: [www.nationmaster.com](http://www.nationmaster.com)

Tiene un área de 35.46 Km<sup>2</sup> y aproximadamente 367436 habitantes según el censo del Instituto Nacional de Estadística e Informática, INEI <sup>(48)</sup>, donde alrededor del 10.3% de la población total del distrito tiene menos de cinco años de edad, siendo 5.3% menores de dos años.

Este distrito está asentado sobre el desierto de la Tablada de Lurín, en la zona intercuenal localizada entre los ríos Lurín y Rimac. Se caracteriza por ser una zona desértica con un tipo de suelo arenoso, producto de la erosión y sedimentación marina, comprendiendo tres áreas topográficamente diferentes: la primera es una pampa de topografía plana, inclinada levemente hacia el lado oeste hasta una colina cubierta de arena llamada Lomo de Corvina donde se asienta la mayor parte del área urbana distrital; la segunda es el médano Lomo de Corvina ubicada en paralelo al litoral y a la carretera Panamericana Sur; y la



tercera es la zona de topografía plana, conocida como zona de playas que incluye una zona húmeda, extensión de los pantanos de Villa. Su clima es semicálido, con una temperatura anual que fluctúa entre los 18–19° C y con una humedad media que varía entre 85–95%, llegando algunas veces en invierno hasta 100%.

El estado de ocupación urbana en el distrito Villa El Salvador varía al tener diversos tipos de patrones de asentamientos, que se han dado a través del tiempo, desde la década de los 70 del siglo pasado hasta la actualidad. Otros factores de esta variación son las condiciones socioeconómicas de los pobladores (en su mayoría de niveles D y E), la forma de acceso a la propiedad (invasiones de terrenos sin habilitar, sin saneamiento legal, lo cual es gestionado en el tiempo) y las características del proceso constructivo (autoconstrucción progresiva, gracias a pequeñas inversiones sucesivas que aumentan conforme más miembros del grupo familiar acceden a un trabajo). Se puede visualizar el estado de ocupación urbana de acuerdo a los niveles de consolidación de las edificaciones encontradas, los cuales coinciden con los patrones de asentamiento encontrados, estos niveles son los siguientes: inicial o precario, en proceso de consolidación, consolidado, y en proceso de densificación. En el primer nivel de consolidación, inicial o precario, se tienen viviendas mínimas, de uno o dos ambientes, construidas en su mayoría de esteras, madera y otros materiales livianos, con carencia de servicios básicos, con vías y espacios públicos sin tratamiento. Estas características se dan en los asentamientos humanos periféricos de los sectores I, IV, V, VI, VII y VIII que fueron ocupados durante la década del 90 del siglo pasado y en los primeros años del presente siglo. En el segundo nivel se encuentran ocupaciones de mayor antigüedad que los del nivel

de ocupación inicial y se caracteriza por viviendas de dos a cuatro ambientes, de un piso, construidas con paredes de albañilería sin acabados y con otros ambientes de materiales livianos, con techos ligeros o con losas aligeradas sin acabados. Algunos cuentan con servicios básicos, con vías y espacios públicos recreativos sin tratamiento. Se dan en los asentamientos humanos periféricos de los sectores I, IV, VI y VII y es la característica predominante de los domicilios que fueron considerados para el presente estudio. En el tercer nivel se encuentran edificaciones con un piso terminado, aunque en su mayoría con el segundo o tercer nivel en casco, con más de cuatro ambientes, construidas con acabados mínimos, cuentan con servicios básicos, vías y espacios públicos recreativos mayoritariamente sin tratamiento. Y en el cuarto nivel se encuentra en la zona consolidada, donde las condiciones de dinámica urbana posibilitan este proceso.

En tanto, un estudio realizado por Apoyo y citado por el INEI <sup>(49, 52)</sup>, reveló que 56.7% de la población del distrito pertenecen al sector socioeconómico D, familia cuyo promedio mensual de ingreso bruto equivale a 230 dólares. Igualmente, el 22% de la población juvenil tiene ingresos menores de 250 soles mensuales, que los coloca en la pobreza extrema y el 52% tiene ingresos mensuales de 251–500 soles, lo que los coloca en pobreza. Por lo tanto, el 74% de la población juvenil es pobre en términos de ingresos. Por otro lado, el 16% tiene ingresos mensuales de 501–750 soles, 7% de 751–1000 soles y 3% de más de 1000 soles.

Actualmente en el distrito existen 44 establecimientos de salud, 30 de los cuales son públicos. El servicio de salud es prestado por el Ministerio de Salud, EsSalud, la Municipalidad Metropolitana de Lima, la Municipalidad Distrital, y gestionado

por la Iglesia Católica y la comunidad. La localización y radio de cobertura de los principales equipamientos de salud cubre todo el distrito a excepción de la zona agropecuaria, la zona del litoral y los nuevos asentamientos humanos. La Unidad de Estadística e Informática de la Red de Servicios de Salud Villa El Salvador, Lurín, Pachacamac, Pucusana, reporta que la Micro Red de Salud Juan Pablo II, integrada por el Centro Materno Infantil Juan Pablo II y los Puestos de Salud Fernando Luyo, Cristo el Salvador, Sarita Colonia, Oasis de Villa y SASBI, atiende al 29% de la población distrital, correspondiendo el 13% al C.M.I. Juan Pablo II. Este establecimiento se ubica en la Avenida Mariano Pastor Sevilla, Sector VI, Grupo Residencial 6 (ruta C) y presta servicios especializados a madres y niños.

## **7. ÉTICA DEL ESTUDIO.**

El primer contacto con las madres fue personal antes de ser atendidas en el Consultorio de Nutrición o después de atenderse en el Consultorio del Programa CRED. La incorporación y el consentimiento informado fueron de carácter verbal (Anexo N° 1) y consistió en informar a las madres las características de su participación. Cada una fue consultada si deseaba formar parte del estudio y en caso de acceder se solicitó su autorización para proceder con la encuesta o la entrevista, informándole que dichos datos serían confidenciales y utilizados solo para fines del estudio. Las entrevistas y visitas domiciliarias fueron coordinadas entre cada participante y el investigador. La recolección de la información se inició previa coordinación y trámites administrativos en la Dirección de Salud II Lima Sur, la Red de Servicios de Salud Villa El Salvador, Lurín, Pachacamac, Pucusana y la Micro Red de Salud Juan Pablo II.

## **8. TÉCNICAS, RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.**

### **8.1. ETAPA I: DIAGNÓSTICO.**

Los propósitos de esta etapa fueron identificar las prácticas reales ejecutadas por las madres, recolectar sus percepciones sobre alimentación infantil, describir las características sociales, económicas y culturales que influían en la ejecución de dichas prácticas y seleccionar aquellas con potencial de mejorarse. Los instrumentos de recolección de información empleados fueron el Cuestionario General y la Guía para Entrevista Semi-Estructurada, tomados del Proceso para la Promoción de la Alimentación del Niño (ProPAN) y probados en un piloto con veinte madres que permitió adaptar las preguntas a la realidad de la comunidad. Las técnicas empleadas fueron la encuesta y la entrevista a profundidad. Al final se incluyó una muestra heterogénea conformada por 133 madres de niños(as) de 6–24 meses de edad atendidos durante el periodo setiembre – octubre de 2005.

Esta etapa se desarrolló en tres pasos:

#### **□ PASO 1: RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.**

Cada madre fue encuestada o entrevistada empleando:

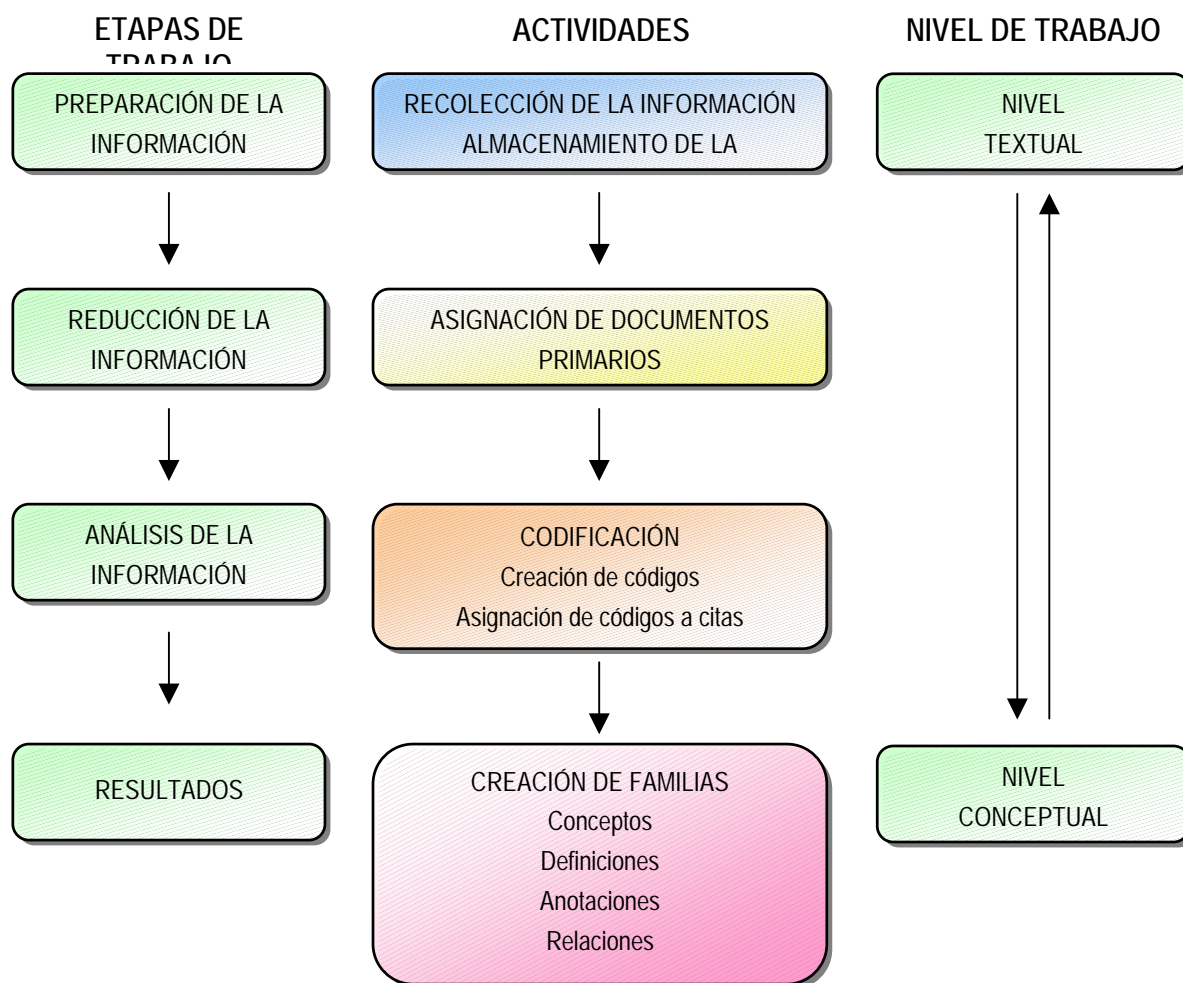
- El Cuestionario General de opción múltiple (Anexo N° 2) de 60 preguntas, dividido en cuatro secciones: (a) identificación, 8 preguntas; (b) características de la vivienda y la familia, 18 preguntas; (c) evaluación de los conocimientos de la madre sobre alimentación infantil, 8 preguntas y (d) prácticas maternas de alimentación complementaria, lactancia materna: 7 preguntas, consumo de otros productos lácteos: 8 preguntas y consumo de alimentos complementarios: 11 preguntas. La información fue recolectada procediendo al registro manual del código de la opción coincidente con la

respuesta materna a cada pregunta enunciada. Luego, este registro de códigos fue vaciada en una hoja de cálculo empleando el software MS Excel, versión XP, para proceder con el análisis cuantitativo de datos.

- La Guía para Entrevista Semi-Estructurada (Anexo N° 3) conformada por 10 preguntas principales y otras preguntas derivadas de estas, dividida en dos secciones: (a) percepciones maternas sobre lactancia materna, 4 preguntas y (b) percepciones maternas sobre alimentación complementaria, 6 preguntas. La información fue recolectada procediendo a la grabación integral de la entrevista en una cinta magnetofónica de 90 minutos de duración, utilizando una grabadora de voz, y registrando las respuestas de las madres a las preguntas enunciadas por el investigador. Luego, cada grabación se transcribió en un archivo de texto (.txt) por cada madre entrevistada, empleando el Bloc de Notas, para después proceder con el análisis cualitativo de datos. En la Ilustración N° 1, esta etapa de trabajo se representa con las actividades sombreadas con fondo de color celeste.

A continuación se reproduce el esquema que ilustra la secuencia de fases para el análisis cualitativo de datos textuales, ilustración propuesta por Pidgeon y Henwood (1997) en “Grounded Theory: Practical Implementation”, y citado por Juan Muñoz Justicia <sup>(51)</sup> en el manual de uso del software Atlas–Ti en el año 2003:

ILUSTRACIÓN N° 1: FASES DEL ANÁLISIS CUALITATIVO PARA INFORMACIÓN TEXTUAL.



□ **PASO 2: PROCESAMIENTO, ANÁLISIS E INTEGRACIÓN DE LA INFORMACIÓN.**

La codificación de los datos obtenidos de cada sección del Cuestionario General, excepto de la sección correspondiente a la evaluación de conocimientos sobre alimentación infantil, fue vaciada en una hoja de cálculo empleando el software MS Excel, agrupada en distribución de frecuencias y porcentajes, y representada en cuadros y gráficos estadísticos para el análisis cuantitativo. Por otro lado, la sección de conocimientos maternos sobre alimentación infantil fue analizada mediante el número de preguntas respondidas correctamente por las madres

entrevistadas y agrupada en distribución de frecuencias y porcentajes según la calificación obtenida por ellas en “Muy Bueno” (con 7–8 preguntas correctamente respondidas de ocho presentadas), “Bueno” (con 5–6 preguntas respondidas), “Regular” (con 3–4 preguntas respondidas) y “Malo” (con menos de tres preguntas respondidas), de la misma manera que el resto de secciones del cuestionario.

El análisis cualitativo de la información se realizó siguiendo el esquema de la Ilustración N° 1 y con el software Atlas–Ti <sup>(50)</sup>. Atlas–Ti es una herramienta informática que facilita el análisis cualitativo de grandes volúmenes de datos, ayudando al investigador a agilizar muchas de las actividades implicadas en el análisis y la interpretación de datos textuales. De esta manera, permite integrar toda la información disponible en datos, citas, fichas, anotaciones, etc. por medio de actividades denominadas de **nivel textual**, que dará paso a otras actividades denominadas de **nivel conceptual**, como por ejemplo la creación de relaciones entre componentes. El resultado de este trabajo es la creación de un archivo o **Unidad Hermenéutica (.hpr)**, el cual está conformado por los siguientes componentes o elementos: documentos primarios, citas, códigos y familias.

Los **Documentos Primarios** son la base del análisis, es decir, los “datos brutos”. Pueden ser textuales, como en este caso, pero también pueden ser imágenes, archivos de sonido e incluso video. Antes trabajar con Atlas–Ti se necesita prepararlos para que puedan ser legibles por el programa y esta preparación afecta a los documentos de texto puesto que estos solamente pueden ser con formato ASCII. La creación de documentos primarios es el primer paso del trabajo y la asignación o vinculación de los documentos primarios a la Unidad

Hermenéutica el siguiente. Esta operación se realiza utilizando el comando **Assign Document** del menú **Documents** de la pantalla principal de Atlas–Ti, seleccionando el o los documentos deseados y presionando el botón **Abrir**. Una vez asignados los documentos primarios se puede empezar a crear **Citas**, las citas son fragmentos del texto que contienen algún significado importante para los objetivos de la investigación y, por lo tanto, implica una primera reducción de los “datos brutos”. Esta operación se realiza seleccionando un fragmento del texto y utilizando el comando **Create Free Quotation** del menú **Quotations**, esta acción asignará el fragmento de texto seleccionado a una cita no relacionada con ningún otro elemento de la Unidad Hermenéutica. En la Ilustración N° 1, esta etapa de trabajo se representa con las actividades sombreadas con fondo de color amarillo.

La **codificación** es la acción de relacionar códigos con citas o utilizarlos como elementos conceptuales de análisis sin necesidad de relacionarlos con citas. Los **Códigos** son la unidad básica del análisis y son resúmenes o agrupaciones de citas, lo que implica un segundo nivel de reducción de datos. El proceso de codificación se puede iniciar a partir de un trabajo conceptual previo y, por lo tanto, de una lista establecida de códigos que se irán asignando a las citas (estrategia **top–down**). Para la creación de códigos se emplea el comando **Create Free Code** del menú **Codes**, que abrirá la ventana **Open Coding**, en donde se asigna un nombre para el código, y luego se presiona el botón **OK**. Posteriormente, se podrá asignar estos códigos con las citas seleccionándolas y arrastrándolas hacia la lista desplegable de códigos ubicada al lado derecho de la pantalla de Atlas–Ti. En general, se puede relacionar un número arbitrario de códigos a una cita, e igualmente un código puede hacer referencia a más de una



cita; por otra parte, se puede tener códigos no relacionados con citas. En la Ilustración N° 1, esta etapa se representa con las actividades con fondo naranja.

Hasta ahora, el trabajo desarrollado corresponde con lo definido como **nivel textual**, en el cual se realizan las actividades de segmentación del texto y su codificación. Por su parte, el trabajo a **nivel conceptual** implica analizar los elementos creados a través de nuevas reducciones de los datos, agrupándolos en **Familias** y estableciendo relaciones entre estos componentes. La creación de familias es el último paso del análisis y constituyen la base para la determinación de conceptos y definiciones. La creación y/o edición de las familias se realiza mediante el comando **Open Family Browse** de los menús **Documents**, **Codes** y **Memos**; que abrirá la ventana **Family Browser**, que permite crear, visualizar y editar familias. Esta ventana presenta en la parte superior tres iconos con los que se puede definir una nueva familia, abrir la ventana de editor de comentarios y borrar la familia seleccionada; debajo de esta se encuentra una lista con el nombre de las familias existentes y los componentes asignados y no asignados a esa familia en otras dos listas. La asignación o deasignación de un elemento a la familia seleccionada se podrá realizar con los botones de dirección o haciendo doble clic sobre alguno de los elementos. Finalmente, en la parte inferior de la ventana se encuentra la zona en que se puede editar los comentarios relacionados a la familia. En la Ilustración N° 1, esta etapa se representa con las actividades con fondo rosa. De esta manera, ya se tiene los elementos necesarios para realizar el trabajo conceptual a través de la representación de las relaciones creadas entre los diferentes componentes creados en la Unidad Hermenéutica.

La información cuantitativa recolectada con el cuestionario general y la información cualitativa recolectada con la guía para entrevista semi-estructurada fue complementada y vaciada en matrices. Una matriz es un arreglo de columnas y filas que se usa para organizar y resumir la información recolectada. En la matriz del Anexo N° 4 se resumió la información sobre las prácticas reales de las madres informantes, en la primera columna se escribieron las prácticas reales encontradas y en la segunda se señalan las razones, conocimientos y actitudes que explican cada práctica real encontrada. En la matriz del Anexo N° 5 se indican los factores que actúan como barreras y facilitadores en la posible adopción de prácticas mejoradas. En la matriz del Anexo N° 6 se propusieron prácticas mejoradas para cada práctica problema encontradas. Y, en la matriz del Anexo N° 7 se realizó el análisis de comportamiento de cada práctica mejorada propuesta para la prueba a realizarse en la segunda etapa del estudio. El análisis de comportamiento permite dividir las recomendaciones en sus diferentes componentes y estudiar su potencial de modificar conductas mediante un programa de comunicación educativa; cada recomendación se calificó en una escala de 0-2 y el resultado fue la sumatoria de las calificaciones individuales.

### □ PASO 3: SELECCIÓN DE LAS PRÁCTICAS MEJORADAS.

En la matriz del Anexo N° 8 se indican las cinco prácticas mejoradas que obtuvieron mayor puntuación en el análisis de comportamiento y fueron seleccionadas para evaluar su adopción en madres durante la segunda etapa del presente estudio.

## **8.2. ETAPA II: PRUEBA DE PRÁCTICAS MEJORADAS.**

El propósito de la segunda etapa fue evaluar el apego y la factibilidad de adopción de cinco prácticas mejoradas que se recomendaron poner a prueba a las madres participantes. Para ello se buscó identificar los aspectos de las prácticas mejoradas que eran y no eran adoptadas por las madres, y los factores facilitadores y las barreras que ayudaban o impedían, respectivamente, su adopción; también se recogieron los cambios que las madres hicieron a las prácticas recomendadas. Los instrumentos de recolección empleados fueron los Formularios de Visita Inicial y Final y la Guía de Observación, tomados del ProPAN y probados en un piloto con cinco madres, modificados y adaptados a los requerimientos del estudio; las técnicas aplicadas fueron la entrevista a profundidad y la observación participante. En esta etapa se incluyó una muestra homogénea conformada por 45 madres de las que participaron en la primera etapa del estudio y se desarrolló durante el periodo octubre – diciembre de 2005.

