

ESTUDIO DE LINEA DE BASE EN NUTRICION Y SALUD EN EL DISTRITO DEL CALLAO

Agosto - 2008

**ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS
MENORES DE 05 AÑOS Y GESTANTES**

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y
PRÁCTICAS SOBRE ALIMENTACION Y
NUTRICION DE LA GESTANTE Y
MADRES DE LOS NIÑOS MENORES DE
CINCO AÑOS**

Elaborador por:



Financiado por:



Con el aporte voluntario de:



Autores:

Equipo Técnico del Departamento de Nutrición de ESKE GROUP

Alicia Cornelio Bolívar

Karen Adams Ubaldo

Participación:

Dirección de Salud del Callao – DISA I CALLAO

Estrategia Sanitaria en Alimentación y Nutrición Saludable

Julio Cesar García

Sara Cerna Saldarriaga

Oficina de Estadística e Informática

Marisella Campos

Contenido

I.	INTRODUCCIÓN.....	09
II.	OBJETIVOS.....	11
III.	MATERIALES Y METODOS.....	11
3.1	Ámbito de Estudio.....	11
3.2	Aspectos metodológicos.....	14
IV.	RESULTADOS.....	17
4.1	ESTADO NUTRICIONAL.....	17
4.1.1	ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS.....	17
	Desnutrición Crónica total.....	17
	Desnutrición Crónica por sectores.....	19
	Desnutrición Crónica según sexo.....	21
	Desnutrición Crónica según distribución de niños y niñas por grupo etareo...	21
4.1.2	ESTADO NUTRICIONAL DE LA GESTANTE.....	22
4.1.3	TOMA DE MUESTRA SANGUINEA – DOSAJE DE HEMOGLOBINA.....	24
	Diagnostico de anemia en niños.....	24
	Diagnostico de anemia en gestantes.....	25
4.2	CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE ALIMENTACION Y NUTRICION DE LA GESTANTE Y MADRES DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS.....	26
4.2.1	CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN.....	27
	Nivel de Instrucción de las madres.....	27
	Ocupación de la madre.....	28
	Edad de la madre.....	29
	Edad del niño.....	30

4.2.2	CUIDADO DE LA SALUD.....	33
	Consumo de agua.....	33
	Lavado de las manos.....	34
	Lugar donde acude la madre cuando el niño se encuentra enfermo.....	35
4.2.3	SALUD DE LA GESTANTE.....	38
	Numero de hijos de las gestantes encuestadas.....	38
	Asistencia al control prenatal.....	41
	Alimentación de la gestante.....	42
	Prevención de la anemia.....	47
4.2.4	LACTANCIA MATERNA.....	53
	Consumo de la primera leche producida por la madre.....	53
	Consumo de otros líquidos antes de los 6 meses.....	56
	Consumo de leche materna.....	57
	Alimentación de la madre durante el proceso de la lactancia.....	59
4.2.5	INICIO DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA.....	61
	Edad de Inicio de la Alimentación Complementaria.....	62
	Tipo de Alimento con el que se inicia la alimentación complementaria.....	63
	Momento de comer.....	65
4.2.6	ALIMENTACIÓN DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS.....	67
	Tipo de alimentos consumidos por el niño.....	67
	Consistencia de la alimentación.....	69
	Frecuencia de alimentación.....	70
	Prevención de anemia en el niño.....	71
	Alimentación del niño enfermo.....	73
4.2.7	ACCESO A LOS ALIMENTOS.....	77
	Barreras de acceso a los alimentos.....	77
	Procedencia de los alimentos.....	78
V.	DISCUSION.....	81

VI. CONCLUSIONES.....	84
VII. RECOMENDACIONES.....	89
VIII. BIBLIOGRAFÍA.....	91
IX. ANEXOS.....	92

SIGLAS USADAS:

MINSA : Ministerio de Salud

INS : Instituto Nacional de Salud

CENAN : Centro Nacional de Alimentación y Nutrición

DISA : Dirección de Salud

INEI : Instituto Nacional de Estadística e Informática.

UNICEF : Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

I. INTRODUCCIÓN

El efecto más devastador de la desnutrición es que llega a comprometer las capacidades orgánicas (cerebro) de la persona si ésta se instala antes de los tres años de edad limitando su potencial biológico. Ello significa que los esfuerzos educativos y de estimulación temprana que puedan implementarse, podrían no alcanzar los objetivos deseados si el niño no cuenta con una estructura orgánica que permita desarrollar sus habilidades a plenitud. De esa manera se estaría limitando el desarrollo del país (UNICEF, 2001).

Un factor asociado a la desnutrición resulta ser el consumo inadecuado de alimentos en el hogar. Esta práctica se encuentra vinculada con barreras de acceso económico, geográfico y cultural. Las barreras culturales o creencias y valoraciones transmitidas de generación en generación o asumidas en el quehacer diario, son las que demandan intervenciones educativas comunicacionales que promuevan cambios saludables en la alimentación y nutrición de la población. (UNICEF, 2001)

Si la familia reconoce la importancia de una buena nutrición, entonces permitirá la búsqueda de una mejor alimentación. Para ello, es imprescindible que la educación en alimentación y nutrición sea oportuna, adecuada y que tenga en cuenta las características, demandas, hábitos y costumbres de la población objetivo (madres de niños menores de cinco años y gestantes), de manera que llegue con efectividad a la población,

Gracias a la Asociación Civil “Promoviendo el Desarrollo Sostenible” , financiado con el Aporte Voluntario de la Empresa Minera “Perubar” S.A.; y teniendo como ejecutor a Eske Group, a través de su equipo técnico de consultores y de los equipos de trabajo de la Dirección de Salud del Callao a través de la Estrategia Sanitaria en Alimentación y Nutrición Saludable y la Oficina de Estadística, realizaron el levantamiento de línea basal en seis sectores del Distrito del Callao como el primer paso para plantear propuestas de intervención que respondan en forma coherente y eficaz a esta problemática.