Esta etapa se desarrolló en cinco pasos:

### **□ PASO 1: TRABAJO PREVIO.**

Para cada práctica recomendada se desarrolló una Matriz de Motivaciones (Anexo N° 9) con información que motivara a las madres a seguir dicha práctica, para esto se emplearon términos expresados por ellas mismas. Igualmente, se desarrollaron un mensaje y un elemento recordatorio que fueron entregados a cada madre al momento de la presentación de la práctica mejorada durante la entrevista inicial. También se elaboró una Matriz de Soluciones (Anexo N° 10) para explicar a las madres cómo llevar a cabo cada práctica mejorada.

□ **PASO 2: SELECCIÓN DE LAS MADRES PARTICIPANTES.**

Se seleccionaron cuarenta y cinco madres. Las participantes fueron separadas en cinco grupos y cada grupo puso a prueba en su domicilio una de las cinco prácticas mejoradas seleccionadas por un periodo de siete días. Cada grupo estuvo conformado por siete madres como mínimo.

□ **PASO 3: SELECCIÓN DE MATERIALES.**

□ **PARA LA ENTREVISTA INICIAL.**

- Copia de la Matriz de Motivaciones.
- Copia de la Matriz de Soluciones.
- Copia del Formulario de Entrevista Inicial (Anexo N° 11).
- Recordatorio de la práctica mejorada y recetario.
- Lápiz y borrador.

□ **PARA LA ENTREVISTA FINAL.**

- Copia del Formulario de Entrevista Final (Anexo N° 12).
- Copia de Guía de Observación (Anexo N° 13)
- Grabadora de voz, cinta magnetofónica y baterías.

□ **PASO 4: RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.**

La prueba consistió de dos entrevistas, una inicial y una final, e incluyó un periodo de observación de las actividades maternas durante cuatro horas en promedio. Para esto, fue necesario e importante crear una relación de empatía y confianza entre la madre informante y el investigador, quien además ya se encontraba familiarizado con la comunidad donde se desarrolló el estudio.

- **ENTREVISTA INICIAL.** En la entrevista inicial se explicó a cada madre la importancia de su participación en la prueba. Al presentar la práctica mejorada a probar también se presentaron los motivos para adoptar dicha recomendación. Así, la selección de la práctica mejorada y la motivación para probarla fueron personalizadas según la edad del niño y/o el problema más frecuente encontrado durante el diagnóstico. Asimismo, cada madre recibió un elemento recordatorio de la práctica mejorada y un recetario de preparaciones.
  
- **ENTREVISTA FINAL Y OBSERVACIÓN.** Finalizado el periodo de siete días para la prueba se visitó a cada madre para entrevistarla y obtener sus impresiones y comentarios sobre la práctica probada y para observar sus actividades. El propósito fue averiguar lo que las madres informantes recordaron, entendieron, ejecutaron o modificaron de la práctica probada con los recursos disponibles en su hogar. La información fue recolectada procediendo a la grabación de la entrevista en una cinta magnetofónica mediante una entrevista semi-estructurada empleando el Formulario de Visita Final, conformado por 17 preguntas enunciadas por el investigador. Luego, cada grabación fue transcrita en un archivo de texto por cada madre entrevistada para proceder con el análisis cualitativo de datos. Igualmente, se observaron las actividades maternas relacionadas a la preparación de los alimentos y a la alimentación de su hijo(a) por cuatro horas aproximadamente, tiempo que incluyó al menos un tiempo de comida del niño, para esto se empleó la Guía de Observación que indicaba las actividades que debían observarse y registrarse.

□ **PASO 5: PROCESAMIENTO, ANÁLISIS E INTEGRACIÓN DE LA INFORMACIÓN.**

Al igual que en la etapa de diagnóstico, la información de cada entrevista semi-estructurada fue grabada y luego transcrita en un archivo de texto; y el análisis cualitativo de la información se desarrolló siguiendo las actividades propuestas en la Ilustración N° 1 con el software Atlas-Ti, cuyo resultado fue la creación de otra **Unidad Hermenéutica**. Estas actividades ya fueron detalladas durante la sección correspondiente a la etapa diagnóstico del estudio.

Así, la prueba de prácticas mejoradas consistió en citar, codificar y familiarizar los extractos de los testimonios de las madres informantes, datos que fueron complementados con lo obtenido de las observaciones de las actividades maternas y vaciadas en una matriz para cada práctica mejorada probada, consolidando esta información en la matriz del Anexo N° 14. El resumen de los resultados sobre apego y factibilidad de adopción de las prácticas mejoradas probadas se realizó empleando la matriz del Anexo N° 15 que se completó con información cualitativa y cuantitativa obtenida de las entrevistas a las madres.

De esta manera, el resultado de esta etapa fue la evaluación de la adopción de cinco prácticas mejoradas con el fin de recopilar información acerca de su aceptabilidad antes de ser empleadas como mensajes educativos en un programa de mayor alcance que promueva cambios en las prácticas de alimentación complementaria de las madres y contribuir a mejorar el estado nutricional de los niños atendidos en el C.M.I. Juan Pablo II del distrito Villa El Salvador, Lima.

## *Capítulo 3: Resultados y Discusión.*

### **1. RESULTADOS.**

#### **1.1. ETAPA I: DIAGNÓSTICO.**

En esta etapa se seleccionó una muestra de madres según los criterios de inclusión y exclusión considerados. De ellas, 113 madres fueron encuestadas y 20 madres fueron entrevistadas. El análisis cuantitativo se presenta a través de la distribución de frecuencias en cuadros y gráficos. El análisis cualitativo se presenta a través de la descripción de conceptos y la extracción de citas de los testimonios maternos relacionados a sus percepciones sobre lactancia y alimentación complementaria. Cada cita es presentada entre comillas, en formato cursiva y, en cada una, se resalta en negrita la palabra o frase considerada para la codificación y análisis de los datos.

#### **CARACTERÍSTICAS SOCIALES Y ECONÓMICAS DE LA FAMILIA.**

El 70.8% de familias habitaban en una vivienda propia que, por lo general, estaba construida de material noble aunque con acabados inconclusos. Así se tiene ladrillo (80.5%), concreto armado (58.4%) o plancha de calamina (38.9%), y cemento pulido (78.6%) como materiales predominantes en las paredes exteriores, techos y pisos respectivamente. El 76.9% de viviendas se encontraban hacinadas y la mayoría contaba con servicios de agua potable (78.8%), desagüe (71.6%) y luz eléctrica (92%) conectados a la red pública.

El 69.9% de madres tenía entre 18 y 35 años de edad y la mayoría alcanzaron hasta niveles de instrucción primaria completa (35.3%) y secundaria completa

(45.1%). El 75.3% de madres se declararon como ama de casa y 20.4% dijeron contar con un empleo remunerado, en su mayoría desempeñándose como empleada en servicio doméstico. El 95.6% de madres estaban casadas o convivían con el padre de su hijo y 94.7% tenía uno o dos hijos.

Con respecto al padre, el 42.5% contaba con un empleo estable y 23% contaba con empleos eventuales. Asimismo, el 67.2% de madres invertían en alimentación familiar entre el 45% y 60% de los ingresos económicos mensuales, mientras que otras manifestaron ser beneficiarias de los programas Vaso de Leche o Comedor Popular existentes en la localidad.

### **CONOCIMIENTOS MATERNOS SOBRE ALIMENTACIÓN INFANTIL.**

Según el número de preguntas respondidas correctamente, el 64.6% de madres obtuvieron calificación de “Muy Bueno” con 7–8 preguntas respondidas de ocho preguntas presentadas, 33.6% obtuvo calificación de “Bueno” con 5–6 preguntas respondidas y 1.8% obtuvo “Regular” con 3–4 preguntas respondidas.

CUADRO N° 1: CONOCIMIENTOS MATERNOS SOBRE ALIMENTACIÓN INFANTIL.  
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS SEGÚN CALIFICACIÓN OBTENIDA. C.M.I. JUAN PABLO II – V.E.S.

CALIFICACIÓN	n	%
Muy Bueno (7-8 preguntas)	73	64.6
Bueno (5-6 preguntas)	38	33.6
Regular (3-4 preguntas)	2	1.8
Malo (0-2 preguntas)	0	0
TOTAL	113	100.0



## PRÁCTICAS Y PERCEPCIONES MATERNAS DE ALIMENTACIÓN INFANTIL.

### LACTANCIA MATERNA.

I. Todas las madres tenían antecedente de parto institucional y la mayoría manifestó haber amamantado a sus hijos dentro de la primera hora de nacido. El análisis cualitativo evidenció que pocas madres identificaban al calostro con este nombre, en cambio otras lo nombraban de otra manera.

- (Mamá de A. A. T. – 8 meses) *“Se que otras mamás no dan la **leche amarilla** a sus bebés porque la creen poco alimenticia, pero yo siempre hice caso a lo que me decían por el bien de ella...”*

II. En general, las madres reconocieron ventajas de la lactancia materna sobre otro tipo de alimentación. La leche materna fue considerada el mejor alimento para el niño muy pequeño.

- (Mamá de E. G. F. – 6 meses) *“Un niño chiquito solo necesita leche de pecho porque **le mantiene sano** y si se enferma le duraría muy poco. Él es mi primer hijo y lo alimento sólo con mi leche porque es el mejor alimento... hasta que no tenga más de 6 meses no necesitará otra cosa... También están las ganas para darle de lactar, felizmente tengo buena leche...”*

III. Aún así, la mayoría tenía otra percepción para el niño mayor de seis meses y consideraban a la leche materna como un alimento bueno pero insuficiente.

- (Mamá de S. A. D. – 9 meses) *“Mi hija va a mamar hasta que tenga un año. Me han dicho que después **ya no es buen alimento**. Si tengo suficiente leche podría mamar un poco más, ojalá que no se acostumbre tanto al pecho y ya no lo quiera dejar (risas)”*

La prevalencia de la lactancia materna era 95.7% al momento de la entrevista, donde 50% de madres empleaban solo leche materna y 45.7% leche materna y

otro tipo de leche para alimentar a sus hijos. La leche evaporada era el producto empleado con mayor frecuencia por las madres, seguida por las fórmulas infantiles y la leche en polvo (ver Cuadros N° 2 y N° 3 y Gráfico N° 1).

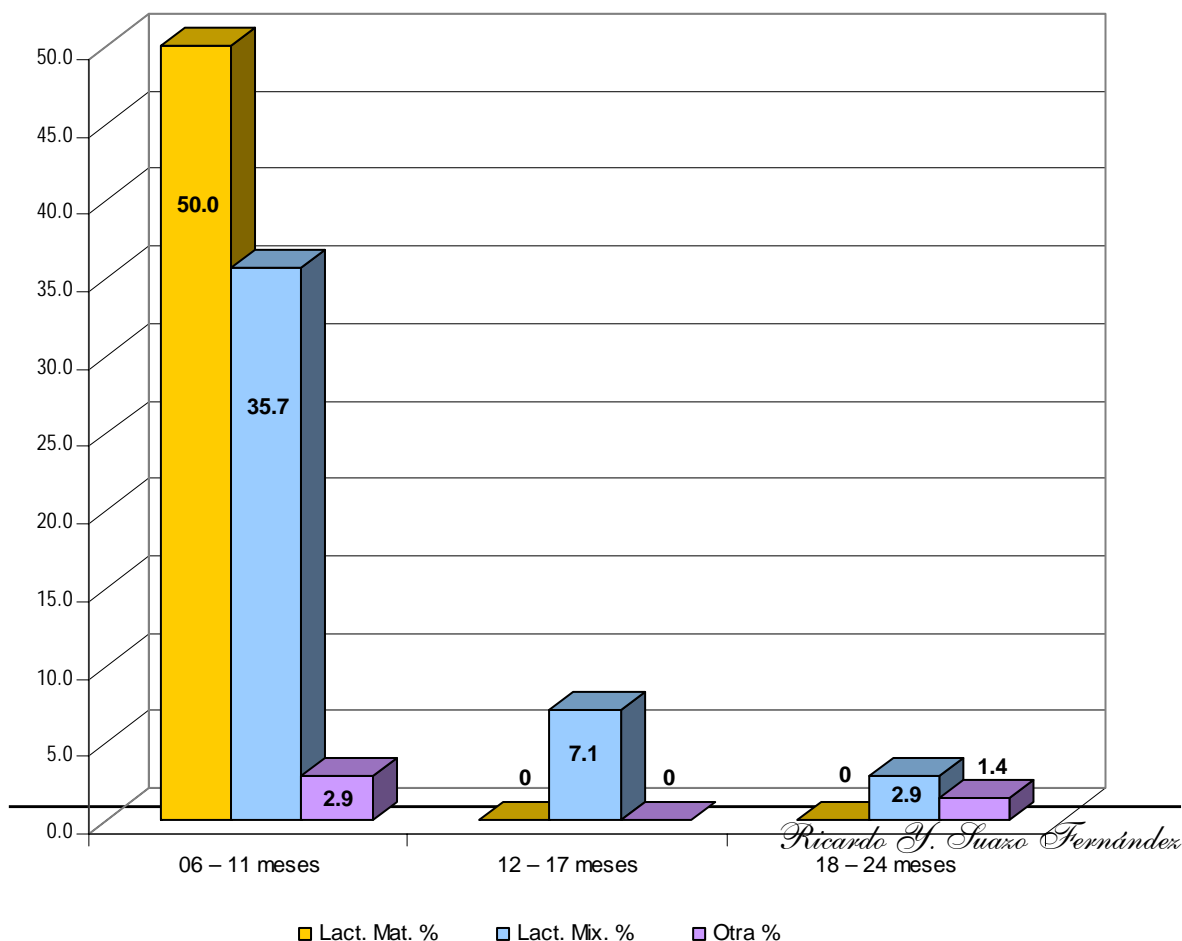
CUADRO N° 2: PREVALENCIA DE LACTANCIA MATERNA.

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS SEGÚN PREVALENCIA Y GRUPO DE EDAD. C.M.I. JUAN PABLO II - V.E.S.

GRUPO DE EDAD	SÍ LACTA (%)	NO LACTA (%)	TOTAL
06-11 meses	85.7	2.9	88.6
12-17 meses	7.1	0.0	7.1
18-24 meses	2.9	1.4	4.3
TOTAL	95.7	4.3	100.0

GRÁFICO N° 1: TIPO DE LACTANCIA EMPLEADA EN LA ALIMENTACIÓN DEL NIÑO.

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS SEGÚN TIPO DE LACTANCIA POR GRUPO DE EDAD. C.M.I. JUAN PABLO II - V.E.S.

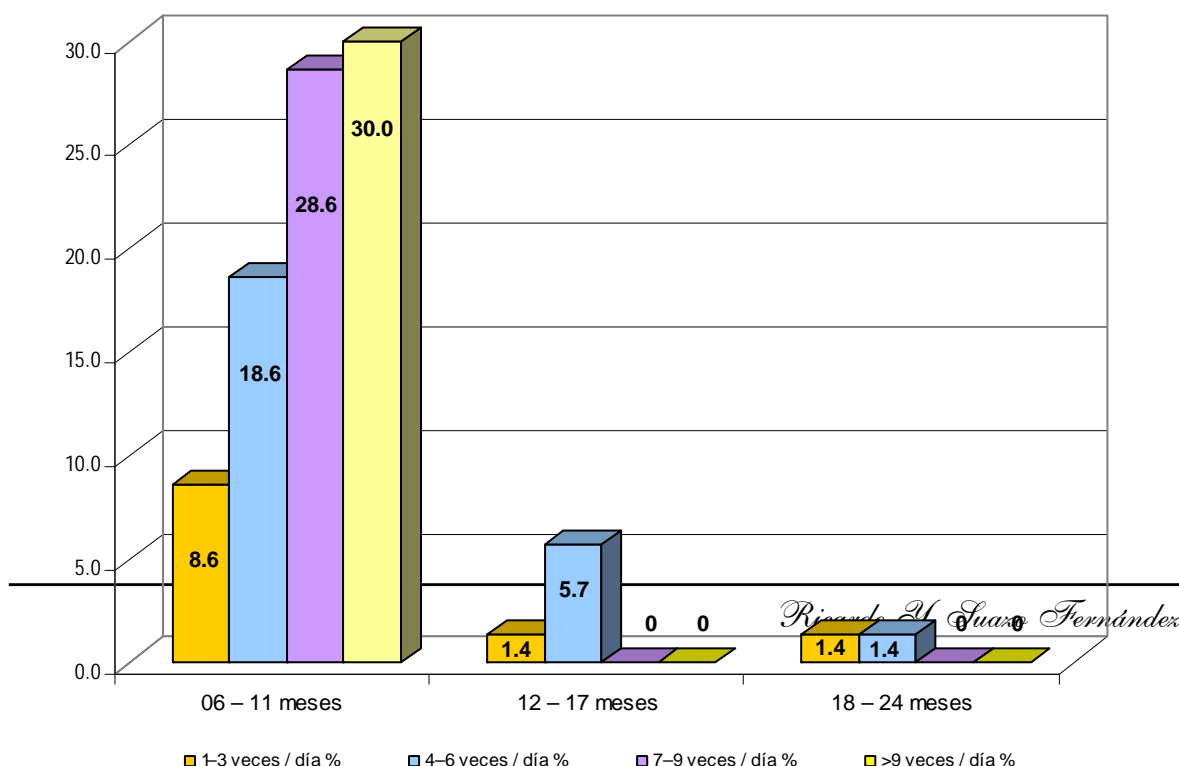


CUADRO N° 3: TIPO DE LACTANCIA EMPLEADA EN LA ALIMENTACIÓN DEL NIÑO.  
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS SEGÚN TIPO DE LACTANCIA POR GRUPO DE EDAD. C.M.I. JUAN PABLO II – V.E.S.

GRUPO DE EDAD	LACTANCIA MATERNA (%)	LACTANCIA MIXTA (%)	OTRO TIPO DE LECHE (%)	TOTAL
06–11 meses	50.0	35.7	2.9	88.6
12–17 meses	0.0	7.1	0.0	7.1
18–24 meses	0.0	2.9	1.4	4.3
<b>TOTAL</b>	<b>50.0</b>	<b>45.7</b>	<b>4.3</b>	<b>100.0</b>

En cuanto a la frecuencia, 30% de los niños lactaba diez o más veces por día, 28.6% lactaba entre 7-9 veces, 25.7% entre 4-6 veces y 11.4% hasta 3 veces por día (ver Gráfico N° 2 y Cuadro N° 4).

GRÁFICO N° 2: FRECUENCIA DE LACTANCIA MATERNA DEL NIÑO.  
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS SEGÚN LACTADAS POR DÍA POR GRUPO DE EDAD. C.M.I. JUAN PABLO II – V.E.S.



CUADRO N° 4: FRECUENCIA DE LACTANCIA MATERNA DEL NIÑO.  
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS SEGÚN LACTADAS POR DÍA POR GRUPO DE EDAD. C.M.I. JUAN PABLO II - V.E.S.

GRUPO DE EDAD	1-3 veces / día (%)	4-6 veces / día (%)	7-9 veces / día (%)	>9 veces / día (%)	Otro tipo de leche (%)
06-11 meses	8.6	18.6	28.6	30.0	2.9
12-17 meses	1.4	5.7	0.0	0.0	0.0
18-24 meses	1.4	1.4	0.0	0.0	1.4
TOTAL	11.4	25.7	28.6	30.0	4.3

El 77.1% de madres señalaron que sus hijos lactaban entre 20-30 minutos por toma, tiempo adecuado según las recomendaciones de los Lineamientos de Alimentación Materno Infantil.

IV. También se pudo conocer que la duración promedio de la lactancia materna exclusiva era de cuatro meses y que más de la mitad de madres (57%) administraron infusiones antes del quinto mes de vida del niño.

- (Mamá de A. A. B. - 6 meses) *"Yo sé que la leche materna es lo mejor para mi hija, pero ella también necesita agüita pura para calmarle la sed y los gases. Le preparo dos onzas de anís después de mamar..."*

V. Otras madres, que percibían producir poca cantidad de leche o que esta no tenía la consistencia deseada optaron por complementarla con otros productos.

- (Mamá de V. G. G. – 18 meses) *“A los cuatro meses ya no tenía mucha leche, solo me quedó comprarle leche en polvo porque no me alcanzaba para otra leche...”*

## DENSIDAD ENERGÉTICA DE LAS PREPARACIONES.

Para la mayoría de madres, a partir del cuarto mes de vida del niño, la leche materna todavía era considerada un alimento necesario pero insuficiente para alimentar a su hijo, lo cual llevaba a incluir las primeras preparaciones diferentes a este alimento. Se trataba de preparaciones de baja densidad energética y preferían proveerlas diluídas argumentando algún posible peligro para el niño debido, según los testimonios maternos, a que *“se puede atorar con la comida”*, *“se puede enfermar del estómago”*, *“le puede dar diarrea”* o *“porque todavía no tiene dientes”* o determinándole algún parecido con la leche materna *“tiene la misma consistencia de la leche”*.

Al momento de la encuesta, el 23.0% de madres todavía no habían iniciado la administración de alimentos complementarios; mientras 32.7% de madres indicaron haberla iniciado al sexto mes de vida del niño y el 39.8% lo hicieron entre los 3-5 meses de edad (ver Cuadro N° 5 y Gráfico N° 3).

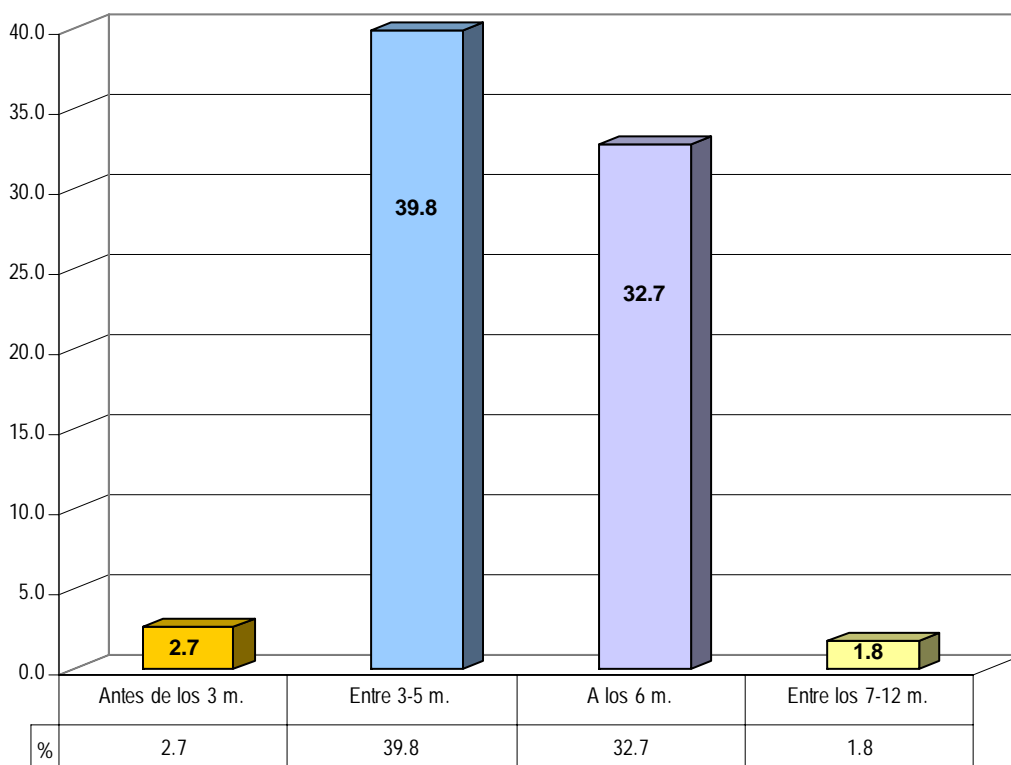
CUADRO N° 5: EDAD DE INICIO DE LA ADMINISTRACIÓN DE ALIMENTOS COMPLEMENTARIOS AL NIÑO.

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS SEGÚN EDAD DE INICIO. C.M.I. JUAN PABLO II – V.E.S.

EDAD DE INICIO	n	%
Aún no come	26	23.0
Antes de los 3 meses de edad	3	2.7
Entre los 3 – 5 meses de edad	45	39.8
A los 6 meses de edad	37	32.7
Entre los 7 – 12 meses de edad	2	1.8
TOTAL	113	100.0

GRÁFICO N° 3: EDAD DE INICIO DE LA ADMINISTRACIÓN DE ALIMENTOS COMPLEMENTARIOS AL NIÑO.

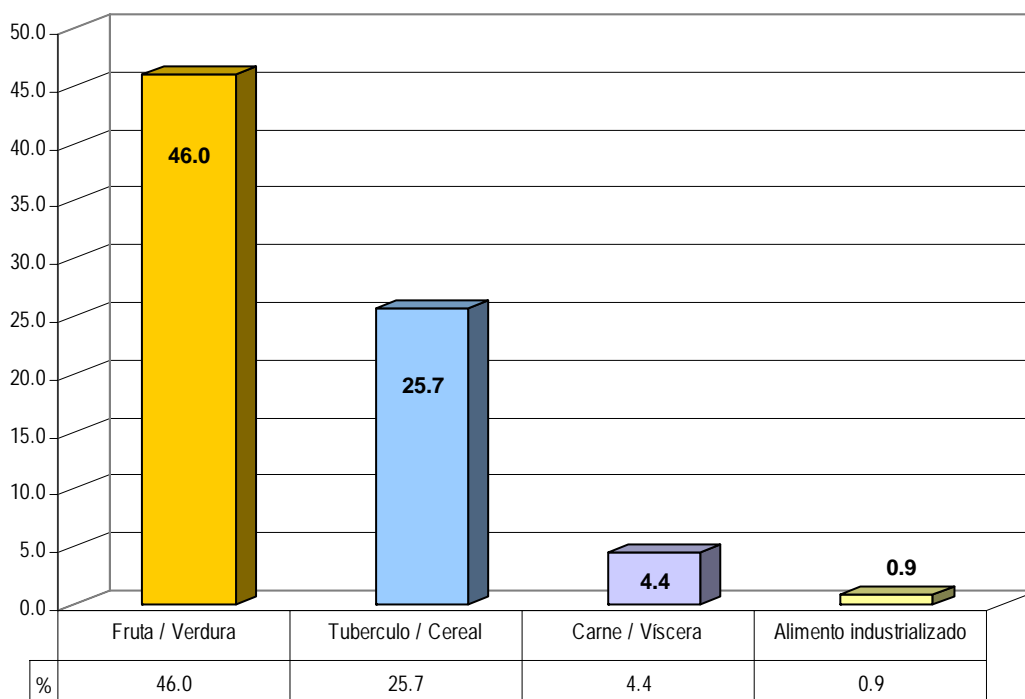
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS SEGÚN EDAD DE INICIO. C.M.I. JUAN PABLO II – V.E.S.



El 46.0% de madres emplearon alguna verdura o fruta para alimentar al niño por primera vez, prefiriendo el zapallo o el plátano de isla; y el 25.7% de madres emplearon tubérculos o cereales, especialmente papa amarilla o fideos tipo “cabello de ángel” en sopas (ver Gráfico N° 4).

GRÁFICO N° 4: GRUPOS DE ALIMENTOS EMPLEADOS PARA INICIAR LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA.

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS SEGÚN GRUPO DE ALIMENTOS EMPLEADO. C.M.I. JUAN PABLO II – V.E.S.



VI. El análisis cualitativo reveló que algunas madres consideraban que las preparaciones diluidas como caldos, jugos, extractos y hervidos de alimentos eran nutritivamente superiores a una preparación “espesa”. Igualmente, todas coincidieron en su preferencia por preparar la comida de su hijo en una olla aparte que la de la comida del resto de integrantes de la familia.

- (Mamá de E. L. M. – 6 meses) “Al prepararle su sopa hago hervir el bazo con las verduras, después la paso por la licuadora y el colador antes de servirlo en su platito... es que esa agua tiene toda la sustancia del alimento...”



El 65.7% de madres señalaron su preferencia por las preparaciones “espesas” al momento de alimentar al niño, para ratificarlo se utilizó la Cartilla de Alimentación Infantil <sup>(40)</sup>.

VII. El análisis cualitativo reveló que la consistencia de las preparaciones variaba durante el transcurso del día. Así, las madres priorizaban las preparaciones espesas para el día y la tarde y las diluidas se reservaban para la noche.

*- (Mamá de G. R. F. – 7 meses) “En la noche le doy su última comida... ahí se come solo el caldito de la sopa, pues tengo miedo que le caiga mal al estómago y no duerma tranquilo...”*

El 34.2% de madres manifestaron que agregaban algún alimento fuente de grasa a las comidas de los niños, pero solo 12.9% de madres utilizaban una cucharadita, cantidad recomendada por el Ministerio de Salud.

### **FRECUENCIA DE COMIDAS POR DÍA.**

Según los Lineamientos de Alimentación Materno Infantil <sup>(43)</sup>, la frecuencia de comidas se estima en función de la energía que debe ser cubierta por los alimentos complementarios según la edad: 3 comidas por día para niños de 6-8 meses, 3 comidas principales y 1 refrigerio adicional de 9-11 meses y 3 comidas principales y 2 refrigerios adicionales para mayores de 12 meses.

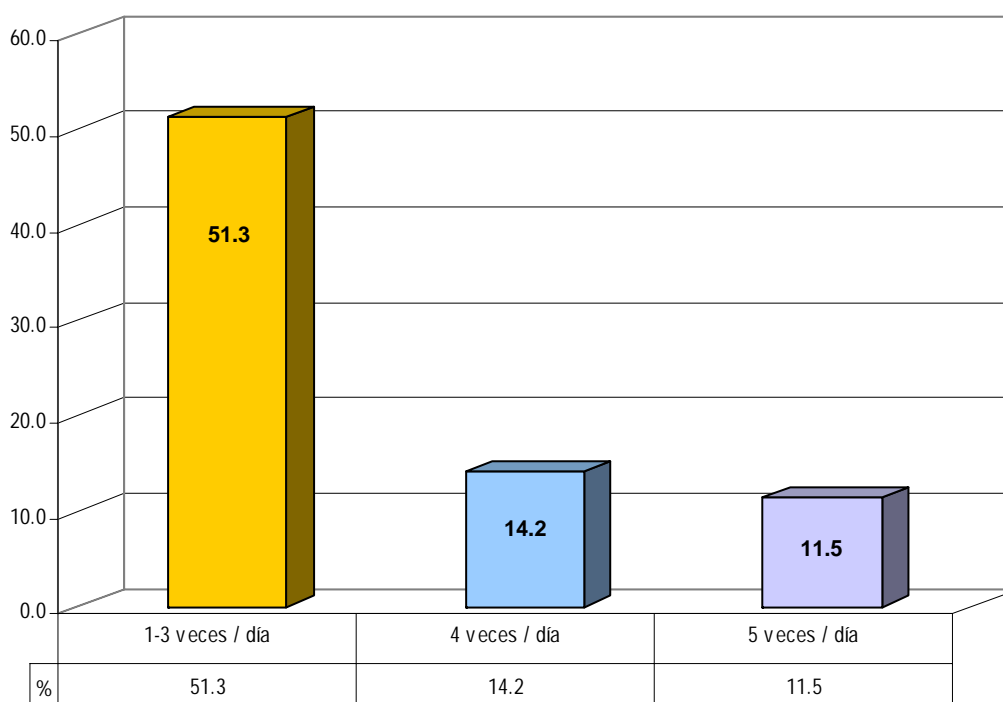
Según esta misma lógica, el 14.2% de madres alimentaban a sus hijos con cuatro comidas por día y 11.5% con cinco comidas por día, frecuencias consideradas adecuadas; por otro lado, el 51.3% de madres lo hacían con menor frecuencia.

Esta última proporción representaba a la mayoría de madres de niños mayores de nueve meses que argumentaban que “*el exceso de comida es malo para el niño*” (ver Cuadro N° 6 y Gráfico N° 5).

CUADRO N° 6: FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN DE ALIMENTOS COMPLEMENTARIOS. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS SEGÚN NÚMERO DE COMIDAS POR DÍA. C.M.I. JUAN PABLO II – V.E.S.

NÚMERO DE COMIDAS / DÍA	n	%
Aún no come	26	23.0
1-3 veces / día	58	51.3
4 veces / día	16	14.2
5 veces / día	13	11.5
<b>TOTAL</b>	<b>113</b>	<b>100.0</b>

GRÁFICO N° 5: FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN DE ALIMENTOS COMPLEMENTARIOS. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS SEGÚN NÚMERO DE COMIDAS POR DÍA. C.M.I. JUAN PABLO II – V.E.S.



## CANTIDAD DE ALIMENTOS CONSUMIDOS POR TIEMPO DE COMIDA.

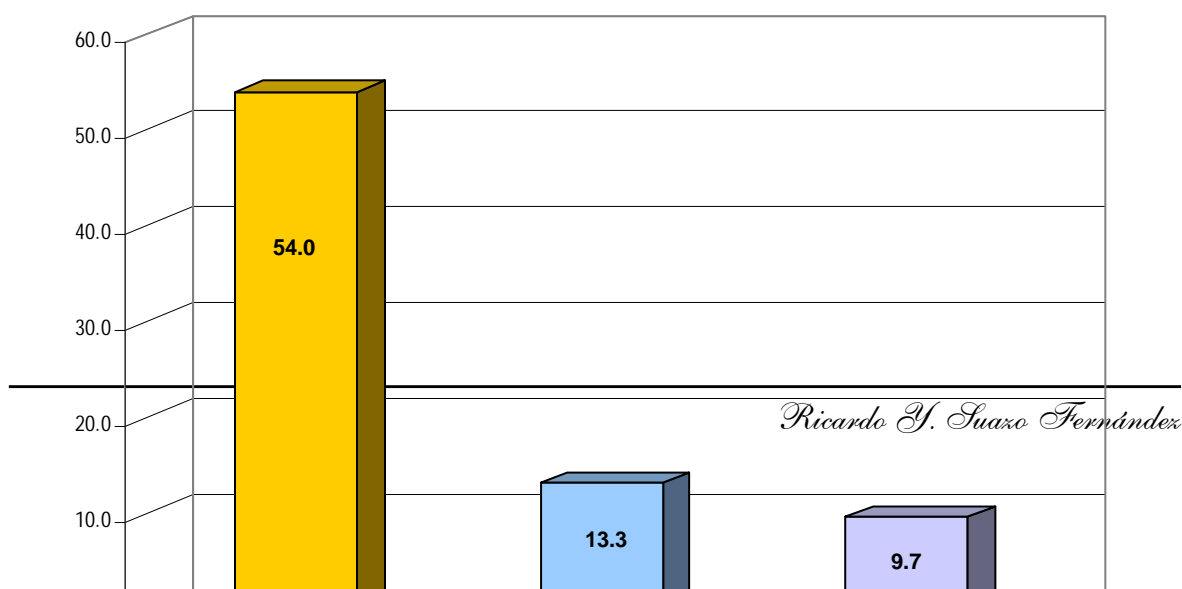
Según los Lineamientos de Alimentación Materno Infantil, la cantidad de alimentos a consumir por cada tiempo de comida es 2-5 cucharadas por tiempo de comida en niños de 6-8 meses, 5-7 cucharadas en niños de 9-11 meses y 7-10 cucharadas en mayores de 12 meses.

Según esta premisa, el 54% de madres respondieron que sus hijos consumían alimentos en la cantidad adecuada, mientras que el 13.3% de madres respondieron que el consumo era mayor y solamente el 9.7% respondieron que el consumo era insuficiente (ver Cuadro N° 7 y Gráfico N° 6).

CUADRO N° 7: CANTIDAD DE ALIMENTOS CONSUMIDOS POR NIÑO Y TIEMPO DE COMIDA. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS SEGÚN CANTIDAD CONSUMIDA POR EDAD. C.M.I. JUAN PABLO II  
- V.E.S.

NÚMERO DE COMIDAS / DÍA	n	%
Aún no come	26	23.0
Come lo necesario para su edad	61	54.0
Come demasiado para su edad	15	13.3
Come poco para su edad	11	9.7
TOTAL	113	100.0

GRÁFICO N° 6: CANTIDAD DE ALIMENTOS CONSUMIDOS POR NIÑO Y TIEMPO DE COMIDA. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS SEGÚN CANTIDAD CONSUMIDA POR EDAD. C.M.I. JUAN PABLO II  
- V.E.S.



VIII. El análisis cualitativo encontró que muchas madres consideraban que la cantidad de alimentos consumidos estaban facilitados por el gusto del niño o su apetito conforme crecía.

- (Mamá de E. C. S. – 8 meses) *“Él sabe cuánto debe comer porque su estómago le pide lo que necesita... No le insisto para que coma más, ya se acostumbrará a comer poco a poco...”*

IX. En general las madres tenían un rol activo durante la alimentación del niño, así la mayoría ayudaba a su hijo(a) a comer o motivaba hacerlo cuando se encontraba sano. Sin embargo, cuando el niño enfermaba el 38.6% de madres señaló que el consumo de alimentos disminuía, mientras 11.4% refería que el niño no comía y solamente era alimentado con leche materna e infusiones.

- (Mamá de E. H. M. – 10 meses) *“Hasta hace un mes comía todo lo que le preparaba, de un momento a otro **perdió las ganas de comer** y ya ni recibe lo que tanto le gustaba: el arroz con leche... Ahora se la pasa con mi pecho a cada rato...”*

#### **VARIEDAD EN EL CONSUMO DE ALIMENTOS DE ORIGEN ANIMAL.**

X. El análisis cualitativo permitió conocer las preferencias maternas respecto al consumo de alimentos de origen animal. La mayoría manifestó su preferencia por el hígado de pollo, la carne de pollo y la yema de huevo, mientras que

descartaban el consumo de otros alimentos como el bazo, pescado, la sangrecita de pollo y clara de huevo.

- (Mamá de S. A. D. – 9 meses) *“Ha probado poco pescado... le puede dar alergia. Prefiero el hígado aplastado con puré de zapallo o papa y así sí come... Está comiendo hígado de 2 a 3 días a la semana y pescado cada 15 días...”*

- (Mamá de E. G. F. – 6 meses) *“Recién está empezando a probar sus primeras comidas... ya le tocará probar hígado o bazo. A mí no me gustan para nada pero voy a tener que hacer el esfuerzo para que aprenda a comerlos desde chiquito...”*

- (Mamá de M. J. G. – 7 meses) *“Le he dado hígado y huevo... Me han dicho que no le haga comer pescado porque le puede caer mal, tengo miedo que le de infección... Ha comido un poco de huevo y eso sí le gusta. El hígado lo come casi todos los días, siempre en su puré...”*

## **PRÁCTICAS PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN INFANTIL.**

En base a los resultados anteriores y al análisis e integración de la información se pudo identificar las siguientes prácticas problemas:

- El 10% de madres de niños de 12–24 meses, empleaban leche materna para administrarla en combinación con los alimentos complementarios.
- El 39.8% de madres iniciaron la administración de alimentos complementarios entre el tercer y quinto mes con preparaciones de baja densidad energética.
- El 12.9% de madres agregaban una cucharadita de alimento fuente de grasa a una de las comidas principales de su hijo.
- El 51.3% de madres administraba los alimentos complementarios a su hijo entre una y tres veces por día.
- El 65% de madres empleaba poca variedad de alimentos de origen animal, frutas y verduras para la alimentación de su hijo.

Por eso, se hizo una lista de recomendaciones que podrían ser fáciles de adoptar y que fueron estudiadas mediante el análisis de comportamientos para seleccionar aquellas que deberían ser probadas en los ensayos domiciliarios. Las prácticas mejoradas que obtuvieron mayor puntuación y fueron seleccionadas para ser probadas en la segunda etapa del estudio son:

- Inicie la alimentación de su niño(a) con comidas espesas (papilla, mazamorra y puré) usando alimentos de la olla familiar.
- Alimente a su niño(a) con 3 comidas principales (desayuno, almuerzo y cena) y 2 refrigerios adicionales (media mañana y media tarde).
- Incluir cada día algún alimento de origen animal: hígado, pescado, bazo, sangrecita, huevo, pollo o carne.
- Incluir en la alimentación de su niño(a) alguna fruta o verdura cada día: plátano, papaya, pera, manzana, melocotón, naranja, mandarina, zapallo, zanahoria, espinaca.
- Enriquecer una de las comidas principales de su niño(a) con una cucharadita de aceite cada día.

Asimismo, después de presentar cada práctica mejorada a las madres, también se les sugirió mantener el consumo de leche materna en combinación con los alimentos complementarios con el fin de que todas se beneficien de esta práctica.

## **1.2. ETAPA II: PRUEBA DE PRÁCTICAS MEJORADAS.**

En esta etapa se seleccionó una muestra conformada por 45 madres que participaron de la etapa diagnóstico. Ellas fueron separadas en cinco grupos y

cada una probó en su domicilio una práctica mejorada durante siete días. Cada madre fue entrevistada y observada. El análisis cualitativo se presenta a través de la descripción de conceptos y la extracción de citas de los testimonios maternos relacionados al apego y la factibilidad de adopción de cada práctica probada. Cada cita es presentada entre comillas, en formato cursiva y, en cada una, se resalta en negrita la palabra o frase considerada para la codificación de los datos.

**PRÁCTICA MEJORADA Nº 1: *INICIE LA ALIMENTACIÓN DE SU NIÑO(A) CON COMIDAS ESPESAS (PAPILLAS, MAZAMORRAS Y PURÉS) USANDO ALIMENTOS DE LA OLLA FAMILIAR.***

Esta práctica fue probada por madres de niños que recién iniciaban la alimentación complementaria o que tenían poco tiempo de haberla iniciado. Finalizado el periodo de prueba se obtuvieron los siguientes resultados:

**APEGO.**

- Número de participantes: 14 madres.
- Número de días que probaron la práctica mejorada: 7 días.
- Número de veces que probaron la práctica mejorada: 3 veces por día.
- Número de madres que demostraron buena aceptación por la práctica mejorada: 14 madres (100%).
- Número de niños que demostraron buena aceptación por la práctica mejorada: 14 niños(as) (100%).

Esta es la recomendación que obtuvo mayor aceptación y que fue mejor recibida por las madres y los niños. Ellas destacaron las ventajas de emplear los alimentos

de la olla familiar para las preparaciones de sus hijos pequeños, sobre todo resaltaron el ahorro que les significaba en tiempo, esfuerzo y dinero.