Los objetivos de los estudios fueron analizar el estado nutricional de niños menores de cinco años y gestantes; describir los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la alimentación y nutrición de las madres de niños menores de cinco años y gestantes; para el diseño, implementación y evaluación de un plan de intervención educativo comunicacional. Asimismo fomentar las políticas públicas saludables a favor de la Alimentación y Nutrición.

II. OBJETIVOS

- 2.1. Determinar el estado nutricional de niños y niñas menores de 05 años en seis sectores del distrito del Callao.
- 2.2. Determinar el estado nutricional de las gestantes en seis sectores del distrito del Callao.
- 2.3. Identificar los aspectos de conocimientos, actitudes y prácticas sobre alimentación y nutrición de gestantes y madres de niños menores de 5 años en seis sectores del distrito del Callao.
- 2.4. Conocer algunos aspectos protectores de salud de la población en seis sectores del distrito del Callao.

III. MATERIALES Y METODOS

3.1 DESCRIPCION DEL AMBITO DE TRABAJO

UBICACION GEOGRAFICA

La Provincia Constitucional del Callao, esta ubicada en la Costa del Perú en el centro occidental del departamento de Lima y en el centro de la costa occidental de Sud América. Sus coordenadas geográficas son 10°15´ de latitud sur y 75°38´ y 77° 47´ de longitud al Oeste del Meridiano de Greenwich y su altitud varía de los 7 m.s.n.m. (metros sobre el nivel del mar), hasta los 500 m.s.n.m en la zona este. Se localiza al Oeste de Lima (la ciudad capital del Perú) que delimita su territorio por el Norte, Este y Sur Este. Por el Sur y Oeste, el Mar de Grau, Sector Peruano del Océano Pacífico. Su capital es la ciudad del Callao, cuya altitud referida a la plaza principal, Plaza Grau, es de 5 m.s.n.m.

EL RELIEVE

La diversidad de formas del relieve que posee la provincia se debe al sustrato rocoso de las estribaciones sedimentarias de la costa, a la conformación de flujos aluviales de la era cuaternaria, a los depósitos marinos y sólidos, así como a la acción de los factores climáticos sobre el relieve. Es probable que las islas de San Lorenzo, El Frontón y el Morro hubiesen formado un todo en otra época del continente, pues poseen estos lugares una misma formación geológica (Raymondi 1897).

Se distinguen tres sectores definidos:

Sector Norte – Geoformas de Arena: Comprende el distrito de Ventanilla de relieve plano frente al litoral y ondulado hacia el continente, presentando afloramientos rocosos; en cuanto a su litología, esta compuesto por areniscas, lutitas estratificadas con adesis aglomeradas, calizas y cuarcitas (Cerros Vela, Resbalón y otros). Cabe destacar la existencia de canteras, las mismas que de acuerdo al uso y disponibilidad se presentan como canteras de arena fina, que se localizan en la zona nor - occidental del centro poblado de Ventanilla y canteras de material de afirmado compuesta de grava, arena y arcilla que se ubica en la parte central de distrito y en el camino a la granja de porcinos, “Pampa de los Perros”, en la margen del río Chillón.

Sector Centro Sur – Terraza Fluvial: Área comprendida entre el río Chillón y el río Rímac, compuesta por las terrazas fluviales de los conos de deyección de ambos ríos caracterizados como un heterogéneo de sedimentos del cuaternario reciente, producto de acarreo y el depósito fluvial. El río Rímac presenta dos zonas como áreas en peligro por los desbordes y porque el encauzamiento natural del río se haya totalmente alterado por una zona de canalización antigua.

Sector Sur – Terraza Fluvial disectada: Comprende la margen izquierda del río Rímac hasta la zona del litoral playa de la mar brava, vale decir, es el emplazamiento de la mayor concentración urbana de la provincia correspondiente al cercado del Callao, Carmen de la Legua Reynoso, Bellavista y La Punta.

Principales islas de la provincia encontramos en las islas de San Lorenzo y El Frontón corresponden a bloques macizos sedimentarios cuya posición es paralela al eje de la dirección estructural principal; sus respectivas zonas meridionales se caracterizan por la presencia de acantilados, el relieve es ondulado y monticulado. La isla San Lorenzo está conformada por los cerros de La Mina, Encantada y Huanay; la mayor altitud corresponde a la cumbre del cerro La Mina con 395.06 m.s.n.m.

SUELOS E HIDROLOGIA

En la Provincia del Callao se observa que los mejores suelos para producción y edificación se encuentran en el sector centro – sur, desde la margen izquierda

del río Rímac hasta el límite de la provincia. Los suelos con aptitud para el riego y con actual uso agrícola y pecuario son los correspondientes a las áreas de la hacienda San Agustín y alrededores.

Aguas Superficiales: Los principales recursos hidrobiológicos con que cuenta la provincia del Callao corresponden a los conos de deyección de las cuencas de los ríos Rímac y Chillón, cuyo régimen fluvial depende de sus cuencas colectores que reciben lluvias principalmente en la estación de verano. La cuenca del río Rímac alcanza un total de 3.952 km² y la del Chillón 2.645 km², hallándose la zona de recolección de lluvias sobre los 2.500 mts. de altitud.

Localización de Áreas Bajo Riesgo de Desastres: En la Provincia del Callao el 50% de la población se localiza en el área adyacente al litoral, asimismo existen instalaciones industriales que por su altitud cercana al nivel de mar están expuestas a la invasión de las aguas de producirse maremotos de gran intensidad; las zonas más propensas corresponden a las instalaciones del Terminal Marítimo, la zona de Chucuito entre el muelle de Guerra y el Instituto de Mar IMARPE, todo el distrito de La Punta y la refinería de petróleo La Pampilla.