- (Mamá de J. M. N. – 6 meses) *“Después de comer su papilla lacta un poco y se echa a descansar por la tarde... **Aprovecho ese tiempo libre** para terminar las labores de mi casa y ayudar a mi hijita mayor en las tareas del colegio”*

- (Mamá de D. C. O. – 6 meses) *“**Siempre se gastaba un poco más** de kerosene al preparar en dos ollas diferentes...”*

- (Mamá de L. V. A. – 6 meses) *“Antes tenía que cocinar más temprano para que (mi bebé) comiera a su hora y el mayorcito almuerce a las doce y se vaya al colegio a estudiar... Ahora cocino para todos en la misma olla y **ya no me toma tanto tiempo**”*

#### **FACTIBILIDAD.**

El 92.8% de madres recordaron lo que decía la práctica mejorada y los pasos que se les recomendó para ejecutarla. Todas probaron la recomendación como se les explicó y durante el periodo sugerido de siete días. Para ello se valieron de un recetario de preparaciones para niños de 6-8 meses de edad y del recordatorio de la práctica mejorada que se les entregó. Las consecuencias positivas percibidas por ellas se refirieron a la facilidad de poder emplear la mayoría de alimentos disponibles en el hogar para preparar las comidas de sus hijos y la buena aceptación de las preparaciones por parte de los niños se convirtió en el mejor estímulo para que las madres continúen ejecutando esta práctica mejorada, además, comprobaron que los alimentos de la olla familiar no dañan al niño que recién empieza a comer, tal como algunas confesaron imaginar.



- (Mamá de A. P. A. – 6 meses) *“Al inicio tenía un poco de temor a que no quiera comer lo mismo que yo, y para ser su primera vez me siento satisfecha. **Comió con gusto** y de seguir así va estar bien gordita para el próximo mes (risas)”*

- (Mamá de V. H. L. – 7 meses) *“Me doy cuenta que comiendo espeso **se la pasa más tiempo con el estómago lleno...** Antes le daba de mamar y a la hora volvía a buscar mi pecho... Ya no es igual, ahora puede pasar hasta dos horas sin pedirme nada de comida, ¿está bien que pase ese tiempo?... ”*

- (Mamá de J. M. N. – 6 meses) *“Después de **comer su papilla lacta un poco** y se echa a descansar por la tarde... Aprovecho ese tiempo libre para terminar las labores de mi casa y ayudar a mi hijita mayor en las tareas del colegio”*

- (Mamá de G. R. F. – 7 meses) *“Le he dado de mi propia comida, solamente le serví en su platito y lo aplasté... Lo comió muy bien, **¡no rechaza nada!** Ahora come casi todo de lo que le sirvo, abre su boquita como pidiéndome de comer y le doy siempre algo (risas)...”*

- (Mamá de L. V. A. – 6 meses) *“Antes me decían que mi comida le podía dañar el estomago de mi bebé, toda esta semana ha comido de mi comida y hasta ahora **no veo que le haya hecho daño**, ¡no le ha pasado nada!...”*

En general, las madres manifestaron satisfacción con los resultados obtenidos de esta práctica mejorada. Una de ellas optó por seguir utilizando los mismos alimentos que creía adecuados para su hijo, cambiando solo la forma de prepararlos para obtener comidas más espesas, mientras el resto de madres seleccionaron mayor variedad de alimentos de la olla familiar. Todas las participantes destacaron la facilidad de emplear alimentos de la olla familiar, pues siempre disponían de éstos en el hogar. Por otro lado, solamente algunas pocas madres dijeron haber tenido algún problema al alimentar a su hijo, sobre todo refirieron que los niños botaban con la lengua fuera de la boca los primeros

alimentos de consistencia semisólida, especialmente aquellos niños que recién comenzaban a comer, en tanto otras madres informaron que su niño no terminaba de comer todo lo que se le servía en su plato.

- (Mamá de E. L. M. – 6 meses) *“Sigo preparando su sopa pero esta vez la espeso con fideos o papa... Uso el tenedor para aplastarlos y parece que quisiera masticar su comidita. Estoy más tranquila porque **ha recibido muy bien todo lo que usted me dijo, gracias.**”*

- (Mamá de Y. A. C. – 6 meses) *“Ya me fijé que **le ha tomado bastante gusto a las comidas espesas...** Come la mazamorra de leche y no se cansa de comerla, ¡y qué ganas de comer!... Eso sí, después de la comida su ropa termina una mugre, se le cae casi toda la comida al polito... uf.”*

- (Mamá de M. H. G. – 6 meses) *“Ella está comiendo muy bien sus comidas, pero se ensucia mucho... La comida se le cae de la boca, **la empuja con la lengüita hacía fuera**, como si no le gustara, ¿será que no le gusta el sabor de la comida?...”*

- (Mamá de J. A. H. – 6 meses) *“Ayer tenía un camote grande en la casa y me provocó prepararlo, lo sancoché y le di a que comiera un poco... No sabe **con qué gusto me lo recibió**, y yo creía que no le iba a gustar (risas)...”*

- (Mamá de D. V. H. – 6 meses) *“Ha recibido muy bien sus primeras comiditas; me siento muy satisfecha por saber que se alimenta bien, pero hay algo que me preocupa un poco y es que **no se termina todo lo que le sirvo en su platito...**”*

De igual manera, la observación de las actividades maternas permitió corroborar que la sopa de verduras con hígado de pollo y la mazamorra de leche eran las preparaciones consumidas con mayor frecuencia por los niños. De otro lado, casi todas aceptaron emplear alimentos de la olla familiar para preparar comidas de alta densidad energética para los niños, quienes las recibieron satisfactoriamente.

Algunas madres contaron haber recibido comentarios positivos acerca de esta práctica mejorada, otras contaron haber respondido interrogantes de otras madres jóvenes y que recomendaron probar esta práctica. Asimismo, todas afirmaron disposición de continuar ejecutando esta práctica mejorada por más tiempo.

- (Mamá de M. L. C. – 7 meses) *“Acostumbraba a prepararle solo sopa de verduras, pero le daba más caldito para que no se atore... Ahora que su comida es más espesa me sorprende lo bien que ha recibido el arroz y hasta el camote... ¡Y yo que pensaba que se podía atorar!, ahora ya sé qué puede comer sin preocuparme que le pueda pasar algo malo...”*

- (Mamá de M. G. G. – 7 meses) *“Mi suegra me ayuda a cuidarla y me ha dicho que la bebita está comiendo toda su comida. Me ha preguntado si le puedo aconsejar a mi cuñada para que le de de comer igual a su hijo...”*

- (Mamá de D. C. O. – 6 meses) *“Una amiga me preguntó si era malo que ella le diera de su misma comida a su hijo, yo le respondí que no... Yo hice la prueba y mi hijo no se ha enfermado del estómago hasta ahora.”*

Para las madres resultó barato probar esta práctica mejorada y refirieron que el costo aumentaba solo en caso de tener que comprar algún alimento preparado cuando estaban fuera de casa. En tiempo resultó menor y fue fácil de aplicar.

## **PRÁCTICA MEJORADA Nº 2: ALIMENTE A SU NIÑO(A) CON 3 COMIDAS PRINCIPALES (DESAYUNO, ALMUERZO Y CENA) Y 2 REFRIGERIOS ADICIONALES (MEDIA MAÑANA Y MEDIA TARDE).**

Esta práctica mejorada se recomendó a las madres de niños mayores de diez meses y/o con frecuencia de comidas insuficiente para su edad. Al finalizar el periodo de prueba se obtuvieron los siguientes resultados:

## **APEGO.**

- Número de participantes: 9 madres.
- Número de días que probaron la práctica mejorada: 7 días.
- Número de veces que probaron la práctica mejorada: 4–5 veces por día.
- Número de madres que demostraron buena aceptación por la práctica mejorada: 9 madres (100%).
- Número de niños que demostraron buena aceptación por la práctica mejorada: 8 niños(as) (88.9%).

La buena aceptación materna de esta práctica mejorada se debió a que todas comprendieron la necesidad de aumentar progresivamente el consumo de alimentos complementarios por parte del niño según vaya creciendo; además, todas las informantes expresaron su voluntad de ver a sus hijos comer más durante el día por su propio bienestar.

*- (Mamá de V. G. G. – 18 meses) “Definitivamente, está comiendo más que antes... Le hice un horario para sus comidas y estamos aprendiendo a cumplirlas. Estoy feliz porque **poco a poco está comiendo más** y eso siempre es bueno para su crecimiento.”*

En cuanto a la buena aceptación por parte de los niños, solamente en uno, de dos, de los casos se hizo más difícil la evaluación del apego de esta práctica mejorada debido a que el niño se negó a comer, razón por la cual la madre regresó al consultorio de Nutrición antes de finalizar el periodo de prueba para contar lo sucedido y buscar una solución a este problema, por lo que se le practicó al niño un examen de hemoglobina en sangre cuyo resultado arrojó 8.6 gr. / dL., por lo cual fueron derivados al consultorio de Medicina para iniciar el tratamiento correspondiente.

- (Mamá de F. E. M. – 12 meses) *“Sigue igual, se ha negado a comer... solamente recibe un par de cucharadas de comida y ya no quiere comer más. ¿Puede darme un tónico para abrirle el apetito?”*

## **FACTIBILIDAD.**

El 88.9% de madres recordaron la práctica mejorada que se les recomendó probar y todas expresaron haberla ejecutado durante el periodo de tiempo de siete días. A cada madre se le hizo entrega del recordatorio de la práctica mejorada y de una lista de alimentos y preparaciones que podían emplear como refrigerios para su hijo. La mayoría de ellas mencionó que aumentó el consumo de alimentos del niño hasta cuatro comidas por día y otras hasta cinco por día según la edad. Todas coincidieron en mencionar el agrado del niño al comer, esto se convirtió en la principal consecuencia positiva percibida por las participantes, lo cual las motivó para continuar probando esta práctica mejorada.

- (Mamá de E. H. M. – 10 meses) *“Bueno, si junto todo lo que ha comido, puedo decir que recién está comiendo un poco más que antes... Igual creo que es poco. Quisiera que fuera como otros niños que comen mucho más, pero para ser la primera semana está bien... voy a seguir intentando.”*

- (Mamá de T. R. Z. – 12 meses) *“Felizmente ella siempre ha tenido buen apetito y comía todo lo que le daba. Antes lo hacía tres veces al día y siempre me pedía comida al poco rato... ¡Mucho antes de su hora! y no sabía si darle. Ahora le preparo mazamorra en las tardes y ya está más tranquila...”*

- (Mamá de Y. R. T. – 14 meses) *“Tenía la costumbre de pedir comida a cada rato, le daba pero creo que era poco. Ahora tiene un horario para cada comida: en el día y en la noche, todo muy aparte de su leche... Solo espero que aprenda a respetar sus horas y pida a la hora que le toque... (risas).”*

Como se mencionó líneas arriba, se presentaron dos casos de niños con inapetencia y en donde las madres tuvieron que agregar un tiempo extra de comida para garantizar el consumo de alimentos. Anteriormente se mencionó lo que sucedió con ese caso y las medidas que se tomaron, mientras que a este otro niño también se le practicó un examen de hemoglobina en sangre con resultado 9.9 gr. / dL. pero la diferencia con el niño anterior es que este aceptó favorablemente el sexto tiempo de comida que la madre aumentó en su alimentación diaria. Por otro lado, esta práctica mejorada permitió que las participantes tomaran conciencia de la necesidad de aumentar el consumo de alimentos según la edad del niño y sin tener que suministrarles grandes volúmenes de comida en pocas tomas; todo esto las llevó a dividir la alimentación total en tiempos de comida con volúmenes adecuados con el fin de garantizar el consumo de alimentos complementarios. Mientras la mayoría de madres coincidieron en no presentar ningún problema al aumentar la frecuencia de comidas por día, otras participantes mencionaron que el descanso prolongado del niño tiende a interferir con alguno de los tiempos de comida, especialmente si hablamos de la media tarde o de la comida de la noche. Por otro lado, una de las madres señaló que no disponía de tiempo para alimentar a su hija a la media mañana pues su trabajo como vendedora en el mercado le restaba tiempo para dedicárselo al cuidado de la niña, pero este tiempo de comida era recuperado durante horas de la tarde.

- (Mamá de R. N. E. – 14 meses) *“En la tarde, a veces, duerme hasta las 7.00 PM y me da pena tener que despertarla para que coma, por eso prefiero que siga descansando hasta que llegue la hora de su cena, recién ahí se despierta.”*

- (Mamá de E. S. J. – 15 meses) *“Yo pensé que iba a comer más en cada comida... **Come un poco y luego lo dejo jugar**, después de una hora regreso y le doy más comida... Le vuelvo a dar y vuelve a jugar, luego regreso y así la pasamos casi todo el día. Si no fuera por esto me volvería loca de tener que perseguirlo por toda la casa para que coma...”*

- (Mamá de V. G. G. – 18 meses) *“Yo le daba de comer así desde que era chiquita y pensaba que eso era suficiente. Ahora me pide más comida y **tengo que darle de comer más veces (al día) para que siga creciendo normal como hasta ahora...**”*

Algunas madres establecieron los tiempos de comida del niño en función de su descanso para poder cumplir con las cuatro o cinco comidas que tenían planificadas. Al final todas lograron cumplir con suministrar los tiempos de comida adecuados según les correspondía pero solamente una no logró que su niño aceptara esta nueva pauta y por eso regresó donde el investigador para solucionar esta situación.

Por otro lado, la mayoría de madres manifestaron su preferencia por comprar al menos uno de los refrigerios ya preparados y esta práctica se hacía más frecuente cuando madre e hijo se encontraban fuera de casa. Así, la observación de las actividades maternas permitió conocer que los alimentos empleados con mayor frecuencia como refrigerio eran productos industrializados tales como pan, galletas y yogurt; en tanto, otras madres optaban por prepararlos ellas mismas y acostumbraban a cocinar mazamoras en cualquiera de sus variedades: de naranja, morada o de leche, o algún otro postre caliente como arroz con leche.

- (Mamá de N. G. V. – 22 meses) *“En la tarde **le preparo mazamorra o arroz con leche**, porque le gusta mucho... A veces prefiero darle fruta cuando me siento muy cansada...”*

- (Mamá de J. U. V. – 20 meses) *“A veces puede dormir casi toda la tarde... En ese caso prefiero darle sus comidas temprano por la mañana para que pueda dormir. Si salimos a la calle, tengo que comprarle algo para que pueda comer porque a media mañana ya vuelve a tener hambre...”*

- (Mamá de E. H. M. – 10 meses) *“Por la tarde, a veces, le compró pan o galletas para que coma... Le gusta mucho las galletas de vainilla y así ya no tengo que prepararle otra cosita más para que me pueda comer bien porque se queda satisfecho con lo que le doy...”*

Así, a las madres que empleaban alimentos disponibles en casa para preparar los refrigerios con los que alimentaban a sus hijos les resultaba más barato que tener que adquirirlo ya preparado. El tiempo empleado para dichas preparaciones era poco y les resultaba fácil de ejecutar por su sencillez.

**PRÁCTICA MEJORADA Nº 3: INCLUIR CADA DÍA ALGÚN ALIMENTO DE ORIGEN ANIMAL: HÍGADO, PESCADO, BAZO, SANGRECITA, HUEVO, POLLO O CARNE.**

Esta práctica mejorada fue probada por madres que incluían alimentos de origen animal en poca variedad o que no los incluían para alimentar a su hijo. Finalizado el periodo de prueba se encontraron los siguientes resultados:

**APEGO.**

- Número de participantes: 7 madres.
- Número de días que probaron la práctica mejorada: 2-3 días por semana.
- Número de veces que probaron la práctica mejorada: 1-2 veces por día.
- Número de madres que demostraron buena aceptación por la práctica mejorada: 6 madres (85.7%).



- Número de niños que demostraron buena aceptación por la práctica mejorada: 6 niños(as) (85.7%).

Esta es una de las recomendaciones que tuvieron menor aceptación por parte de las madres y los niños. En el caso de las madres, todas las participantes aceptaron probar la práctica mejorada durante el tiempo sugerido pero, durante la visita final, una de las madres informantes manifestó su temor de tener que suministrar periódicamente un alimento de origen animal del cual pensaba producía alergia al niño pequeño que lo consumiera; por este motivo, y tratándose una madre joven y primípara, dicha mujer prefirió esperar más tiempo para que su hijo pudiera consumir este alimento de manera permanente. Aún así, durante el periodo de observación de las actividades maternas se pudo conocer que el niño en cuestión no había desarrollado ninguna reacción adversa, ni alergia, y que aceptaba favorablemente dicho alimento, pero la decisión de no continuar ejecutando la práctica mejorada fue de la madre.

*- (Mamá de B. A. N. – 9 meses) “Él ha comido yema de huevo desde que tenía seis meses, siempre me decían que no comiera la clara porque le haría daño. Recién ahora ha aprendido a comer el huevo entero, lo ha hecho y no le pasó nada... Pero igual no me confío mucho porque no vaya a enfermarse después, (por eso) voy a esperar un poco más de tiempo...”*

Por otro lado, en cuanto a la aceptación por parte de los niños, una de las madres manifestó que su hijo no gustaba del alimento de origen que se le había sugerido probar (sangrecita) y durante el periodo de observación se pudo confirmar que, efectivamente, el niño rechazaba dicho alimento al parecer por tratarse del sabor.

## **FACTIBILIDAD.**

Todas las madres recordaron correctamente lo que decía la práctica mejorada que se les recomendó poner a prueba. Esta práctica sugería incluir en la alimentación diaria del niño uno o dos alimentos de origen animal diferentes, una o dos veces al día según la edad del menor. Para esta recomendación se les entregó el recordatorio de la práctica mejorada y un recetario de preparaciones que incluían este grupo de alimentos.

El 85.7% de las participantes ejecutaron la práctica como se le recomendó y durante el periodo de tiempo sugerido. Las consecuencias positivas percibidas por las madres estuvieron relacionadas a la buena aceptación de los alimentos de origen animal por parte de los niños y a la inocuidad de las preparaciones que los contenían. Aún así, en el análisis de los testimonios maternos se pudo encontrar que constantemente las entrevistadas hacían referencia a muchas de las creencias y los mitos que la población en general tienen sobre algunas variedades de este grupo de alimentos. De esta manera, comenzaban contando lo que habían oído decir a otras personas acerca de dichos alimentos y continuaban relatando su experiencia al probar esta práctica mejorada, pero el temor de una reacción desfavorable o alérgica del niño siempre estuvo presente en su conversación.

*- (Mamá de S. A. D. – 9 meses) “Esta semana le di a probar más pescado, un día lo preparé frito y otro día sancochado. Las dos formas le gustaron, al parecer el pescado frito un poco más... ¡Si hasta lo comía con la mano! El pescado sancochado lo preparé con la lenteja y se lo comió bien rico... y me di cuenta que **no se ha enronchado después de comerlo.**”*

- (Mamá de M. J. G. – 7 meses) *“A mí me tocó hacerle bazo. En el recetario decía cómo prepararlo, yo no sabía cómo cocinarlo... Lo mezclé con el puré de verduras y lo comió como si comiera el hígado, creo que no se dio cuenta que era otra cosa...”*

- (Mamá de C. M. R. – 6 meses) *“Yo le preparé sangrecita de pollo, es bien barata y en el mercado me dieron bastante. La sancoché y la desmenucé con un tenedor antes de juntarla con la papilla... Sabe muy parecida al hígado. Es rica, también es la primera vez que la pruebo...”*

Las participantes consideraban que el hígado de pollo era el alimento más conocido y empleado para alimentar a sus hijos; en tanto, la sangrecita y el bazo eran los menos empleados por no conocer cómo prepararlos y, por ende, porque el resto de la familia no acostumbraba consumirlos. Por otro lado, la mayoría de madres manifestaron que el huevo de gallina era un alimento muy nutritivo pero que su consumo era conveniente después del primer año de edad del niño debido a su potencial alergénico, en cambio otras madres manifestaron mayor interés por el huevo de codorniz al que valoraban como *“un alimento más natural”*.

- (Mamá de J. P. B. – 8 meses) *“Nunca antes había probado huevo porque me decían que le daba alergia. Esta semana probó huevo frito con papita sancochada, lo ha comido todo... A propósito, ¿es cierto que el huevo de codorniz es más sano que el huevo de gallina?”*

Situación similar sucedió con las percepciones maternas sobre la carne de pescado, la cual era apreciada como un *“alimento importante pero causante de infección”*. Por otro lado, la carne de pollo fue considerada más inocua y su consumo lo permitían cuando el niño tuviera dientes, es decir después del séptimo mes, casi al mismo tiempo que la carne de vacuno, la cual no era consumida debido a que era inaccesible a la economía de estos hogares.

Todas las madres consideraban que los alimentos de origen animal eran necesarios en la alimentación del niño *“porque contienen muchas vitaminas que ayudarán a su crecimiento”*. Asimismo, todas las participantes incluyeron algún alimento accesible a su economía y disponible en los mercados de la localidad.