CLIMA

El clima de la Provincia Constitucional del Callao varía según lo determina las estaciones del año, llegando a un promedio de 30°C a la sombra en los meses de verano, descendiendo a promedio de 14 °C en los meses de invierno.

HUMEDAD

La Humedad Relativa en el Callao para todo el año es de 94%; en los meses de Junio, Julio y Agosto es del 100%, en las primeras horas de la mañana hasta las 10 de la mañana mejorando hasta el 83% entre las 2 y 3 de la tarde; en verano la humedad relativa máxima entre 6 y 7 de la mañana es de 92 a 94%, mejorando a medio día por el brillo del sol de 75 a 70%.

La Humedad varía en los diferentes Distritos de la Provincia Constitucional del Callao, de 90% en el Distrito de Carmen de la Legua a 97% en el Distrito de Ventanilla, siendo en el Callao de 91%, Bellavista 92%, La Perla 94% y la Punta 96%.

La Provincia Constitucional presenta uno de los más altos porcentajes de humedad del país y esto se relaciona con las enfermedades respiratorias.

3.2 ASPECTOS METODOLOGICOS:

A. ENFOQUE METODOLOGICO

Estudio de corte transversal descriptivo.

B. POBLACION DE ESTUDIO

Comprende al conjunto de niños menores de 5 años y gestantes, residentes habituales de viviendas particulares de dos zonas urbanas y cuatro asentamientos humanos pertenecientes al Distrito del Callao:

1. AA.HH Ciudadela Chalaca
2. AA.HH. Puerto Nuevo
3. AA.HH. 4to Sector de Ciudadela Chalaca
4. AA.HH. San Juan Bosco
5. Urbanización Santa Marina II Etapa
6. Urbanización Ramón Castilla

Se excluye del estudio a la población residente en viviendas tipo colectivas como hospitales, cuarteles, comisarías, hoteles, centros de reclusión, etc.

C. SELECCIÓN Y DISEÑO DE MUESTRA

Se estudiaron a 1038 niños y 58 gestantes seleccionados de forma aleatoria.

Se utilizó un muestreo probabilístico, bietápico, teniendo a la manzana como unidad primaria de muestreo y a la vivienda como unidad secundaria de muestreo.

El nivel de confianza de los resultados muestrales es del 95% y se tomó una Tasa de No respuesta del 10%, se eliminaron 02 cuestionarios de niños por no presentar los datos completos.

El marco Muestral fue proporcionado por la Asociación Promoviendo el Desarrollo Sostenible; teniendo como base las zonas de intervención del programa nutricional a ejecutarse en la Lucha Contra la Desnutrición Infantil.

D. RECOLECCION DE INFORMACION:

El estudio se condujo de manera secuencial en los ámbitos de estudio entre los meses de estudio de Julio y Agosto del 2008.

Para la fase de recolección de la información se contó con 20 equipos de trabajo en campo. Todos profesionales de la salud (licenciados en nutrición y enfermería) conformados por un supervisor, dos antropometristas, un encuestador, y un bioquímico, quienes fueron capacitados para tal fin.

El personal encuestador fue responsable de aplicar el formulario de la encuesta y el consentimiento informado dirigido a las madres de los niños y gestantes.

La toma de muestra sanguínea estuvo a cargo de los bioquímicos, los antropometristas se encargaron del peso y talla correspondiente. Los supervisores de campo tuvieron la obligación de realizar el muestreo de la vivienda y garantizar la calidad de información y cumplimiento del trabajo en campo.

La fase de recolección de información, tuvo dos momentos de trabajo: uno para la recolección de datos cualitativos a través de técnicas adecuadas, y otro momento de recolección de datos cuantitativos a través de una encuesta. La organización de los equipos que permitieron realizar este trabajo estuvo de acuerdo a las características del distrito, manteniendo al consultor de Eske Group, en todos los casos, como responsable de la recolección de la información. El equipo colaborador estuvo conformado por personal de salud de la Dirección de salud del Callao.

Se visito cada uno de los hogares elegibles, explicando a la familia la finalidad del estudio y el procedimiento a aplicar, seguidamente, el sujeto que acepte voluntariamente su participación procedió a firmar el formulario de consentimiento.

El sujeto central de la investigación fue el niño menor de cinco años. La información pertinente acerca de él fue recogida a través de la medición antropométrica (peso, talla) y dosaje de hemoglobina. A las madres se les aplicó la encuesta.

La salud de la madre gestante fue también una de las variables del estudio, a través de la medición antropométrica (peso y talla) y dosaje de hemoglobina. Para recoger la información se aplicó una encuesta (información cuantitativa).

E. INSTRUMENTOS

Los instrumentos aplicados para la recolección de datos cuantitativos fueron:

- Encuesta a madres de niños menores de cinco años.
- Encuesta a gestantes.

El formato de la encuesta para las madres de los niños consta de 33 preguntas divididas en 03 Módulos:

- ✓ Módulo I: Características de la Madre
- ✓ Módulo II: Cuidado de la Salud
- ✓ Módulo III: Sobre conocimientos, Prácticas y Actitudes en Nutrición y Alimentación
 - Sección I: Lactancia Materna
 - Sección II: Inicio de la alimentación complementaria
 - Sección III: Alimentación del niño menor de 5 años
 - Sección IV: Prevención de la anemia
 - Sección V: Alimentación del niño enfermo
 - Sección VI: Acceso a los alimentos
- ✓ Módulo IV: Evaluación Antropométrica

El formato de la encuesta para gestantes consta de 14 preguntas divididas en 03 Módulos:

- ✓ Módulo I: Salud de la Gestante
- ✓ Módulo II: Sobre conocimientos, Prácticas y Actitudes en Nutrición y Alimentación:
 - Sección I: Alimentación de la Gestante
 - Sección II: Prevención de la Anemia
- ✓ Módulo III: Evaluación Antropométrica

Los instrumentos se presentan en el Anexo del informe.

F. PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS:

La información fue digitada y validada en el Epi Info v 6,04d. Se generaron los resultados en el SPSS v 12 para obtener estadísticas univariadas, en las que se presentan las variables categóricas en tablas y gráficos con proporciones por localidad estudiada.

Todas las participantes firmaron el consentimiento informado, este trabajo se clasifica como investigación sin riesgo para los participantes

IV. RESULTADOS

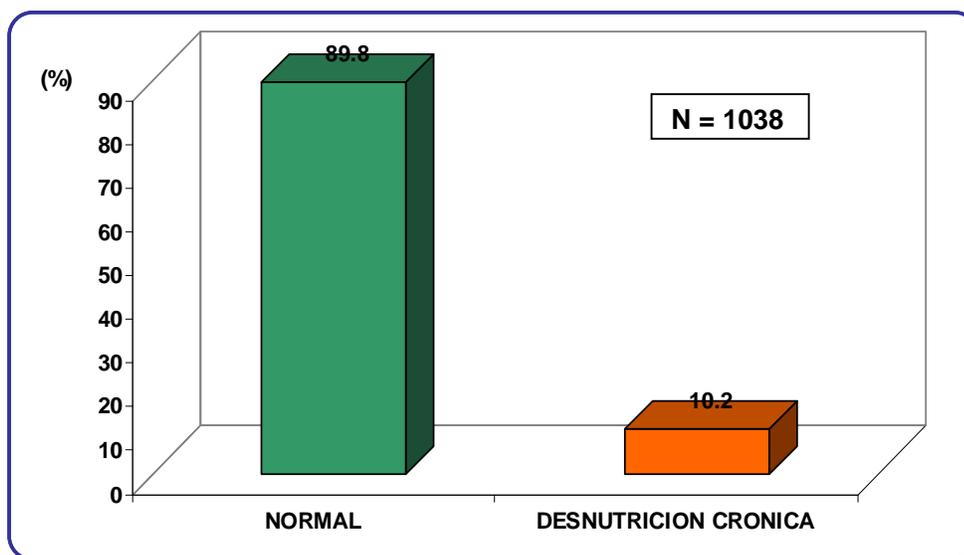
4.1 ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS

El presente estudio de línea basal muestra a continuación los resultados del estado nutricional realizado en los niños menores de cinco años según los sectores de intervención.

En el Gráfico N° 1 - A se presenta los resultados del estado nutricional de los niños menores de 05 años de la población de estudio. Se puede observar que el 80.8% del total de la población infantil evaluada presenta diagnóstico normal o eutrófico.

El 10.2% de los niños se encontraría en estado de desnutrición crónica o de retardo en el crecimiento.

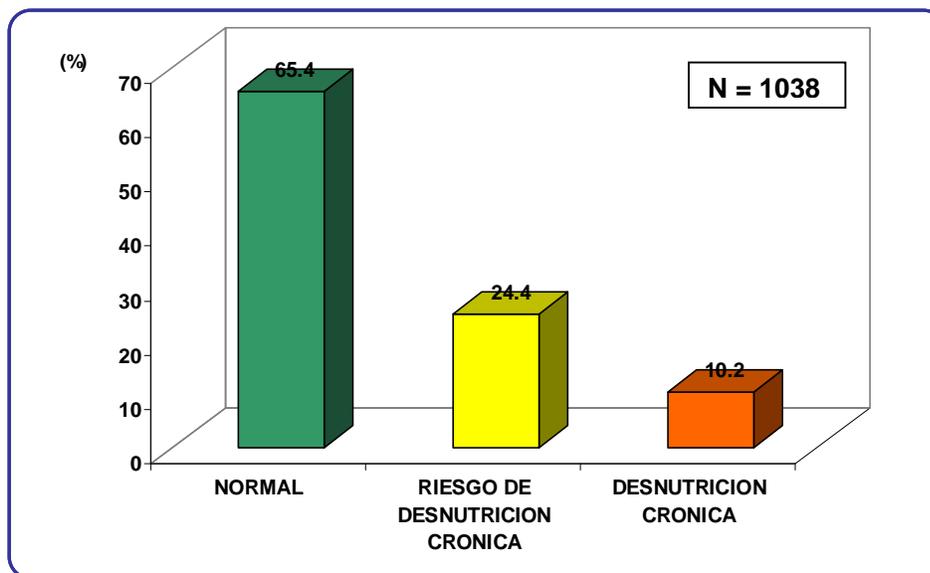
Gráfica 1 - A: Porcentaje de Desnutrición Crónica del Total de sectores de Intervención del Distrito del Callao.



Fuente: Estudio de Línea de Base en Nutrición 2008 – ESKE GROUP

En el Gráfico N° 1-B se presenta los resultados del estado nutricional de los niños menores de 05 años de la población de estudio. Se muestra que el 24.4% de los niños esta en riesgo de desnutrición crónica.

Gráfica 1-B: Porcentaje de Desnutrición Crónica del Total de sectores de Intervención del Distrito del Callao.