*- (Mamá de A. B. N. – 8 meses) “Creo que el hígado es buen alimento para un niño pequeño. El pescado y el huevo también creo que son muy importantes para su crecimiento, pero son muy fuertes... Prefiero no arriesgarme y seguir dándole hígado o sangrecita de pollo hasta que sea más grande y pueda empezar a comer huevo o pescado, recién ahí...”*

La mayoría de madres coincidieron en que la sangrecita, el hígado de pollo y el bazo eran los alimentos de origen animal más accesibles a la economía de su hogar y fáciles de encontrar en los mercados de la localidad. Aún así, la observación de las actividades maternas permitió comprobar que la mayoría de informantes continuaban priorizando el consumo de hígado de pollo por ser el alimento más conocido y al que estaban más acostumbradas a preparar debido a su facilidad. En cambio, la preparación de la sangrecita y el bazo se les hizo más difícil porque la mayoría de mujeres participantes no tenían el hábito de emplearlos ni consumirlos y porque además, según ellas, les demandaba más trabajo que el hígado de pollo u otro alimento. Por este motivo, la sangrecita y el bazo tuvieron menor aceptación por parte de las madres.

Y, con respecto al huevo y la carne de pescado, estos alimentos también tuvieron menor aceptación y fueron empleados con menor frecuencia debido a una serie de percepciones negativas que se aún se mantienen muy arraigadas en el pensamiento de las madres; estas concepciones se originarían en el entorno

social de las madres, donde la familia tiene un alto grado de influencia sobre el pensar de las madres, especialmente si estas son jóvenes.

- (Mamá de N. F. T. – 8 meses) *“Cuando comenzó a comer, lo primero que le di fue hígado, pero parece que ya se aburría de comerlo todos los días... ¡Es que me hace unos gestos, como queriendo botarlo de la boca! Ahora ha empezado a comer pollo y ha probado pescado, y parece que le ha gustado... pero igual quiero darle poco hasta que sea más grande.”*

Por todo esto, las creencias y percepciones negativas hacia algunas variedades de alimentos de origen animal (carne de pescado y huevo de gallina), la falta de costumbre en el consumo y la dificultad o desconocimiento maternos para preparar otros alimentos (sangrecita y bazo) se convirtieron en los obstáculos más importantes para que las madres participantes adoptaran esta práctica mejorada por un periodo de tiempo más prolongado. Así, esta situación sugiere establecer estrategias complementarias con el fin de desterrar aquellas creencias y percepciones negativas que condicionan el accionar de las madres y capacitarlas en la preparación de estos alimentos. De esta manera se permitirá reforzar esta recomendación y lograr una mayor aceptación de las madres a pesar de que durante esta prueba no se presentaron casos de reacciones alérgicas o intolerancia en los niños.

**PRÁCTICA MEJORADA Nº 4: INCLUIR EN LA ALIMENTACIÓN DE SU NIÑO(A) ALGUNA FRUTA O VERDURA CADA DÍA: PLÁTANO, PAPAYA, PERA, MANZANA, MELOCOTÓN, NARANJA, MANDARINA, ZAPALLO, ZANAHORIA, ESPINACA.**

Esta práctica mejorada fue probada por madres que incluían frutas o verduras en poca frecuencia o variedad para alimentar a su hijo. Al final del periodo de prueba se obtuvieron los siguientes resultados:

#### **APEGO.**

- Número de participantes: 8 madres.
- Número de días que probaron la práctica mejorada: 3-4 días por semana.
- Número de veces que probaron la práctica mejorada: 1-2 veces por día.
- Número de madres que demostraron buena aceptación por la práctica mejorada: 7 madres (87.5%).
- Número de niños que demostraron buena aceptación por la práctica mejorada: 7 niños(as) (87.5%).

Esta es otra de las recomendaciones que tuvieron menor aceptación por parte de las madres y los niños. En el caso de las madres, todas las participantes –con excepción de una– manifestaron su interés por continuar ejecutando esta práctica mejorada en su hogar. Sin embargo, el rechazo de la madre hacia esta práctica mejorada se presentó cuando ella había manifestado, durante la entrevista final, su temor de tener que suministrar a su hijo otras frutas diferentes a las que estaba acostumbrada emplear y la cual le producía temor debido a que esta madre percibía que la variedad de fruta recomendada debía ser consumida durante los meses de verano. Cabe mencionar que esta práctica mejorada fue probada por este grupo de madres durante la primera semana del mes de diciembre de 2005, época en la cual comienza a expenderse una mayor variedad de frutas y el clima comienza a mejorar después del invierno; pero precisamente ese año el frío del

invierno se prolongó, retardando el inicio de la primavera hasta pasado el mes de noviembre. Por este motivo, se deduce que esta pudo ser la razón para que la madre decidiera no continuar ejecutando esta práctica mejorada.

- (Mamá de J. L. F. – 8 meses) *“Por ser invierno le doy de platanito o manzana sancochadas... Recién en verano va a probar otras frutas porque me han dicho que ahora le puede caer mal y quiero saber si en verdad le puede pasar eso...”*

Igualmente, durante el periodo de observación se pudo constatar que esta madre tenía poca disposición para probar la práctica mejorada recomendada, actitud que se hizo manifiesta al momento de alimentar a su menor hijo, quien en apariencia rechazó el alimento recomendado al negarse a comerlo. Por este motivo, se consideró que tanto madre como hijo no tuvieron una aceptación favorable por dicha práctica mejorada.

#### **FACTIBILIDAD.**

El 75% de las madres informantes recordaron correctamente lo que decía la práctica mejorada que se les recomendó poner a prueba. Esta práctica sugería incluir en la alimentación diaria del niño una o dos variedades de frutas o verduras diferentes a las que acostumbraban emplear. Para esta recomendación se les entregó el recordatorio de la práctica mejorada y un recetario de preparaciones que incluían estos dos grupos de alimentos. El 87.5% de madres respondieron haber incluido, por lo menos, alguna de las frutas o verduras recomendadas además de las que acostumbraban a emplear. Para todas estas participantes, las consecuencias positivas e inmediatas percibidas de esta recomendación fue que las frutas y verduras probadas eran apreciadas como alimentos de fácil y buena aceptación por parte de sus hijos, además de coincidir mayoritariamente en

mencionar la “*función reguladora*” que tienen estos grupos alimentarios sobre el sistema digestivo de niños con antecedentes de estreñimiento y, también, comprobar que las frutas en general no son productos dañinos, como casi todas ellas lo creían. Aún así, el análisis de los testimonios maternos permitió conocer que todavía existen una serie de creencias alrededor de algunas variedades de frutas, especialmente por su relación con la producción de enfermedades digestivas o respiratorias. Estas referencias estuvieron presentes constantemente durante las entrevistas a las madres, al momento de la visita final, después del periodo de prueba de la práctica.

- (Mamá de J. R. H. – 8 meses) *“Acostumbraba a comer solo plátano de isla... Se comía uno en la mañana. Recién ahora ha probado papaya y parece que le ha sentado bien al estómago porque antes hacía mucha fuerza para hacer sus necesidades y esta vez hace su “caquita” sin tanto esfuerzo...”*

- (Mamá de Y. H. M. – 9 meses) *“El otro día compré naranjas en el mercado... Le lavé y pelé una para darle un pedacito y probarla, la puse en su plato. La agarraba con su mano, le daba vueltas, se le caía al plato y lo comía con un gusto (risas)”*

- (Mamá de A. A. T. – 8 meses) *“Siempre me decían que no era bueno darle de comer fresas, pero esta semana le preparé jugo de fresas con leche ¡y no pasó nada! Está igual que siempre... A partir de hoy voy aprovechar que las fresas están baratas para darle seguido...”*

El consumo de verduras era mejor valorado por las madres informantes debido a argumentos como “su alto valor vitamínico”, “porque ayudan a formar el estómago del niño”, “son suaves para pasar” y “porque combaten la anemia”. Por este lado no se presentaron mayores obstáculos ya que las verduras son alimentos que suelen prepararse cocidos y calientes; en cambio, las frutas fueron –y siguen



siendo— valoradas de una manera más crítica ya que están relacionadas a características negativas debido a la condición de “frías” o “calientes” que la población le ha asignado a algunas variedades, como la papaya, la manzana, la naranja, el mango y la mandarina, las cuales —según las madres participantes— no debían ser consumida por el niño durante los meses de invierno —al menos mientras hiciera frío— o cuando este se encontrara enfermo, por creerlas causantes de enfermedades respiratorias y digestivas o por empeorar estas dolencias. Es así que se recogieron opiniones muy variadas, pero igualmente negativas, que las madres informantes tenían acerca de ciertos alimentos, por ejemplo: “*el limón mata la sangre y produce anemia*”, “*la naranja y la mandarina le sueltan el estómago (al niño)*”, “*la manzana le da cólicos*”, “*las fresas dan alergia*” y “*el mango es muy bilioso*”.

- (Mamá de S. A. H. – 8 meses) “*Cuando hace frío le doy platanito... Si le doy manzana, antes la paso por agua caliente para que no estén muy fríos y no le haga daño a los bronquios... Cuando haga un poco de calor ya le daré naranja o papaya para que se refresque...*”

Algunas madres tenían la percepción de que el extracto de frutas o de verduras era nutricionalmente superior al consumo del alimento en sí porque —decían— “*concentra todas las vitaminas*”; solo una de ellas contó haber ofrecido a probar extracto a su hijo pero luego prefirió no hacerlo. En tanto, otras madres manifestaron que al inicio de la prueba tenían temor a que los alimentos recomendados pudieran causar algún efecto desfavorable en la salud del niño, pero la desconfianza disminuyó a medida que los niños no presentaban ninguna reacción adversa durante todo el periodo de prueba.

- (Mamá de V. M. N. – 7 meses) *“De vez en cuando le sancocho manzana para que no le venga la diarrea... También come plátano para formar su estómago y algo de melocotón... Y hasta hoy no se me enferma, felizmente...”*

Así, todas las participantes coincidieron en que las frutas eran alimentos fáciles y rápidos de preparar, sin embargo la mayoría de madres contaron que durante los meses de invierno preferían cocinarlas brevemente, como suelen hacer en el caso del plátano de isla, el melocotón o la manzana para –decían– *“que no estén tan frías”*. En cambio, esta misma premisa no era empleada para las verduras, cuyo consumo era siempre cocido y durante cualquier época del año, ya sea como parte de una comida principal o como parte del refrigerio del niño.

- (Mamá de D. L. C. – 7 meses) *“En el almuerzo le preparo las puré de brócoli o zanahoria con hígado. Siempre tuvo buen apetito y recibe de todo. El zapallo se lo he preparado en mazamorra con harina y leche ¡y queda muy rico!... se lo come por la tarde para calentarlo un poco con tanto frío que hace.”*

Todas las madres coincidieron en que las frutas y verduras son alimentos necesarios e importantes para el crecimiento del niño sano, sin embargo la mayoría de participantes continuaba pensando que algunas frutas no deberían suministrarse durante los meses de invierno o cuando el niño estaba enfermo del estómago o resfriado. Asimismo, la observación de las actividades maternas permitió conocer que el consumo de frutas en el resto de miembros de la familia – y, por ende, en las mismas madres participantes– tampoco era frecuente y, en caso contrario, eran alimentos dedicados exclusivamente al consumo del hijo menor del hogar y se limitaba al plátano de isla, melocotón o manzana y jugo de granadilla debido a que también son percibidos como alimentos caros. A pesar de

esto, las frutas y verduras siguen siendo los grupos de alimentos empleados con mayor frecuencia solo para iniciar la alimentación complementaria, aún así ambos grupos también se emplean en menor variedad. Del mismo modo, las verduras son consumidas en poca variedad pero con mayor frecuencia que las frutas y la mayoría de madres dijeron que preferían prepararlas cocidas, siendo las más consumidas el zapallo y la zanahoria.

*- (Mamá de M. P. C. – 8 meses) "Hasta los siete meses comía solamente platanito sancochado, de pronto se aburrió... Ya era tiempo de que probara otras frutas, ahora también come papaya y hasta manzana... Para mí el plátano es más cómodo de comprar, es más barato; hay otras frutas que son más caras y si las compro seguido el dinero no me va alcanzar."*

Por todo esto, las creencias negativas hacia el consumo de algunas variedades de frutas durante los meses de invierno y su percepción como alimentos costosos se convirtieron en los obstáculos más importantes para que las madres participantes adoptaran esta práctica mejorada por un periodo de tiempo más prolongado. Así, esta situación sugiere establecer estrategias complementarias con el fin de confinar aquellas creencias y percepciones negativas que condicionan el accionar de las madres. De esta manera se permitirá reforzar esta recomendación y lograr una mayor aceptación de las madres.

**PRÁCTICA MEJORADA Nº 5: ENRIQUECER UNA DE LAS COMIDAS PRINCIPALES DE SU NIÑO(A) CON UNA CUCHARADITA DE ACEITE CADA DÍA.**

Esta práctica mejorada fue probada por madres que no empleaban ningún alimento fuente de grasas para la alimentación diaria de su hijo o que utilizaban

menos de la cantidad recomendada. Al final del periodo de prueba se obtuvieron los siguientes resultados:

#### **APEGO.**

- Número de participantes: 7 madres.
- Número de días que probaron la práctica mejorada: 7 días.
- Número de veces que probaron la práctica mejorada: 1 vez por día.
- Número de madres que demostraron buena aceptación por la práctica mejorada: 7 madres (100%).
- Número de niños que demostraron buena aceptación por la práctica mejorada: 6 niños(as) (85.7%).

Esta es otra de las recomendaciones con mayor aceptación. La aprobación de esta práctica mejorada por parte de las madres se debió a que todas comprendieron la necesidad de agregar algún alimento fuente de grasas –y emplearlo en la cantidad adecuada– en alguna de las comidas principales de su hijo con el fin de suministrarle ácidos grasos útiles y necesarios para su crecimiento y desarrollo. Así, las participantes manifestaron su interés por continuar ejecutando esta recomendación debido a que les significaba ahorro en tiempo, esfuerzo y dinero.

En cuanto a la aceptación por parte de los niños, solamente uno de ellos –en apariencia– no aceptaba el sabor de la comida con aceite agregado, por lo cual la madre decidió dividir esa cantidad en dos partes iguales.

- (Mamá de M. O. T. – 10 meses) *“Ya me había fijado que **no le gustaba mucho el sabor de la comida con el aceite**, lo que hice fue darle media cucharadita en una de sus comidas y la otra mitad en otra comida... Así no se dio cuenta del aceite...”*

## **FACTIBILIDAD.**

El 100% de madres recordaron correctamente la práctica mejorada que se les recomendó probar. Esta práctica sugería a las participantes añadir una cucharadita de aceite vegetal a una de las comidas principales de su hijo. Para esta recomendación se les entregó el recordatorio de la práctica mejorada y un recetario de preparaciones o un esquema de alimentación para los niños mayores de diez meses de edad. Todas las madres ejecutaron la recomendación tal como se les sugirió y durante el periodo de prueba indicado. Para ellas, las consecuencias positivas e inmediatas percibidas de esta recomendación estuvieron relacionadas a la aceptabilidad del niño por las preparaciones con agregado de algún alimento fuente de grasa, al sabor agradable y la suavidad que estos alimentos le daban a las preparaciones y, también, a la “función reguladora” que tienen este grupo de alimentos sobre el sistema digestivo de niños con antecedentes de estreñimiento.

- (Mamá de M. Q. M. – 7 meses) *“Le preparé el puré con una cucharadita de mantequilla, pero si lo se lo preparo muy seguido, de seguro que se aburre... Por eso le preparo otras cositas y para eso prefiero usar aceite y **se lo come todo, como si no sintiera el sabor...**”*

- (Mamá de S. A. A. – 14 meses) *“Usé aceite para la comida... Probé un poco para saber a qué sabía y tenía un saborcito muy especial que lo hacía más rico. Ella lo ha probado y **creo que le gusta porque come con más de ganas...** Ahora come un poco más...”*

- (Mamá de M. L. M. - 7 meses) *"Siempre fue un poco estreñida, y tenía que pujar para hacer "el dos", y cuando comenzó a comer fue más difícil hacer sus deposiciones... Ahora uso aceite y ya no tiene el mismo problema que antes... creo que le ayudó a corregir su estómago..."*

Los alimentos fuente de grasas empleados con mayor frecuencia por las madres fueron el aceite vegetal y la margarina. La margarina, producto que todavía era confundido con la mantequilla, fue la más utilizada para la preparación de purés; en tanto que el aceite vegetal era empleado para segundos y otras preparaciones destinadas al consumo de los niños mayores de diez meses de edad. Por otro lado, todas las madres expresaron su preferencia e interés por la calidad y el consumo de aceite de oliva ya que se pudo conocer que es percibido como un alimento cualitativamente superior a comparación de cualquier otro aceite vegetal. De la misma manera, la margarina también era percibida como un alimento "más sano" debido a su origen vegetal, mas ninguna de ellas mencionó la presencia de los ácidos grasos trans en estos productos ni los riesgos que acarrear para la salud de sus hijos, de ellas mismas y del resto de su familia.

- (Mamá de A. F. L. - 11 meses) *"En su segundo le agrego una cucharita de aceite... Espero que siga comiendo, porque lo hace muy bien... ¿Usted cree que sea mejor el aceite de oliva?... Si es mejor que el aceite que uso en mi casa, puedo hacer un esfuerzo y comprarlo solamente para ella..."*

Los testimonios de todas las madres informantes coincidió en lo fácil y barato que resultaba emplear aceite vegetal o margarina agregada en las comidas de sus hijos, lo cual las motivó a continuar ejecutando esta práctica mejorada. Algunas madres manifestaron que, inicialmente, sus niños tuvieron cierto rechazo a las preparaciones con algún alimento fuente de grasas agregado, pero en poco

tiempo se fueron acostumbrando al nuevo sabor y textura que estos alimentos le daban a las preparaciones. En cambio, otras madres refirieron que sus hijos no habían sentido el sabor de la grasa y que, por ende, no tuvieron ningún problema para continuar consumiendo sus preparaciones habituales.

Por otra parte, la observación de las actividades maternas y el testimonio de una de las madres también permitió conocer que una dosis mayor de alimento fuente de grasa a la recomendada –una cucharadita– producía el rechazo del niño ya que cambiaba sobremanera el sabor de una preparación de poco volumen. Así, una madre contó que su niño rechazó la comida por haber empleado el doble de la cantidad indicada y otro niño rechazó porque aparentemente no le gustó el sabor de la comida; a ambas madres se les sugirió dividir dicha cantidad en dos partes iguales y, de esta manera, se solucionó el problema suscitado.

*- (Mamá de S. N. O. – 7 meses) "Serví su platito con comida y le eché una cucharadita de aceite, pero me pareció muy poco, así que le eché otra más... lo probó y al toque lo botó, creo que le puse mucho y no le gustó el sabor. Al día siguiente solo le agregué un cucharadita a su comida y esta vez sí lo comió bien..."*

Para todas las madres informantes, una cucharadita de aceite vegetal agregado en una de las comidas principales del niño resulta de bajo costo ya que se trata de un producto que siempre está presente en la cocina de los hogares de las madres. Otras refirieron que el gasto podría incrementarse solo en caso prefirieran emplear margarina o aceite de oliva, alimentos que son consumidos con poca frecuencia o que, definitivamente, no lo son debido al costo. Así, varias de las madres manifestaron su interés por adquirir aceite de oliva para utilizarlo en

la alimentación de sus hijos, pero luego del periodo de prueba se supo que dos de ellas pudieron adquirirlo en presentaciones pequeñas.

- (Mamá de E. C. C. – 8 meses) *“Para mí es más fácil usar aceite porque **siempre tengo un poco en la cocina y no necesito gastar más...** Es rápido porque solamente tengo que medir una cucharadita y echarlo a su comida cuando ya está servida...”*



CUADRO N° 8: RESUMEN DEL ANÁLISIS DE APEGO Y FACTIBILIDAD DE LAS PRÁCTICAS MEJORADAS.

CRITERIOS	PRÁCTICA MEJORADA N° 1	PRÁCTICA MEJORADA N° 2	PRÁCTICA MEJORADA N° 3	PRÁCTICA MEJORADA N° 4	PRÁCTICA MEJORADA N° 5
Número de días por semana que ejecutaron la práctica mejorada	7 Días / semana	7 Días / semana	3 Días / semana	3 Días / semana	7 Días / semana
Número de veces por día que ejecutaron la práctica mejorada	3 Veces / día	4 – 5 Veces / día	1 – 2 Veces / día	1 – 2 Veces / día	1 Veces / día
Número de madres que demostraron buena aceptación por la práctica mejorada	14 madres (100.0%)	9 madres (100.0%)	6 madres (85.7%)	7 madres (87.5%)	7 madres (100.0%)
Número de niños que demostraron buena aceptación por la práctica mejorada	14 niños(as) (100.0%)	8 niños(as) (88.9%)	6 niños(as) (85.7%)	7 niños(as) (87.5%)	6 niños(as) (85.7%)
Consecuencias positivas percibidas	- El niño come con gusto. - El niño se queda satisfecho. - La comida espesa no daña.	-El niño come más y mejor. - El niño come con gusto.	- El niño come con gusto. - La comida no le hace daño.	- Al niño le gusta las frutas. - Mejoró su digestión. - Las frutas no le hacen daño.	- Al niño le gusta las comidas con aceite agregado. - Mejoró su digestión y peso.
Compatibilidad con creencias y conocimientos	- La comida espesa también puede alimentar bien.	- El niño necesita más comida para seguir creciendo. - El exceso de comida puede hacerle daño.	- Son alimentos que tienen vitaminas que ayudan al crecimiento del niño.	- Las verduras ayudan a formar el estómago. - Algunas frutas pueden hacerle daño (son frías).	- El niño también necesita grasas para seguir creciendo.
Compatibilidad con prácticas anteriores	- La sopa espesa es el mejor alimento para el niño de seis meses de edad.	- Las madres acostumbran alimentar al niño con tres comidas por día.	- El hígado es el mejor alimento para el niño. - Algunos hacen daño (huevo y pescado).	- El consumo de frutas y verduras en los hogares es poco frecuente.	- Se emplea grasas con poca frecuencia y/o en menor cantidad de lo recomendado.
Costo en recursos económicos	- No aumenta el gasto.	- Más gasto al comprar refrigerio.	- Algunos son más costosos.	- Las frutas se perciben caras.	- No aumenta el gasto.