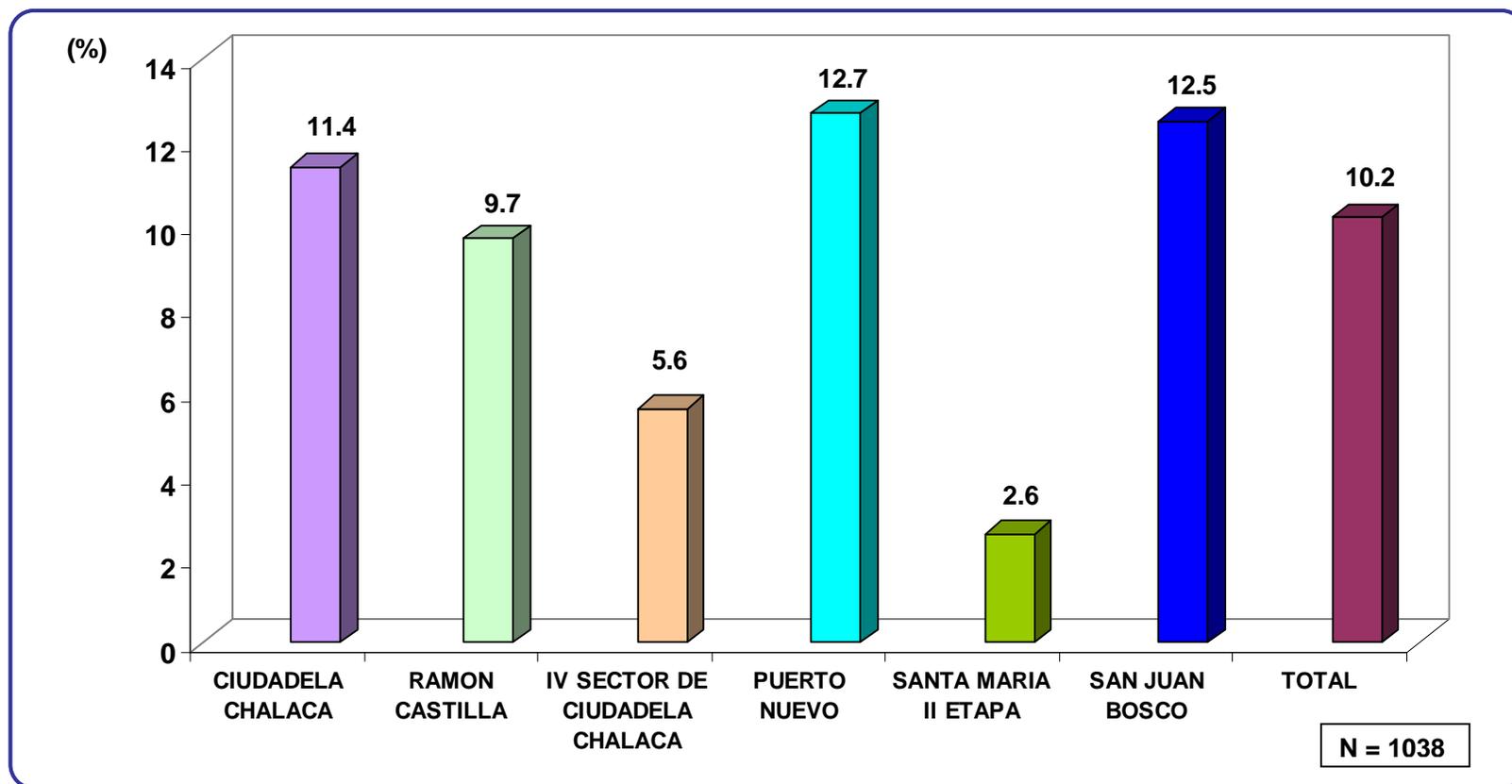


Fuente: Estudio de Línea de Base en Nutrición 2008 – ESKE GROUP

En el gráfico N° 2 se presenta el porcentaje de desnutrición crónica diferenciado por sectores del Distrito del Callao. Presentando Puerto Nuevo el 12.7%, seguido por San Juan Bosco 12.5%, Ciudadela Chalaca 11.4%, Ramón Castilla el 9.7%, IV Sector de Ciudadela Chalaca 5.6% y Santa Marina – II Etapa el 2.6%.

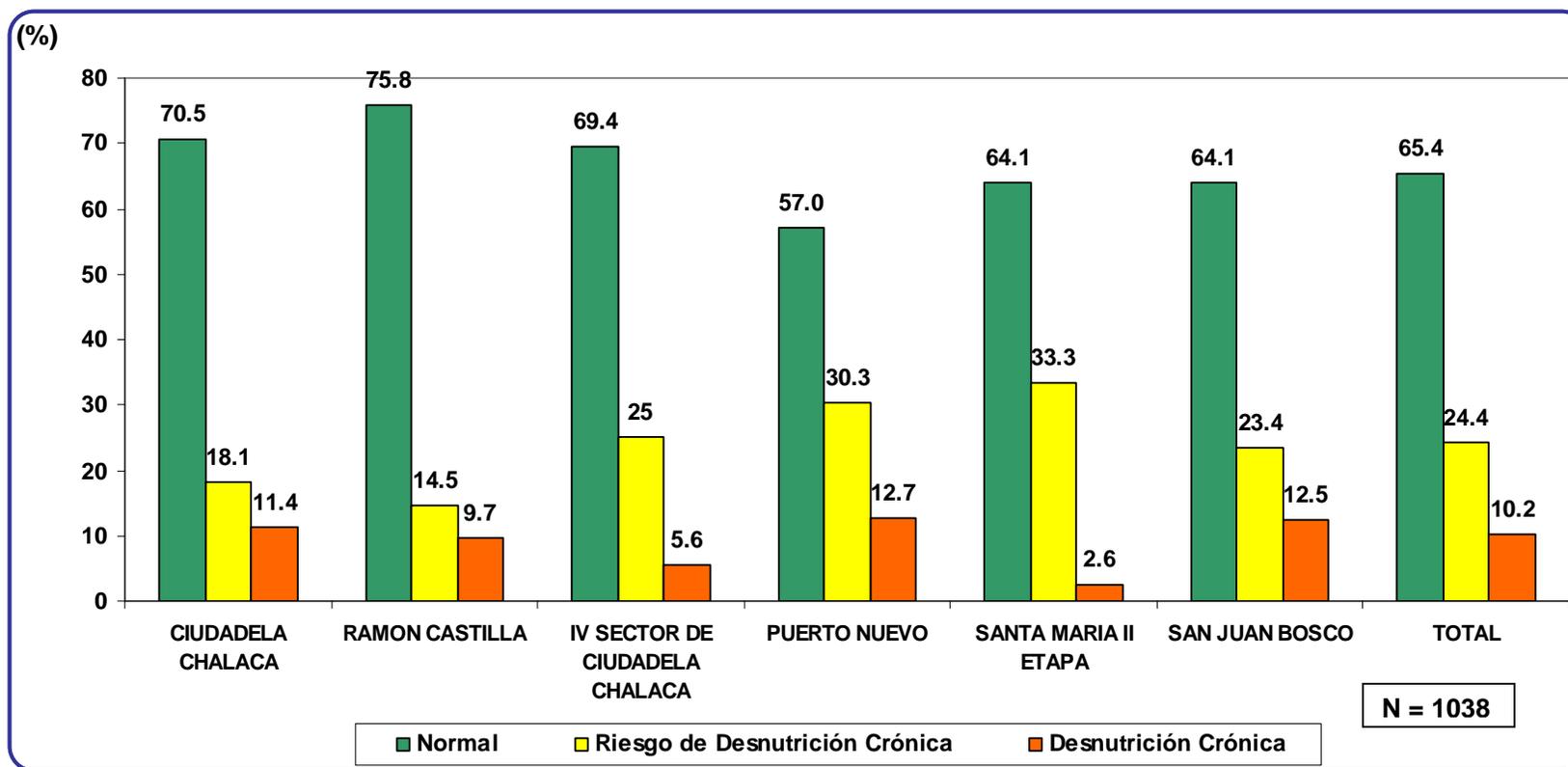
En el Gráfico N° 3 se presenta el estado nutricional diferenciado por sectores del Distrito del Callao. Presentando el riesgo de desnutrición crónica, Santa Marina – II Etapa el 33.3%, seguido por Puerto Nuevo (30.3%), IV Sector - Ciudadela Chalaca (25%), San Juan Bosco (23.4%), Ciudadela Chalaca (18.1%), y Ramón Castilla (14.5%).

Gráfica 2: Porcentaje de Desnutrición Crónica por sectores de intervención del Distrito del Callao.



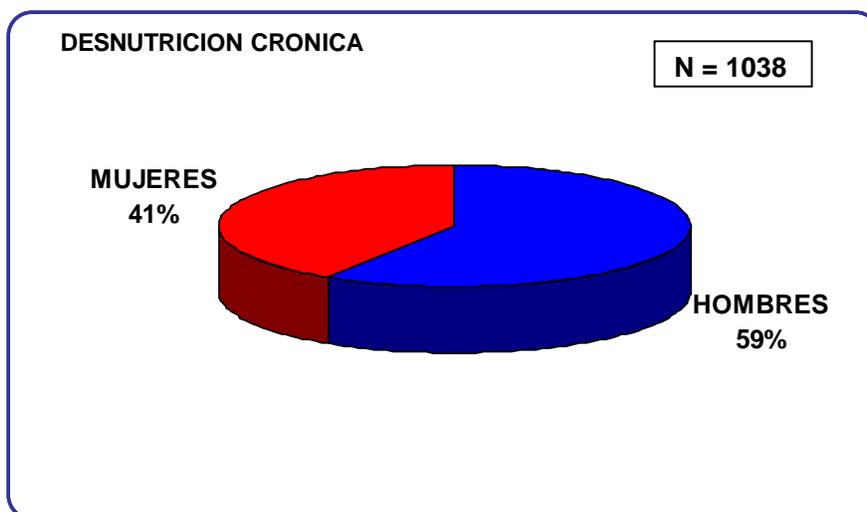
Fuente: Estudio de Línea de Base en Nutrición 2008 – ESKE GROUP

Gráfica 3: Estado Nutricional por sectores de Intervención del Distrito del Callao.



Fuente: Estudio de Línea de Base en Nutrición 2008 – ESKE GROUP

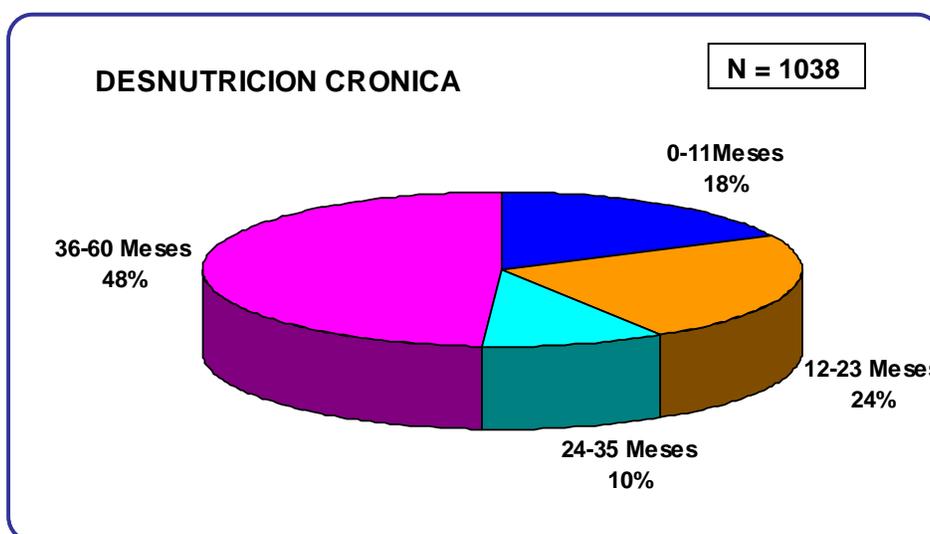
Gráfica 4: Porcentaje de Desnutrición Crónica según Sexo en los niños de los sectores de Intervención del Distrito del Callao.