Costo en tiempo y esfuerzo	- Poco tiempo. - Poco esfuerzo.	- Poco tiempo. - Poco esfuerzo.	- Mucho para preparar algunos.	- Poco tiempo. - Poco esfuerzo.	- Poco tiempo. - Poco esfuerzo.
Complejidad	- Es fácil.	- Es fácil.	- Muy difícil (bazo y sangrecita)	- Es fácil tomar verduras en sopa.	- Es muy fácil.

## 2. DISCUSIÓN.

En la búsqueda de explicaciones que le permitan predecir y comprender los hechos de su entorno, el hombre ha desarrollado diferentes paradigmas en la generación del conocimiento y en los enfoques de la investigación, así cuenta con un modelo positivista y empirista, y otro modelo que prioriza las características sociales, culturales, psicológicas e históricas del objeto y el modo de aproximarse a éste (fenomenológico, funcionalista y subjetivista). Estos modelos corresponden a los paradigmas de la investigación cuantitativa y cualitativa, respectivamente. Así, en las últimas tres décadas la investigación cualitativa ha buscado explicar los hechos o fenómenos según como las personas conocen e interpretan su realidad, superando la visión del paradigma clásico o cuantitativo. Por otro lado, varios autores recomiendan que ambos paradigmas deban complementarse a modo de estrategia para lograr mayor validez metodológica y teórica en la investigación, pues cada uno aporta algo positivo a las explicaciones que permiten observar la realidad; a esta integración se le conoce como triangulación y se considera esencial para el desarrollo del conocimiento.

El presente estudio tuvo como base la integración de los paradigmas de la investigación cualitativa y cuantitativa. De esta manera, los métodos y las técnicas cualitativos utilizados tomaron un significado un tanto diferente a comparación de la investigación cuantitativa tradicional, donde el diseño metodológico representa una guía bastante estructurada y exacta de cómo realizar el estudio, en el sentido

que se constituyó en una planificación más flexible, indicando las líneas de acción pero sin plantear estrictamente cómo realizar cada actividad. En este sentido, el problema de la objetividad, confiabilidad y validez es especialmente sensible en un estudio básicamente cualitativo pues ha sido abordado de diferentes maneras; así como la investigación cuantitativa utiliza los criterios de confiabilidad y validez, la investigación cualitativa se basa en la credibilidad, transferibilidad y confirmabilidad con el fin de aumentar la calidad y objetividad de la información. La credibilidad o fiabilidad, equivalente a la validez en estudios cuantitativos, es la coherencia de la información recolectada al ser empleados diferentes métodos y técnicas; y se logró a través del uso de instrumentos validados y utilizados en estudios similares al presente, adaptándolos a las características de la comunidad y los objetivos del estudio, así como el respeto y la fidelidad guardados para el conocimiento obtenido de los testimonios de las madres informantes. La transferibilidad es la posibilidad de generalizar los resultados a la población de la cual se ha estudiado una parte y en investigación cualitativa solo se pueden hacer ciertas inferencias lógicas sobre situaciones o poblaciones muy similares a la estudiada; en este caso, los hallazgos encontrados en este estudio solamente son de alcance local y por ende no pueden generalizarse a otras poblaciones, ni viceversa. La confirmabilidad o comprobabilidad, equivalente a la confiabilidad en estudios cuantitativos, consiste en la comprobación por parte de un investigador externo de la adecuación de los métodos y las técnicas seguidas en el estudio y se logra con la aplicación de estas en estudios posteriores al presente.

De este modo, la integración de ambos enfoques de investigación y la participación de las madres ha permitido profundizar en el proceso de

identificación de los problemas más frecuentes en sus prácticas alimentarias y también en el proceso de evaluación de la adopción de prácticas mejoradas mediante la aplicación de ensayos domiciliarios en condiciones habituales. Así, la presente investigación permitió conocer aquellas prácticas mejoradas que tuvieron mayor y menor probabilidad de ser adoptadas por las madres, así como identificar los motivos que las llevaron a hacerlo de la manera como pudo observarse para que, de esta manera, se pueda contar con información que permitiera emplearlas como recomendaciones específicas en el diseño y ejecución de un futuro programa de comunicación educativa de mayor alcance, que promueva cambios en las prácticas de alimentación complementaria de las madres y así contribuir a mejorar el estado nutricional de los niños atendidos en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II del distrito Villa El Salvador, Lima.

Diversas investigaciones se han realizado con el fin de conocer los aspectos clínicos y epidemiológicos de la desnutrición y pocas lo han hecho acerca de los aspectos cualitativos en relación a las prácticas alimentarias. Desde la perspectiva de la salud pública, la alimentación de los niños menores de cinco años viene tomando mayor importancia porque es cuando las necesidades nutricionales son más exigentes y las deficiencias podrían producir secuelas que comprometerían el rendimiento intelectual, la capacidad laboral y reproductiva en la vida adulta. Estudios sobre composición corporal <sup>(3, 4)</sup> encontraron que durante el primer semestre de vida el niño crece más rápido y la mayor parte de sus requerimientos nutricionales se destinan a la formación de nueva masa corporal, al mismo tiempo que acumula una importante cantidad de grasa corporal como una reserva energética disponible para el periodo de inicio de la alimentación

complementaria. A partir del segundo semestre disminuye la velocidad de crecimiento y aparece la deficiencia de algunos micronutrientes al emplearse los depósitos acumulados durante los dos últimos meses de gestación. Concluyen en que es, generalmente, durante los primeros tres años de vida cuando comienza evidenciarse el retardo de crecimiento y estos hallazgos explican el riesgo en el que se encontrarían aquellos niños que viven en situación de pobreza.

Esta situación se originaría debido a las inadecuadas prácticas alimentarias de las madres, traducidas en la administración temprana e insuficiente de alimentos y en la interrupción abrupta de la lactancia materna, así como a la reiteración de infecciones digestivas que disminuyen el apetito y el consumo de alimentos. La ENDES 2000 reporta avances en los indicadores nacionales de estado nutricional y alimentación infantil con respecto a la ENDES 1992 y 1996, aunque todavía los considera insuficientes. Así, indica que la lactancia materna es una práctica generalizada en el Perú, pero los hallazgos de este y otros estudios evidencian que estaría siendo relegada progresivamente durante el segundo semestre de vida, contribuyendo a un proceso lento y continuo de desnutrición a pesar de los comprobados beneficios del consumo de leche materna después del primer año.

Así, y como pudo encontrarse en este estudio, todavía existen dudas acerca de la conveniencia de mantener la lactancia materna en combinación con los alimentos complementarios. Estas dudas se deberían a las creencias de madres y también de algunos integrantes del personal de salud que todavía piensan que la leche materna ya no tiene importancia nutricional después del primer año. En la práctica estas creencias originarían recomendaciones para el destete antes del primer año

de vida y/o su complementación temprana con leche evaporada u otros alimentos líquidos, tal como lo muestran los resultados de los Cuadros N° 2, 3 y 4 y los Gráficos N° 1 y 2, con respecto a la prevalencia, tipo y frecuencia de lactancia recibida, respectivamente. Por su parte, los estudios de Brown & cols.<sup>(7)</sup> y Butte & cols.<sup>(12)</sup> en la comunidad Huascar en Lima y de Martínez & cols.<sup>(10)</sup> en Brasil, encontraron que el aporte energético de los alimentos complementarios tiende a reemplazar al de la leche materna y no a complementarla, como debería ser, siendo dicha asociación más fuerte con alimentos líquidos ofrecidos en biberones que con alimentos de consistencia sólida, semi-sólida o líquidos por otros medios.

Otras investigaciones han dado a conocer el rol de la leche materna en la alimentación. Creed-Kanashiro & cols.<sup>(9)</sup> encontraron que la leche materna proveía casi la mitad de la energía total consumida por los niños de 10–12 meses y Marquis & cols.<sup>(8)</sup> revelaron que la ganancia de talla aumentaba con la ingesta de leche materna en un grupo de niños que tenían una dieta baja en alimentos de origen animal, encontrando una diferencia de dos centímetros entre los niños lactantes y los no lactantes.

Según la ENDES 2000, la actitud y conducta maternas frente a la alimentación del niño han mejorado, aún así este estudio encontró que casi la mitad de madres iniciaban la administración de alimentos complementarios durante la segunda mitad el primer semestre de vida del niño, la mayoría entre el tercer y quinto mes porque percibían disminución en la producción de leche materna o porque, según muchas madres, el niño mostraba evidencias de apetito (es decir, gesticulaba con la boca). Por lo general, los primeros alimentos complementarios son líquidos

para luego incorporar, paulatinamente, alimentos de consistencia semisólida y está muy arraigado que las madres prolonguen esta práctica por un largo periodo de tiempo. La administración de alimentos líquidos tenía como función “formar” el estómago del niño ya que las madres consideraban que recién después del primer año el niño podía y debía consumir los alimentos en la misma forma y con la misma consistencia que el resto de miembros de la familia. Una situación similar encontraron Burgos & cols.<sup>(5)</sup> en su estudio sobre las características de la alimentación de niños de 6–24 meses en la comunidad urbano marginal Nievería en Lima y Blas<sup>(11)</sup> encontró que al menos un tercio de los niños atendidos en el Consultorio de Nutrición del Hospital Nacional Hipólito Unanue iniciaron el consumo de alimentos complementarios entre el cuarto y quinto mes. Burgos & cols.<sup>(5)</sup>, Creed-Kanashiro & cols.<sup>(9)</sup> y Blas<sup>(11)</sup> coincidieron con los hallazgos del presente estudio en que las frutas y verduras eran los grupos de alimentos elegidos por la mayoría de madres para iniciar la alimentación de sus hijos, donde más de la mitad emplearon plátano de isla, zapallo o zanahoria en preparaciones de baja densidad energética, demostrando que el consumo energético derivado de los alimentos complementarios es insuficiente para satisfacer las necesidades nutricionales del niño. Burgos & cols. calcularon un consumo equivalente al 70% del requerimiento energético total y proporción similar encontraron Rivera & cols.<sup>(21)</sup> y De Grijalva & cols.<sup>(24)</sup>.

Otros factores que explican el bajo consumo de energía en niños serían la baja frecuencia de alimentación y la poca cantidad de alimentos consumidos. Así, lo encontrado en esta investigación muestra que más de la mitad de niños eran alimentados entre una y tres veces por día, es decir con menor frecuencia que lo

recomendado por el MINSA <sup>(42)</sup>, similar proporción encontraron Rivera & cols. <sup>(21)</sup> en Guatemala y Blas <sup>(11)</sup> en el Hospital Hipólito Unanue donde el 48% de niños eran alimentados hasta tres veces por día. En cambio, la ENDES 2000 indica que los niños eran alimentados con alguna comida sólida o semisólida 5.4 veces por día en promedio y Burgos & cols. <sup>(5)</sup> coincidieron en que la mayoría de niños eran alimentados entre tres y cinco veces por día. Cabe señalar que la frecuencia de alimentación encontrada por estos últimos se debió a que registraron la presencia de entrecomidas o refrigerios en los que prevalecían infusiones y otras preparaciones de baja densidad energética. Y, respecto a la cantidad de alimentos consumidos por tiempo de comida, este estudio encontró que la mitad de niños comían adecuadamente según su edad y las recomendaciones del MINSA. Para muchas madres las muestras de apetito o rechazo del niño determinaban la cantidad de alimentos que deseaba comer; y en otros casos el rechazo por comer fue percibido como un indicador de la presencia de enfermedades, especialmente de anemia, tal como se encontró en niños con valores de hemoglobina en sangre entre 7.0–9.9 gr. / dL. Por su parte, Rivera & cols. <sup>(21)</sup> calcularon que el consumo de alimentos en los niños disminuye casi a la mitad durante periodos de enfermedad, encontrando en dos grupos de estudio que aquel de alto consumo comía casi dos veces la cantidad de comida y tenían una comida más al día que el grupo de bajo consumo.

Igualmente, este estudio encontró que la variedad de alimentos empleados para las preparaciones del niño se limitaba al plátano, zapallo, zanahoria, papa, fideos, leche e hígado de pollo; y recién al noveno mes empleaban, además, pollo o pan y a partir del primer año el niño es incorporado a la alimentación familiar. La



selección de estos alimentos indicarían que la mayoría de madres informantes los percibían como los mejores para alimentar al niño y a que todavía existen creencias negativas muy arraigadas con respecto a una gran variedad de alimentos y menos a la falta de recursos económicos para adquirirlos o a la escasez de éstos en los mercados locales.

Por su parte, los resultados de la prueba de conocimientos maternos evidenciaron que las participantes tenían conceptos bien definidos sobre alimentación infantil, sin embargo éstos eran incompatibles con sus prácticas usuales debido a que las decisiones maternas resultaban de un proceso en el que intervienen los “consejos”, y hasta la presión, del entorno familiar y cultural para llevar a cabo ciertas prácticas. La presión social o las pautas culturales llevarían a que muchas madres ignoren las indicaciones del personal de salud, debido a que manejan varias creencias profundamente tradicionales con respecto a varios alimentos y que interfieren negativamente en la ejecución de sus prácticas.

Ante esta situación se han desarrollado numerosas acciones que han sido ejecutadas por diversas organizaciones con el fin de aplicar estrategias educativas que buscan mejorar la alimentación de los niños en riesgo nutricional. Así, Creed-Kanashiro & cols. <sup>(19, 22, 23, 28)</sup> capacitaron a madres para mejorar la ingesta de alimentos complementarios y leche materna; también han establecido estrategias para guiar a la población en la selección de alimentos, permitiendo adquirir aquellos con mayor beneficio nutricional al menor precio del mercado. Espinola & cols. <sup>(20)</sup> desarrollaron un alimento complementario en base a camote mediante papillas instantáneas para reducir la desnutrición infantil, prepararon

fórmulas industriales según los requerimientos nutricionales, aceptabilidad sensorial y digestibilidad que fueron evaluadas por madres y niños de un barrio pobre de Lima que percibieron beneficios positivos para ellas y sus hijos. La investigación de De Grijalva & cols. <sup>(24)</sup> sobre las prácticas alimentarias y Prueba de Prácticas Mejoradas se enmarcaron dentro de un plan para el diseño de un programa comunitario para enfrentar la desnutrición infantil en República Dominicana. Mejía & cols. <sup>(25)</sup>, desarrollaron, implementaron y evaluaron una intervención educativa que buscaba aumentar el consumo de raíces y tubérculos andinos en la población infantil de comunidades urbanas y rurales de Cajamarca; y Liria & cols. <sup>(29)</sup>, encontraron que una intervención educativa logró cambios en el comportamiento materno y en la alimentación de los niños en asentamientos humanos del distrito Villa María del Triunfo en Lima.

En este sentido, la investigación formativa ha sido empleada para el diseño y ejecución de programas de comunicación en educación nutricional. Se entiende la investigación formativa, como aquella encaminada al aprendizaje (en el sentido estricto de la palabra) que implica la comprensión del mundo y la comprensión de sí mismo en permanente interrelación, y que en este sentido ha de incidir directamente en las prácticas educativas e investigativas de quienes la realizan (investigado – investigador). De este modo, las familias participan en el proceso de identificación de los problemas y las estrategias para mejorar sus conocimientos y conductas alimentarias, y el presente estudio aplicó dicha metodología basándose, también, en las experiencias de Rivera & cols., María A. Villanueva <sup>(27, 30)</sup> y el Proceso para la Promoción de la Alimentación del Niño (ProPAN) <sup>(33)</sup>.

Así, comparando los resultados obtenidos de los criterios considerados para la evaluación del apego y factibilidad de adopción de prácticas mejoradas, se encontró que las prácticas mejoradas probadas por el primer, segundo y quinto grupo de madres participantes tuvieron mayor aceptación y eran las que recomendaban emplear preparaciones de alta densidad energética y en la frecuencia de comidas adecuadas para alimentar al niño según corresponda a su edad. En cambio, las prácticas mejoradas probadas por el tercer y cuarto grupo de madres tuvieron menor posibilidad de adopción y fueron las que recomendaban incluir mayor variedad de alimentos de origen animal y frutas o verduras en la alimentación diaria del niño.

Los cambios positivos en el comportamiento materno se presentaron con mayor frecuencia cuando los niños recién iniciaban la alimentación complementaria, en las madres de niños con riesgo nutricional y en las madres primíparas. El principal beneficio percibido por la mayoría de madres fue la satisfacción del apetito de su hijo, ya que éste se convirtió en un indicador de buena salud y aceptación de las preparaciones; otros aspectos positivos identificados fueron la compatibilidad de las prácticas mejoradas con las creencias existentes sobre alimentación y las prácticas alimentarias maternas, la menor complejidad y el menor costo. También, algunas madres quedaron agradablemente sorprendidas cuando probaron los alimentos preparados para sus hijos, lo que las motivaba más a continuar ejecutando dichas prácticas mejoradas.

Por otro lado, las madres que percibieron algún problema durante la prueba de prácticas mejoradas, coincidieron en interpretar como rechazo el acto de empujar los alimentos fuera de la boca con la lengua; esta situación se explicaría debido a la todavía presencia del reflejo de protrusión en los niños cuando comienza la administración de alimentos de consistencia diferente a la de la leche materna. Asimismo, los obstáculos identificados para adoptar dichas prácticas mejoradas fueron las creencias del entorno familiar y cultural muy arraigados con respecto a varios alimentos, la subutilización de alimentos disponibles en los hogares como fiel reflejo de los hábitos alimentarios que las madres informantes han heredado de su entorno, el desconocimiento materno sobre cómo preparar algunos alimentos, y, menos, a la falta de recursos económicos para la adquisición de alimentos destinados al consumo del niño o a la escasez de alimentos en los mercados de la localidad.

Resultados similares encontraron Rivera & cols. <sup>(21)</sup>, quienes emplearon, para la formulación y prueba en ensayos domésticos, cuatro recomendaciones para mejorar las prácticas alimentarias maternas. Estas estaban referidas al aumento de la frecuencia y cantidad de alimentos, a la combinación de alimentos y a la ayuda de las madres para alimentar a sus hijos. Dicho estudio concluyó en que la recomendación relativa a aumentar la frecuencia de comidas tenía mayor posibilidad de inducir cambios conductuales, dada su compatibilidad con las creencias y prácticas maternas y su mayor posibilidad de ser evaluada. Por estas razones fue seleccionada como mensaje principal para ser promovida en un programa de comunicación educativa.

Los estudios de María A. Villanueva <sup>(27, 30)</sup> emplearon esta metodología a pequeña escala con el objetivo de evaluar la adopción de tres nuevos hábitos y cuatro recetas. En sus resultados, la receta de sopa de fideo con hígado de pollo y la práctica de alimentar al niño con una porción menos de caldo fueron las recomendaciones con mayor oportunidad de ser adoptadas por las madres debido a su compatibilidad con las prácticas maternas usuales.

Por otro lado, la aplicación de metodologías a pequeña escala, como son los ejercicios de recetas o las pruebas de prácticas mejoradas o también conocidas como TIP, han sido convenientemente utilizadas en diversos estudios en el sector salud y en investigaciones relacionadas a la lactancia materna, la alimentación materno infantil, las enfermedades infecciosas, la complementación nutricional, con el fin de evaluar o estimar la adopción de ciertas conductas, ya sean estas nuevas o modificadas de las que existen. De esta manera, los ensayos domiciliarios en condiciones habituales estarían constituyéndose en una técnica efectiva para la recolección de información de manera precisa, objetiva y confiable, convirtiéndose en una metodología de investigación útil para estudios en alimentación y nutrición que permita al investigador comprender y presentar apropiadamente los hechos observados de su entorno e involucrándolo en el proceso de exploración y convirtiéndolo en observador directo de estos.

Finalmente, cabe mencionar que hasta el momento no se tiene referencia de la publicación de los resultados de algún estudio que haya aplicado, de manera íntegra o parcial, el proceso metodológico propuesto por el Proceso para la

Promoción de la Alimentación del Niño (ProPAN) y que puedan emplearse como elementos de discusión con el presente estudio debido a su publicación reciente.

## *Capítulo 4: Conclusiones y Recomendaciones.*

### **1. CONCLUSIONES.**

- Los ensayos domiciliarios en condiciones habituales constituyen una metodología conveniente para evaluar la adopción de prácticas mejoradas porque permite recopilar información de manera precisa, objetiva y confiable sobre su aceptabilidad antes de ser empleadas como mensajes educativos en el diseño y ejecución de un programa de comunicación de mayor alcance que promueva cambios en las prácticas alimentarias maternas.
  