Fuente: Estudio de Línea de Base en Nutrición 2008 – ESKE GROUP

El Gráfico N° 4 representa los resultados de desnutrición crónica de los niños diferenciado por género. El 41% de las niñas y el 59% de los niños estarían con desnutrición crónica. Se deduce que son los varones que estarían más afectados.

Gráfica 5: Porcentaje de Desnutrición Crónica según grupo etareo en los niños de los sectores de Intervención del Distrito del Callao.



Fuente: Estudio de Línea de Base en Nutrición 2008 – ESKE GROUP

En el Gráfico N° 5 se presenta los resultados de desnutrición crónica diferenciada por grupos de edades en los niños de la población de estudio. La población más afectada se presentaría en niños de 36 a 60 meses de edad (48%), seguido de la población de 12 a 23 meses de edad (24%).

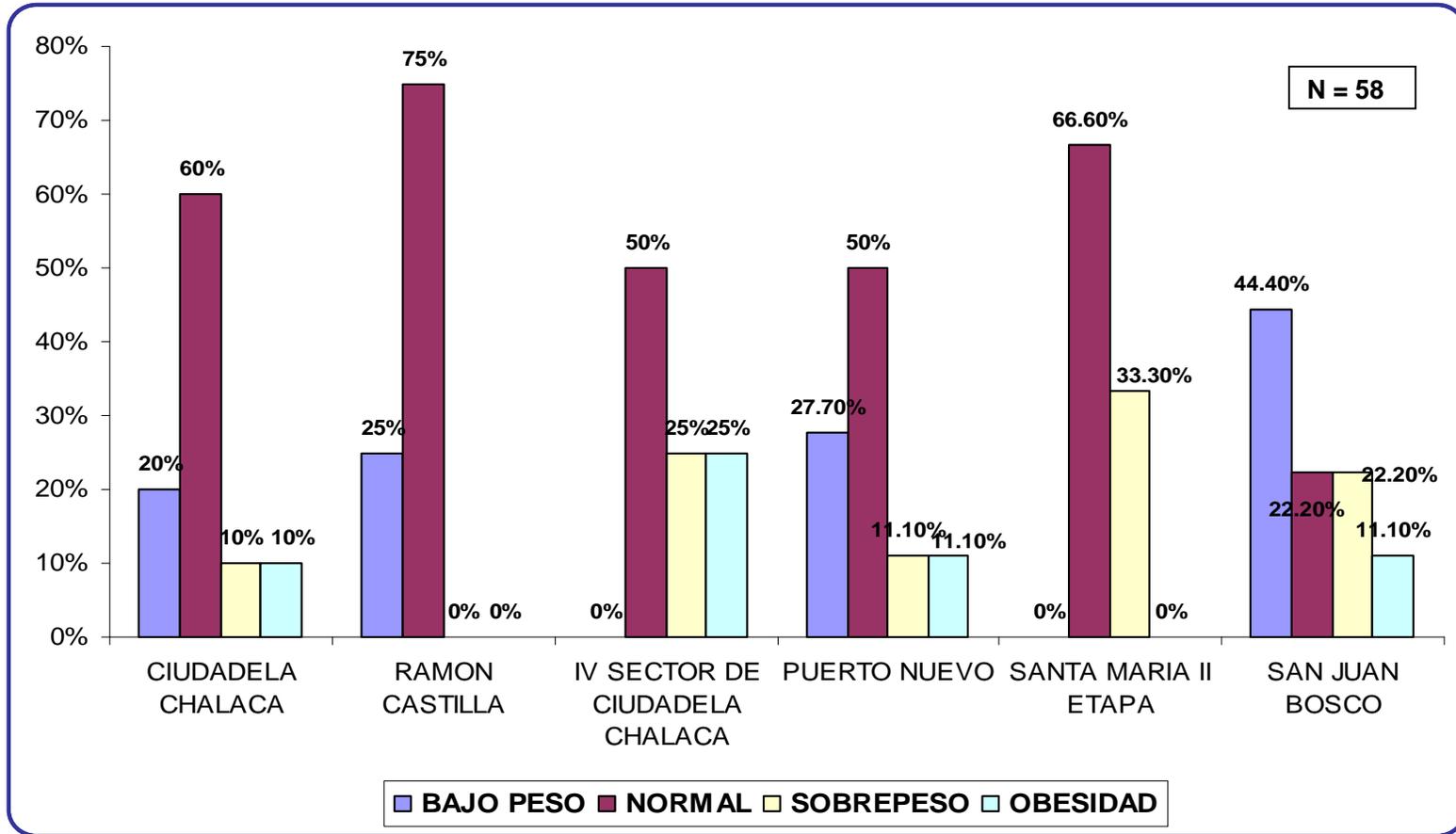
4.2. ESTADO NUTRICIONAL DE LAS GESTANTE

El grafico N° 6 se representa los resultados del estado nutricional del total de gestantes evaluadas de la población de estudio.

En el caso de San Juan Bosco el 44.4% de las gestantes presentan bajo peso, seguido de Puerto Nuevo 27.7%, Ramón Castilla 25% y Ciudadela Chalaca con el 20%.

Del mismo modo, se puede visualizar que la obesidad y el sobrepeso se presentan en las gestantes de las zonas de estudio.

Gráfica 6: Estado nutricional de las gestantes en los sectores de Intervención del Distrito del Callao.