- El inicio temprano y la administración inadecuada de los alimentos complementarios, y el destete hacia el primer año de edad fueron las prácticas problemáticas encontradas en las madres que participaron del presente estudio. La mayoría de niños iniciaron dicho periodo entre el tercer y quinto mes de vida consumiendo preparaciones de baja densidad energética, con variedad y frecuencia de comidas insuficientes para su edad y sustituyendo progresivamente el consumo de leche materna y no complementándola como lo recomienda el Ministerio de Salud.
  
- Las prácticas problemáticas son el resultado de un proceso en el que intervienen la presión del entorno social de las madres para ejecutar ciertas prácticas. Estas recomendaciones provienen de sus madres y suegras, quienes manejan varias creencias profundamente arraigadas y que interfieren negativamente en las decisiones maternas, al punto que las llevaría a ignorar las recomendaciones del personal del establecimiento de salud local.

- Las prácticas mejoradas probadas por el primer, segundo y quinto grupo de madres tuvieron mayor aceptación y fueron las que recomendaban emplear preparaciones de alta densidad energética –empleando alimentos de la olla familiar o agregando una cucharadita de aceite a la comida del niño– y en la frecuencia de comidas adecuadas para alimentar a su hijo. Los cambios positivos en el comportamiento materno se presentaron cuando los niños recién iniciaban el periodo de alimentación complementaria, en las madres de niños con riesgo nutricional y en madres primíparas. El principal beneficio percibido por las madres fue la satisfacción del apetito de sus hijos, ya que éste se convirtió en un indicador de buena salud y aceptación de las preparaciones; la compatibilidad de las prácticas mejoradas con las creencias y las prácticas alimentarias maternas, la menor complejidad y el menor costo.
  
- Las prácticas mejoradas probadas por el tercer y cuarto grupo de madres tuvieron menor posibilidad de adopción y fueron las que recomendaban incluir mayor variedad de alimentos de origen animal y frutas o verduras en la alimentación del niño. Los obstáculos identificados para adoptar dichas prácticas mejoradas fueron las creencias de las participantes, provenientes de su entorno social, las cuales se encuentran muy arraigadas con respecto a algunos alimentos, la subutilización de alimentos disponibles en los hogares y el desconocimiento materno sobre cómo preparar algunos alimentos.



## 2. RECOMENDACIONES.

- Diseñar, ejecutar y evaluar un programa de comunicación educativa destinado a promover cambios en las prácticas alimentarias de madres de niños de 6–24 meses de edad atendidos en el C.M.I. Juan Pablo II, distrito Villa El Salvador, basándose en los resultados sobre adopción de prácticas mejoradas encontrados en el presente estudio.
  
- Difundir los mensajes educativos propuestos en los Lineamientos de Nutrición Materno Infantil del Perú <sup>(43)</sup>, publicado por el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN) del Ministerio de Salud.
  
- Incorporar en la agenda del C.M.I. Juan Pablo II las actividades permanentes de evaluación y capacitación del personal de salud en la promoción de prácticas mejoradas de alimentación complementaria para mejorar la calidad y cantidad de los alimentos consumidos por los niños en combinación con la ingesta de leche materna hasta los 24 meses de edad. Asimismo, desarrollar actividades de apoyo y capacitación a las personas e instituciones comprometidas con la promoción y educación en lactancia materna y alimentación complementaria en la jurisdicción del distrito Villa El Salvador: ONG, promotores de salud y agentes comunitarios.
  
- Incorporar la aplicación de ensayos domiciliarios en condiciones habituales como metodología que permite evaluar la adopción de recomendaciones de manera previa al diseño y ejecución de un programa de comunicación educativa de mayor alcance.

### *Referencias Bibliográficas.*

1. OPS / WHO, CESNI, Fundación Cavendes. Nutrición y Alimentación del Niño en los Primeros Años de Vida. Washington DC. 1997: 69–73.
2. Martínez M. Patrones de Crecimiento Pondoestatural de Niños de 0–23 Meses Alimentados con Lactancia Materna Exclusiva los Primeros Seis Meses de Edad. Tesis. UNMSM. Perú. 2001.
3. Fomon SJ. Composition of the Male Referent Infant During the First Year of Live. *Pediatr.* 1967; 40: 863.
4. Fomon SJ, Haschke F, Ziegler EE. Body Composition of Reference Children from Birth to Age 10 Years. *Am. J. Clin. Nutr.* 1982; 35: 1169–1175.
5. Burgos G, Carrasco M. Características de la Alimentación e Ingesta de Nutrientes de los Niños entre 6–24 meses de una Comunidad Urbano Marginal de Lima. Urban Harvest Working Paper Series, N° 2. Centro Internacional de la Papa. Perú. 2004.
6. Ministerio de Salud. Conocimiento, Actitudes y Prácticas en Salud y Nutrición Materno Infantil en Cajamarca. Proyecto Salud y Nutrición Básica. Perú. 1997.
7. Brown KH, Stalling RY, Creed-Kanashiro HM, López de Romaña G, Black RE. Effects of Common Illnesses on Infant are Energy Intakes from Breast Milk and other Food Community-Based Studies in Huascar (Lima), Perú. *Am. J. Clin. Nutr.* 1990; 52: 1005–1013.
8. Marquis GS, Habicht JP, Lanata CF, Black RE, Breast Milk or Animal-Product Foods Improve Linear Growth of Peruvian Toddlers Consuming Marginal Diets. *Am. J. Clin. Nutr.* 1997; 66: 1102–1109.
9. Creed-Kanashiro HM, Brown KH, López de Romaña G, López T, Black RE. Consumption of Food and Nutrients by Infants in Huascar (Lima), Perú. *Am. J. Clin. Nutr.* 1990; 52: 995–1004.
10. Martínez JC, Ashwort A, Kirkwood B. Breast Feeding Among the Urban Poor in Southern Brazil: Reasons for Termination in the First Six Months of Life. *Bull. WHO* 1989; 67: 151–161.
11. Blas JA. Prácticas y Costumbres Alimentarias de las Madres de Familia al Momento de Iniciar la Alimentación Complementaria en los Niños Menores de un Año Asistentes al Hospital Nacional Hipólito Unanue. Prácticas Pre-Profesionales de Dietética y Dietoterapia Institucional. UNMSM. Perú. 2000.

12. Butte NF, Wong WW, Ferlie L, Smith EO, Klein PD, Garza C. Energy Expenditure and Deposition of Breast-Fed and Formula-Fed Infants During Early Infancy. *Pediatrics Res* 1990; 28: 631–640.
13. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar IV (ENDES 2000). Perú. 2001.
14. Instituto Nacional de Salud. Sistema de Vigilancia Nutricional. C.M.I. Juan Pablo II. Villa El Salvador. Enero–Junio. Perú. 2004.
15. López de Romaña G. Alimentación Complementaria: Experiencia en el Perú. *Diag.* 1997; 36 (6): 45–48.
16. Marquis GS. Lactancia Continuada ¿Hay Beneficios en la Lactancia Materna después del Primer Año de Vida? *Diagnost.* 1997; 36 (6): 40–44.
17. Cameron M, Yngve H. Manual para Alimentación de Infantes y Niños Pequeños. 4º Edición. México. Editorial Pax México. 1989.
18. Ministerio de Salud. Procedimientos y Protocolos de Atención en Salud Infantil. Proyecto Salud y Nutrición Básica. Perú. 2001.
19. Creed–Kanashiro HM, Fukumoto M, Ugaz ME. Alimentación Infantil: Resultados de una Campaña Educativa en la Comunidad. Instituto de Investigación Nutricional. Perú. 1995.
20. Espinola N, Creed–Kanashiro HM, Ugaz ME, van Hal M. Desarrollo de un Alimento Complementario con Camote para Niños de 6 Meses a 3 Años. Departamento de Ciencias Sociales. Documento de Trabajo N° 1998-8. Centro Internacional de la Papa (CIP). Perú. 1998.
21. Rivera JA, Santizo MC, Hurtado E. Diseño y Evaluación de un Programa Educativo para Mejorar las Prácticas de Alimentación en Niños de 6 a 24 Meses de edad en Comunidades Rurales de Guatemala. Programa de Alimentación y Nutrición. OPS-OMS. 1998.
22. Creed–Kanashiro HM, Penny ME, Liria R. Lactancia Materna y Alimentación Complementaria. Programa de Capacitación Materno Infantil (PCMI). Consorcio ESAN. Proyecto 2000. Perú. 1999.
23. Creed–Kanashiro HM, Respicio G, Cuba C, Benavides B. La Mejor Compra: Una Estrategia de Educación Nutricional para Obtener Máxima Nutrición a Menor Costo. XII Congreso Latinoamericano de Nutrición.

24. De Grijalva Y, Castro E. Mejoramiento de las Prácticas de Alimentación en Niños y Niñas Menores de Dos Años en la República Dominicana. The Change Project / The Manoff Group. República Dominicana. 2001.
25. Mejía E, Palomino C, Creed-Kanashiro HM. Promoción de Preparaciones a Base de Raíces y Tubérculos Andinos para Mejorar la Alimentación Infantil. XII Congreso Latinoamericano de Nutrición.
26. Mendoza KM. Capacitación y Seguimiento Domiciliario sobre Lactancia Materna Exclusiva a Púerperas del Hospital Nacional Santa Rosa. Tesis. UNMSM. Perú. 2002.
27. Villanueva MA, Rivera JA. Estimación de la Adopción de Prácticas de Alimentación Complementaria Mediante Ensayos Domiciliarios. Instituto de Salud Pública. México. 2002.
28. Creed-Kanashiro HM, Liria MR, Mejía E, Cuba C, Yeager BA. Ensayo de Eficacia Comunitaria para Evaluar el Efecto de la Adopción de Prácticas Apropriadas de Alimentación Complementaria sobre la Ingesta Total de Energía y Nutrientes. XIII Congreso Latinoamericano de Nutrición. 2003.
29. Liria MR, Creed-Kanashiro HM, Yeager BA, Martínez H, Rivera J, Turbull B. Cambio del Comportamiento Materno Después de una Intervención Educativa sobre Alimentación Infantil. XIII Congreso Latinoamericano de Nutrición.
30. Villanueva MA. Desarrollo y Prueba de Recomendaciones Sobre Alimentación Complementaria para un Programa de Educación Nutricional Dirigido a Madres de Niños Menores de 2 Años en Dos Comunidades Semirurales del Estado de Morelos. Tesis. Universidad Iberoamericana. México. 2003.
31. Alarcón TL, Tamashiro ML. Efecto de una Prueba de Prácticas Mejoradas PPM en la Frecuencia de Consumo de Sangrecita de Pollo en Gestantes Anémicas y No Anémicos de Ciudad Nuevo Pachacútec, Ventanilla-Callao. Abril-Junio de 2004. Prácticas Pre-Profesionales de Nutrición Aplicada. UNMSM. Perú.
32. Ruiz AE. Intervención Educativa Nutricional para Reforzar los Conocimientos y Prácticas Alimentarias en Madres de Niños de 6-36 Meses de Edad del Programa CRED del Centro de Salud base Los Olivos. Febrero-Abril de 2004. Prácticas Pre-Profesionales de Nutrición Aplicada. UNMSM. Perú.

33. **Organización Panamericana de la Salud / Instituto de Investigación Nutricional – Perú / Universidad de Emory – Estados Unidos / Instituto Nacional de Salud Pública – México.** ProPAN, Proceso para la Promoción de la Alimentación del Niño. Washington. 2004.
34. **Pachón H, Reynoso MT.** Mejorando la Nutrición del Niño Pequeño en El Alto, Bolivia: Resultados Utilizando la Metodología de ProPAN. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. Washington.
35. **Dickin K, Griffiths M, Piwoz E.** Designing by Dialogue: A Program Planners' Guide to Consultative Research for Improving Young Child Feeding. Academy for Educational Development/The Manoff Group. Washington. 1997.
36. **Levinson FJ, Rogers BL, Hicks KM, Schaetzel T, Troy L, Young C.** Monitoring and Evaluation: A Guidebook for Nutrition Projects Managers in Developing Countries. Boston: International Food and Nutrition Center.
37. **Kuhnlein HV, Pelto GH.** Culture, Environment, and Food to Prevent Vitamin A Deficiency. International Development Research Center. Ottawa. 1977.
38. **Pineda EB, De Alvarado EL, De Canales FH.** Metodología de la Investigación, Manual Para el Desarrollo de Personal de Salud. 2ª Edición. Organización Panamericana de la Salud. EE.UU. 2000.
39. **Ministerio de Salud.** Lineamientos para el Diseño de Intervenciones Educativo Comunicacionales en Alimentación y Nutrición. Comisión Multisectorial de Alimentación y Nutrición. Perú. 2001.
40. **Ministerio de Salud.** Pautas Básicas para la Consejería en Alimentación Infantil. Proyecto Salud y Nutrición Básica. Perú. 2001.
41. **Ministerio de Salud.** Sesión Demostrativa de Preparación de Alimentos para Niños y Gestantes. Proyecto Salud y Nutrición Básica. Perú. 2001.
42. **Centro Nacional de Alimentación y Nutrición.** Seminario-Taller de Consejería Nutricional. Instituto Nacional de Salud. Ministerio de Salud. Perú. 2001.
43. **Centro Nacional de Alimentación y Nutrición.** Lineamientos de Nutrición Materno Infantil del Perú. Instituto Nacional de Salud. Ministerio de Salud. Perú. 2004.

44. Organización de la Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), Organización Mundial de la Salud (OMS). Guía Metodológica de Comunicación Social en Nutrición. 1996.
45. Ulin P, Robinson E, Tolley E. Métodos Cualitativos en Salud Pública: Guía para Investigación Aplicada. Organización Panamericana de la Salud. 2006: 23–37.
46. Ministerio de Salud. Poblaciones Estimadas 2004. Unidad de Estadística e Informática. Dirección de Salud II. Red de Servicios de Salud Villa El Salvador, Lurín, Pachacamac, Pucusana. Perú. 2004.
47. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Perú: Proyecciones de Población, por Años Calendario Según Departamentos, Provincias y Distritos (Periodo 1990–2005). Boletín Especial N° 16. Dirección Técnica de Demografía e Indicadores Sociales. Perú. 2002.
48. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Resultados Preliminares de los Censos Nacionales 2005 X de Población y V de Vivienda. Perú. 2005.
49. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Perú: Compendio Estadístico 2004. Perú. 2005.
50. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), Mosaic Marketing Perú S.A. Planos Estratificados de Lima Metropolitana Según Estratos Socioeconómicos de los Hogares. Perú. 1998.
51. Muñoz J. Análisis Cualitativo de Datos con ATLAS–ti. Universitat Autònoma de Barcelona. 2003.
52. Portal de la Municipalidad Distrital de Villa El Salvador:  
<http://www.munives.gob.pe>
53. Portal Nation Master:  
<http://www.nationmaster.com>

## *Índice de Anexos.*

**ANEXO N° 1:**

Incorporación de madres y consentimiento de participación.

**ANEXO N° 2:**

Cuestionario general.

**ANEXO N° 3:**

Guía para entrevista semi-estructurada.

**ANEXO N° 4:**

Matriz para el resumen de las razones de las madres para realizar ciertas prácticas, conocimientos y actitudes.

**ANEXO N° 5:**

Matriz para el resumen de las barreras y facilitadores de las prácticas mejoradas.

**ANEXO N° 6:**

Matriz de prácticas problemas y prácticas mejoradas.

**ANEXO N° 7:**

Matriz para el análisis de impacto, factibilidad y observabilidad de prácticas mejoradas.

**ANEXO N° 8:**

Matriz para el resumen de las prácticas mejoradas a probar en la segunda etapa.

**ANEXO N° 9:**

Matriz de motivaciones.

**ANEXO N° 10:**

Matriz de soluciones.

**ANEXO N° 11:**

Formulario de visita inicial.

**ANEXO N° 12:**

Formulario de visita final.

**ANEXO N° 13:**

Guía de observación.

**ANEXO N° 14:**

Matriz de análisis de la prueba de prácticas mejoradas.

**ANEXO N° 15:**

Matriz de de análisis del apego y factibilidad de las prácticas mejoradas.

**ANEXO N° 1: INCORPORACIÓN DE MADRES Y CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN.**

Saludar a la madre y presentarse. Explicarle, de manera breve y cordial, el motivo y objetivos del estudio y finalmente consultarle si desea participar. Por ejemplo, la forma de hacer esta explicación es la siguiente:

***Explicación para la Etapa I: Diagnóstico.***

*“Buenos días señora. Mi nombre es Ricardo Suazo Fernández y trabajo en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II y aquí estamos trabajando para mejorar la salud y la nutrición de sus hijos. Por ahora, estamos invitando a las madres que tienen niños menores de dos años de edad para que nos ayuden con sus opiniones y así identificar qué consejos podemos darles.*

*Quisiera conversar con usted, aproximadamente por una hora, para conocer como alimenta a su niño(a). Todo lo que conversaremos será muy importante, quedará entre nosotros y servirá para apoyar a otras madres. Por eso, necesito que me permita anotar o*

Si la madre acepta participar en el estudio, registrar sus datos e iniciar con la entrevista.

***Explicación para la Etapa II: Prueba de Prácticas Mejoradas.***

*“Buenos días señora. Mi nombre es Ricardo Suazo Fernández y hace poco tiempo conversamos en el Consultorio de Nutrición del Centro Materno Infantil Juan Pablo II.*

*Quisiera agradecerle, una vez más, por su colaboración y contarle que en el centro de salud hemos desarrollado algunas recomendaciones para que las madres puedan mejorar la alimentación de sus hijos menores de dos años de edad. Sin embargo, antes de poder darles estas recomendaciones a todas las madres quisiera que algunas señoras me ayudaran, probando estos consejos en su casa y dándome su opinión, para que podamos saber si estos consejos realmente funcionan como pensamos. Por eso, quiero pedirle que Ud. colabore conmigo probando en su casa durante siete días uno de los estos consejos.*

*Yo voy a regresar a su casa dentro de una semana para que Ud. me cuente cómo le pareció este consejo. En realidad, lo que quiero es que me ayude a mejorar la recomendación y si algo de lo que le dije no le parece o no le queda claro, le pido que me lo haga saber. Si a Ud. se le ocurre otras formas para mejorar las recomendaciones, por favor también hágamelo saber y todos los comentarios que me haga, aunque sean negativos, me serán de gran interés.”*

*Ricardo Y. Suazo Fernández*





## ANEXO N° 2: CUESTIONARIO GENERAL.

B. VIVIENDA Y FAMILIA.	
1. Material del piso	1= Mosaico. 2= Cemento. 3= Tierra. 4= Otro: ____
2. Material de las paredes	1= Ladrillo. 2= Adobe. 3= Triplay/madera. 4= Otro: ____
3. Material del techo	1= Ladrillo. 2= Calamina. 3= Triplay/madera. 4= Otro: ____
4. Abastecimiento de agua potable	1= Conexión en casa. 2= Cisterna. 3= Pilón común al aire libre. 4= Pozo 5= Otro: ____
5. Eliminación de excretas	1= Conexión en casa. 2= Letrina / Baño común. 3= Campo abierto. 4= Otro: ____
6. Conexión de energía eléctrica.	1= Sí. 2= No.
7. Numero de dormitorios en casa (no baño, ni cocina)	
8. Número de personas que viven en casa.	
9. Número de niños menores de cinco años.	
10. Edad de la madre.	1= menos de 17 a. 2= 18-35 a. 3= Mayor de 35 a.
11. Estado civil de la madre.	1= Soltera. 2= Conviviente / Casada. 3= Separada / Viuda.
12. Grado de instrucción de la madre.	1= No estudió. 2= Primaria incompleta. 3= Primaria completa. 4= Secundaria incompleta. 5= Secundaria completa. 6= Superior. 7= Otro: ____
13. ¿Cuál es la ocupación actual de la madre?	1= Desempleada. 2= Obrera / Trabajadora asalariada. 3= Independiente. 4= Otra: ____
14. ¿La madre vive con su esposo?	1= Sí. 2= No, trabaja en otra ciudad. 3= No.
15. Grado de instrucción del esposo	1= No estudió. 2= Primaria incompleta. 3= Primaria completa. 4= Secundaria incompleta. 5= Secundaria completa. 6= Superior.
16. Ocupación actual del jefe de familia.	1= Desempleado. 2= Obrero / trabajador asalariado. 3= Independiente. 4= Otro: ____
17. Cuándo la madre trabaja o está fuera de casa, ¿quien cuida de su niño?	1= La madre se lleva a su hijo. 2= Un familiar / amiga. 3= El niño se queda solo. 4= No sale de casa a trabajar.
18. ¿Qué cantidad de dinero se invierte en alimentación familiar por día?	1= menos S/.9. 2= S/.10-24. 3= S/.25-39. 4= S/.40-45. 5= más de S/.45. <del>6= No recuerda. No responde</del>

C. CONOCIMIENTOS DE LA MADRE SOBRE ALIMENTACIÓN INFANTIL.	
A. IDENTIFICACIÓN.	
1. ¿Quién debe comer más veces al día: un niño menor de dos años o un adulto?	1= El niño. 2= Por igual. 3= El adulto. 0000
2. Fecha de la entrevista	4= No recuerda / no responde. dd - mm - aa
3. ¿Cuántas veces al día debe comer un niño sano menor de dos años de edad?	1= Menos de 3 veces. 2= 4-5 veces.
4. Nombre del niño	3= Mas de 5 veces. 4= No recuerda / no responde.
5. ¿Hasta que edad se debe alimentar al niño SOLAMENTE con leche materna?	1= Antes de 3 meses. 2= 3-6 meses. 3= 6 meses. 4= Más de 6 meses. 5= No recuerda / no responde.
6. Fecha de nacimiento del niño	1= Hasta los 5 m. 2= 6-11 m. 3= 12-17 m. 4= 18-23 m. dd - mm - aaaa
7. ¿Hasta que edad puede seguir tomando leche materna el niño?	1= 6-11 m. 2= 12-17 m. 3= 18-23 m. 4= Más de 24 m. 5= No recuerda / no responde.
8. ¿A que edad se debe dar al niño otros alimentos, distintos a la leche materna?	1= Antes de 3 m. 2= 4-5 m. 3= 6 meses. 4= 7-11 m. 5= Después de 12 m. 6= No recuerda / no responde.
9. ¿Cual debe ser la consistencia de los primeros alimentos del niño?	1= Papillas/Mazamorra espesas. 2= Sopas/Caldos/Jugos. 3= Lo mismo que un adulto. 4= Otra: ____
10. ¿Qué debe hacer la madre si el niño no quiere comer toda su comida?	1= Ayudarlo a que termine. 2= No darle de comer. 3= Pegarle para que coma. 4= Otra: ____
11. ¿Cómo se debe alimentar a un niño cuando se encuentra enfermo?	1= Alimentarlo más. 2= Alimentarlo igual. 3= Alimentarlo menos. 4= No hay que alimentarlo. 5= Otro: ____

2. CONSUMO DE OTROS PRODUCTOS LÁCTEOS.	
2.1. ¿El niño toma otra leche distinta a la leche materna?	1= No (Pasar a la sección 3). 2= Leche materna + otra leche. 3= Sí (Continuar).
2.2. ¿Desde que edad inició a tomar otra leche distinta a la materna?	0= No aplica. 1= 12-24 m. 2= 6-11 m. 3= Antes de los 6 m. 4= No recuerda / no responde.
2.3. ¿Por qué le dio de tomar esa leche distinta a la leche materna?	0= No aplica. 1= El niño no se llenaba. 2= Para preparar comidas. 3= Por trabajo / No tiene tiempo. 4= Otra: ____
2.4. ¿Cuántas veces toma en el día?	0= No aplica. 1= 1-3 v. 2= 4-6 v. 3= 7-9 v. 4= No recuerda / no responde.
2.5. ¿En que tipo de recipiente toma sus bebidas?	0= No aplica. 1= Taza/Cucharita. 2= Biberón. 3= Otro: ____
2.6. ¿Qué tipo de leche le da de tomar al niño?	0= No aplica. 1= Formula infantil. 2= En polvo. 3= Evaporada. 4= Otra: ____
2.7. ¿En qué tipo de preparación utiliza esa leche?	0= No aplica. 1= Para preparar sus comidas. 2= Para tomar. 3= Para preparar comidas y tomar.

D. PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN DEL NIÑO.	
1. LACTANCIA MATERNA.	
1.1. ¿Qué fue lo primero que tomó el niño después de nacer?	1= Leche materna. 2= Fórmula infantil. 3= Agua / infusión. 4= Otro: ____ 5= No recuerda/ no responde.
1.2. ¿Actualmente le está dando pecho al niño?	1= Si (Continuar con el cuestionario). 2= No (Pasar a la pregunta 1.7).
1.3. ¿Le da de tomar pecho cada vez que el niño pide o lacta con horario?	0= No aplica. 1= Cuando el niño pide, a la hora que quiera. 2= Lacta con horario. 3= No recuerda / no responde.
1.4. Usualmente cuando el niño está sano, ¿cuántas veces le da pecho durante el día?	1= 0 veces. 2= 1-3 veces. 3= 4-6 veces. 4= 7-9 veces. 5= Más de 10 veces. 6= No recuerda / no responde.
1.5. ¿Y cuantas veces lacta durante la noche?	1= 0 veces. 2= 1-3 veces. 3= 4-6 veces. 4= 7-9 veces. 5= Más de 10 veces. 6= No recuerda / no responde.
1.6. ¿Cuánto tiempo dura cada lactada?	0= No aplica. 1= Hasta vaciar las mamas (más de 10'). 2= Lacta poco, no vacía las mamas (menos de 10'). 3= No recuerda / no responde.
1.7. ¿Qué edad tenía el niño cuando dejó de tomar el pecho?	0= No aplica. 1= Menos de 5 m. 2= 6-11 m. 3= 12-23 m. 4= Sigue tomando pecho. 5= No recuerda / no responde.

<b>3. ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA.</b>	
3.1. ¿El niño recibe otros alimentos distintos a la leche?	1= Sí (Continuar). 2= No (Pasar a Anexo N° 2).
3.2. ¿Quién es la persona que usualmente alimenta al niño?	0= No aplica. 1= Madre. 2= Cuidadora / Abuela. 3= Padre. 4= Otro familiar. 5= Vecina / Amiga. 6= Otro: ____
3.3. ¿A que edad le dio al niño su primer alimento o comida sólido o semisólido?	0= No aplica. 1= Menos de 2 m. 2= 3-5 m. 3= 6 m. 4= 7-12 m.
3.4. ¿Cuál tipo de alimento o preparación le dio por primera vez al niño?	0= No aplica. 1= Fruta / Verdura. 2= Tubérculo / Cereal. 3= Leguminosa / Animal. 4= Lácteos. 5= Otro: ____
3.5. ¿Qué tipo de preparaciones recibe el niño con mayor frecuencia?	0= No aplica. 1= Papilla/Mazamorra espesos. 2= Comida de la olla familiar. 3= Sopas/Caldos/Extractos.
3.6. En su opinión, generalmente, ¿Cómo es el apetito del niño cuando está sano?	0= No aplica. 1= Come demasiado. 2= Come bien. 3= Come poco. 4= Otro: ____
3.7. Si el niño deja de comer, y usted cree que todavía no ha comido suficiente ¿Qué hace?	0= No aplica. 1= Lo motiva a comer (con gestos, juegos, palabras). 2= No lo motiva a comer. 3= Otro: ____
3.8. Cuando el niño enferma, ¿usualmente qué sucede con su alimentación?	0= No aplica. 1= Come más. 2= Come igual. 3= Come menos. 4= No come. 5= Otro: ____
3.9. ¿Cuántas veces al día come el niño?	0= No aplica. 1= 0 v. 2= 1-3 v. 3= 4-5 v. 4= Más de 5
3.10. ¿Agrega grasa a la comida del niño?	0= No. 1= Margarina / Mantequilla. 2= Aceite vegetal
3.11. ¿Qué cantidad de grasa le agrega a cada comida?	0= No aplica. 1= Menos de 1 cucharita. 2= 1 cucharita. 3= Otra: ____

---

**ANEXO Nº 3: GUÍA PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA.****I. LACTANCIA MATERNA.****PRÁCTICA IDEAL 1: LACTANCIA MATERNA A DEMANDA, DURANTE EL DÍA Y LA NOCHE.**

1. ¿ACTUALMENTE LE ESTÁ DANDO PECHO A SU BEBÉ?

(Sí)

¿Cada cuándo le da de lactar?

¿Le da de lactar siguiendo un horario o cada vez que su bebé le pide? ¿Por qué?

**PRÁCTICA IDEAL 2: LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA HASTA LOS 6 MESES.**

2. ¿QUÉ PIENSA DE ALIMENTAR SOLAMENTE CON PECHO A UN NIÑO DURANTE LOS PRIMEROS 6 MESES DE VIDA?

Si usted tuviera otro bebé, ¿se animaría a alimentarlo solo con pecho por los 6 primeros meses de vida?

¿Por qué sí? ¿Por qué no?

¿Qué necesitaría usted para convencerla / permitirle / ayudarle a alimentar sólo con pecho a un bebé hasta que cumpla 6 meses?

**PRÁCTICA IDEAL 3: LACTANCIA MATERNA HASTA LOS 24 MESES.**

3. ¿HASTA QUÉ EDAD PIENSA ALIMENTAR A SU BEBE CON LECHE MATERNA?

¿Por qué hasta esa edad?

¿Podría amamantar al menos hasta que el niño cumpla los dos años?

¿Por qué sí? ¿Por qué no?

4. ¿A QUÉ EDAD LE QUITÓ EL PECHO?

¿Por qué le quitó el pecho a esa edad?

¿Qué pudiera convencerla / permitirle / ayudarle a seguir alimentando con pecho hasta que el niño cumpliera por lo menos dos años?

**II. ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA.****PRÁCTICA IDEAL 4: INICIAR LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA A LOS 6 MESES CON ALIMENTOS / PREPARACIONES SEMI-SÓLIDOS.**

5. ¿A SU BEBÉ LE HA DADO ALGO DE COMER?

¿Qué fue lo primero que le dio de comer a su bebé?

¿Por qué decidió darle primero esta comida al niño?

¿Qué edad tenía el niño cuando le dio esta comida por primera vez?

(Si lo dio antes de 6 meses)

Si usted se diera cuenta que "dar lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses" haría que "el niño se enferme menos y crezca más" y que "dar otros líquidos o alimentos semi-sólidos antes de los 6 meses" haría que "el niño se enferme más seguido y sea más delgado y pequeño". ¿Estaría dispuesta a cambiar esta práctica si tuviera otro bebé?

¿Hay algo que pueda hacerle llevar a cabo este cambio?

(Si lo dio después de los 6 meses)

Si usted se diera cuenta que "dar lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses e iniciar alimentos espesos a partir de esta edad" haría que "el niño crezca más" y que "dar otros líquidos o alimentos semi-sólidos hasta después de los 6 meses" haría que "el niño sea delgado y pequeño". ¿Estaría dispuesta a cambiar esta práctica si tuviera otro bebé?

¿Hay algo que pueda hacerle llevar a cabo este cambio?

#### **PRÁCTICA IDEAL 5: ALIMENTAR CON LA CANTIDAD RECOMENDADA PARA QUE RECIBAN EL REQUISITO DIARIO DE ENERGÍA NECESARIA.**

6. ¿SI FUERA NECESARIO AUMENTAR LA CANTIDAD DE COMIDA QUE LE DA A SU NIÑO SERÍA POSIBLE HACERLO?

¿Por qué sí? ¿Por qué no?

#### **PRÁCTICA IDEAL 6: ALIMENTAR CON PRODUCTOS DE ALTA DENSIDAD NUTRICIONAL Y ENERGÉTICA.**

7. ¿CÓMO ES LA CONSISTENCIA DE LOS ALIMENTOS QUE PREFIERE DARLE DE COMER A SU NIÑO?

(Si contesta que AGUADOS)

¿Cuándo se le debe dar comida más espesa al niño?

¿Que le diría a otra madre que piense en darle alimentos espesos a su bebé a los 6 meses de edad?

#### **PRÁCTICA IDEAL 7: ALIMENTAR CON LA FRECUENCIA DIARIA RECOMENDADA.**

8. ¿CUANTAS VECES AL DÍA ALIMENTA A SU BEBÉ?

(Si la frecuencia es menor a cinco)

Si un profesional de la salud le pidiera que aumente el número de veces que debe alimentar a su niño. ¿Estaría dispuesta a hacerlo?

¿Por qué sí? ¿Por qué no?

(Si la frecuencia es mayor a cinco)

Si un profesional de la salud le pidiera que disminuya el número de veces que debe alimentar a su niño porque su niño está muy gordito. ¿Estaría dispuesta a hacerlo?

¿Cuál sería su actitud?

**PRÁCTICA IDEAL 8: ALIMENTAR CON VÍCERAS (HÍGADO, BAZO), SANGRECITA, CARNE (PESCADO, POLLO, VACUNO) O HUEVO TODOS LOS DÍAS.**

9. ¿CUANTAS VECES A LA SEMANA Y QUÉ ALIMENTOS DE ORIGEN ANIMAL LE DA DE COMER AL NIÑO?

¿Qué condiciones se tendrían que presentar para que pudiera comer más veces a la semana alimentos de origen animal al niño?

**PRÁCTICA IDEAL 9: APOYAR Y MOTIVAR AL NIÑO A COMER DURANTE PERIODOS DE ENFERMEDAD.**

10. CUANDO EL NIÑO ESTÁ ENFERMO, DEJA DE COMER Y USTED CONSIDERA QUE AÚN NO HA COMIDO LO SUFICIENTE. ¿QUÉ HACE?

¿Como motiva a su bebé para que termine su comida?



ANEXO N° 4: MATRÍZ PARA EL RESUMEN DE LAS RAZONES DE LA MADRE PARA  
REALIZAR  
CIERTAS PRÁCTICAS, CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES.

PRÁCTICAS REALES	RAZONES, CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES



ANEXO N° 5: MATRÍZ PARA EL RESUMEN DE LAS BARRERAS Y FACILITADORES  
DE PRÁCTICAS MEJORADAS.

BARRERAS		FACILITADORES	
INTERNAS	EXTERNAS	INTERNOS	EXTERNOS

## ANEXO N° 6: MATRIZ DE PRÁCTICAS PROBLEMAS Y PRÁCTICAS MEJORADAS.

PRÁCTICAS PROBLEMAS	PRÁCTICAS MEJORADAS

ANEXO N° 7: MATRÍZ PARA EL ANÁLISIS DE IMPACTO, FACTIBILIDAD Y OBSERVABILIDAD DE PRÁCTICAS MEJORADAS.

PRÁCTICAS MEJORADAS PROPUESTA	IMPACTO	CONSECUENCIAS POSITIVAS	COMPATIBILIDAD CON CREENCIAS Y CONOCIMIENTOS	COSTO EN DINERO	COSTO EN TIEMPO Y/O ESFUERZO	COMPLEJIDAD	OBSERVABILIDAD	TOTAL

IMPACTO: ¿Qué impacto sobre el estado nutricional del niño se tendría de ser adoptada la práctica mejorada?

0= Ninguno, 1= Tendría algún impacto en el problema, 2= Eliminaría el problema.

CONSECUENCIAS POSITIVAS: ¿La práctica tiene consecuencias positivas que sean percibidas por la madre que las adopte?

0= Ninguna, 1= Muy pocas o algunas, 2= Tiene varias o significativas consecuencias positivas.

COMPATIBILIDAD CON LAS CREENCIAS Y CONOCIMIENTOS: ¿La madre tiene creencias o conocimientos que apoyen a adoptar la práctica mejorada?

0= Las creencias de la madre son incompatibles con la práctica mejorada, 1= Tienen alguna compatibilidad, 2= Son compatibles.

COSTO EN DINERO: ¿Cuál es el costo monetario requerido para adoptar la práctica recomendada?

0= Requiere recursos significativos, 1= Requiere algunos recursos adicionales, 2= No requiere recursos adicionales.

COSTO EN TIEMPO Y/O ESFUERZO: ¿Cuál es el costo en tiempo y/o esfuerzo requerido por la madre para adoptar la práctica recomendada?

0= Requiere tiempo o esfuerzo significativo, 1= Requiere algún tiempo o esfuerzo, 2= Requiere muy poco tiempo esfuerzo.

COMPLEJIDAD: Desde el punto de vista de la madre, ¿Qué tan compleja es la práctica mejorada?

0= Demasiado compleja, 1= Requiere algunos pasos (3 a 4), 2= Requiere muy pocos pasos (1 a 2).

OBSERVABILIDAD: ¿Podría el investigador observar el cumplimiento de la práctica recomendada por parte de la madre?

0= No puede ser observado, 1= Se puede observar, aunque sería difícil, 2= Puede ser observado fácilmente.

---

ANEXO N° 8: MATRÍZ PARA EL RESUMEN DE LAS PRÁCTICAS MEJORADAS  
A PROBAR EN LA ETAPA II.

PRÁCTICA PROBLEMA	PRÁCTICA MEJORADA QUE SERÁ PROBADA EN LA ETAPA II

## ANEXO N° 9: MATRÍZ DE MOTIVACIONES.

PRÁCTICA MEJORADA	MOTIVACIONES



## ANEXO N° 10: MATRÍZ DE SOLUCIONES.

PRÁCTICA MEJORADA:	
--------------------	--

BARRERAS	SOLUCIONES

## ANEXO N° 11: FORMULARIO DE VISITA INICIAL.

1. N° de Historia Clínica	0000
2. Fecha de la entrevista	dd – mm – aa
3. Nombre de la madre	
4. Nombre del niño	
5. Dirección de la vivienda	Sector – Grupo – Manzana – Lote
6. Sexo	1= Masculino. 2= Femenino.
7. Práctica mejorada que pondrá a prueba	
8. ¿Actualmente está probando la práctica mejorada?	1= Sí. 2= No.
9. ¿Qué le parece la práctica mejorada que está probando en casa?:	
10. ¿Le gustaría cambiarla de alguna forma? ¿Cómo?	
11. ¿Había escuchado algo parecido antes? ¿Dónde?	
12. ¿Había hecho usted algo parecido antes? ¿Qué fue lo que hizo?	
13. ¿Cree que pueda poner a prueba la práctica mejorada que le recomiendo? ¿Porqué sí?, ¿Porqué no?	
14. ¿Tiene alguna duda?	
15. Observaciones.	

## ANEXO Nº 12: FORMULARIO DE VISITA FINAL.

1. Nº de Historia Clínica	0000
2. Fecha de la entrevista	dd – mm – aa
3. Nombre de la madre	
4. Nombre del niño	
5. Dirección de la vivienda	Sector – Grupo – Manzana – Lote
6. Sexo	1= Masculino. 2= Femenino.
7. Práctica mejorada que puso a prueba	
8. ¿Recuerda la práctica mejorada que puso a prueba en casa? ¿Qué decía?	1= Sí: ___ 2= No.
9. ¿Ha llevado a cabo la práctica mejorada que se le recomendó?	1= Sí. 2= No.
10. ¿Cuántas veces durante la semana puso a prueba la práctica mejorada recomendada? ¿Porqué sí? ¿Porqué no?	
11. ¿Cómo se sintió al probar la práctica mejorada que se le recomendó?	
12. ¿Qué le gustó de la práctica mejorada recomendada? ¿Por qué le gustó?	
13. ¿Qué no le gustó de la práctica mejorada recomendada? ¿Por qué no le gustó?	
14. ¿Cree que a su niño(a) le gustó o no le gustó? ¿Por qué dice usted eso?	1= Sí: ___ 2= No: ___
15. ¿Otras personas le dijeron algo acerca de la práctica mejorada que estuvo probando? ¿Quién o quienes le dijeron? ¿Qué le dijeron?	
16. ¿Algún día cambió usted algo de la práctica mejorada recomendada? ¿Qué cambió y cómo lo hizo? ¿Por qué razón lo cambió?	1= Sí: ___ 2= No.

17. ¿Está dispuesta a seguir poniendo a prueba la práctica mejorada recomendada? ¿Porqué sí? ¿Porqué no?	1= Sí: ____ 2= No: ____
---	-------------------------

## ANEXO N° 13: GUÍA DE OBSERVACIÓN.

1. N° de Historia Clínica	0000
2. Fecha de la entrevista	dd – mm – aa
3. Nombre de la madre	
4. Nombre del niño	
5. Dirección de la vivienda	Sector – Grupo – Manzana – Lote
6. Sexo	1= Masculino.      2= Femenino.
7. Práctica mejorada que puso a prueba	
8. Observar la actitud de la madre informante ante la evaluación de la práctica mejorada recomendada	
9. Observar cómo la madre informante ejecuta la práctica mejorada recomendada	
10. Observar la aceptación de la madre ante la adopción de la práctica mejorada probada	
11. Observar la aceptación del niño ante la adopción de la práctica mejorada probada	
12. Observar si la madre informante realiza cambios a la práctica mejorada recomendada al momento de ejecutarla	
13. Observar cuál fue la consistencia empleada en la preparación de la comida del niño	
14. Observar la cantidad de alimentos consumidos por el niño en un tiempo de comida	
15. Observar el tipo de alimentos y/o preparaciones que se utilizaron para alimentar al niño	

## ANEXO N° 14: MATRÍZ DE ANÁLISIS DE LA PRUEBA DE PRÁCTICAS MEJORADAS.

PRÁCTICA MEJORADA	RECORDÓ	EJECUCIÓN	MODIFICACIÓN	FACILITADORES	BARRERAS	INTENCIÓN DE CONTINUAR

**ANEXO Nº 15: MATRÍZ DE ANÁLISIS DEL APEGO Y FACTIBILIDAD DE LAS PRÁCTICAS MEJORADAS.**

	CRITERIOS	PRÁCTICA 1	PRÁCTICA 2	PRÁCTICA 3	PRÁCTICA 4	PRÁCTICA 5
<b>APEGO</b>	Número de veces que la realizaron.					
	Número de veces/días al día que la dieron.					
	Aceptación por parte de la madre.					
	Aceptación por parte del niño.					
<b>FACTIBILIDAD</b>	Consecuencias positivas percibidas.					
	Compatibilidad con creencias y conocimientos.					
	Compatibilidad con prácticas anteriores.					
	Costo en recursos económicos.					
	Costo en tiempo y esfuerzo.					

---

	Complejidad.					
--	--------------	--	--	--	--	--