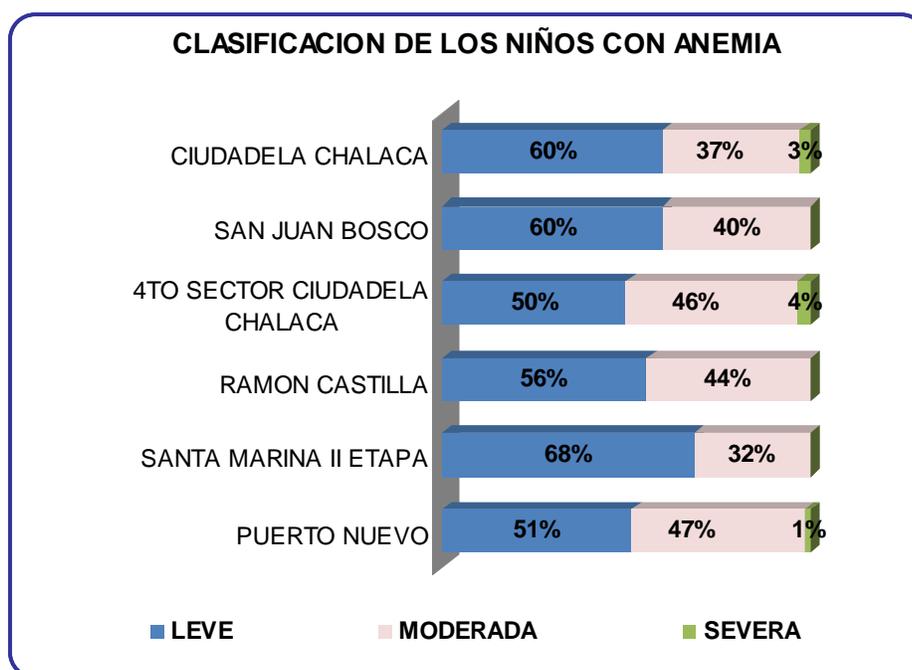
Fuente: Estudio de Línea de Base en Nutrición 2008 – ESKE GROUP

4.3. TOMA DE MUESTRA BIOQUIMICA

DOSAJE DE HEMOGLOBINA

La distribución normal de la hemoglobina varía con la edad, el sexo, estados fisiológicos como el embarazo y la altitud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha fijado los puntos de corte para definir anemia a nivel del mar (se presenta en el anexo).

Gráfica 7: Porcentaje de niños con diagnóstico de anemia.



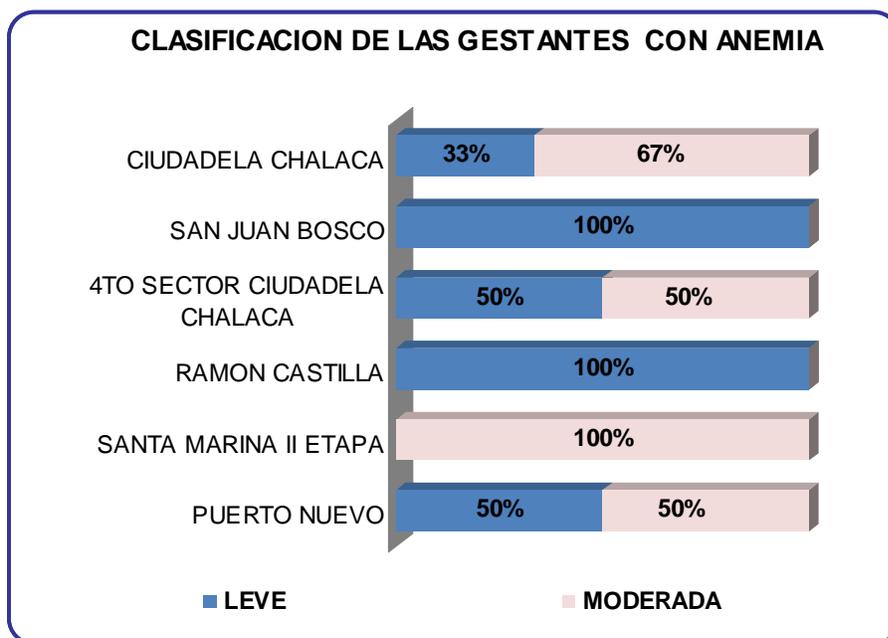
Fuente: Estudio de Línea de Base en Nutrición 2008 – ESKE GROUP

El Gráfico N° 7 representa los resultados de los niños de acuerdo a la clasificación de anemia, con diagnóstico de anemia leve encontramos a Santa Marina II-Etapa con la mayor proporción alcanzando el 68%, seguido de Ciudadela Chalaca y San Juan Bosco 60%, respectivamente. Ramón Castilla el 56%, Puerto Nuevo el 51% y IV Sector - Ciudadela Chalaca el 50%.

En el caso de anemia moderada, Puerto Nuevo alcanza el 47%, seguido de IV Sector de Ciudadela Chalaca 46%, Ramón Castilla 44%, San Juan Bosco 40%, Ciudadela Chalaca 37% y Santa Marina II-Etapa 32%.

Con diagnóstico de anemia severa encontramos a los niños de IV Sector - Ciudadela Chalaca con 4%, Ciudadela Chalaca el 3% y Puerto Nuevo el 1%.

Gráfica 8: Porcentaje de gestantes con diagnóstico de anemia.



Fuente: Estudio de Línea de Base en Nutrición 2008 – ESKE GROUP

El Gráfico N° 8 representa los resultados de las gestantes evaluadas de acuerdo a la clasificación de anemia, con diagnóstico de anemia leve encontramos con la mayor proporción a San Juan Bosco y Ramón Castilla (100%); seguido por IV Sector de Ciudadela Chalaca y Puerto Nuevo con el 50%, respectivamente y Ciudadela Chalaca con el 33%.

Con diagnóstico de anemia moderada, Santa Marina II -Etapa alcanza el 100%, seguido de Ciudadela Chalaca con el 67% y IV Sector - Ciudadela Chalaca y Puerto Nuevo con el 50%, respectivamente.

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y
PRÁCTICAS SOBRE ALIMENTACION Y
NUTRICION DE LA GESTANTE Y
MADRES DE NIÑOS MENORES
DE CINCO AÑOS

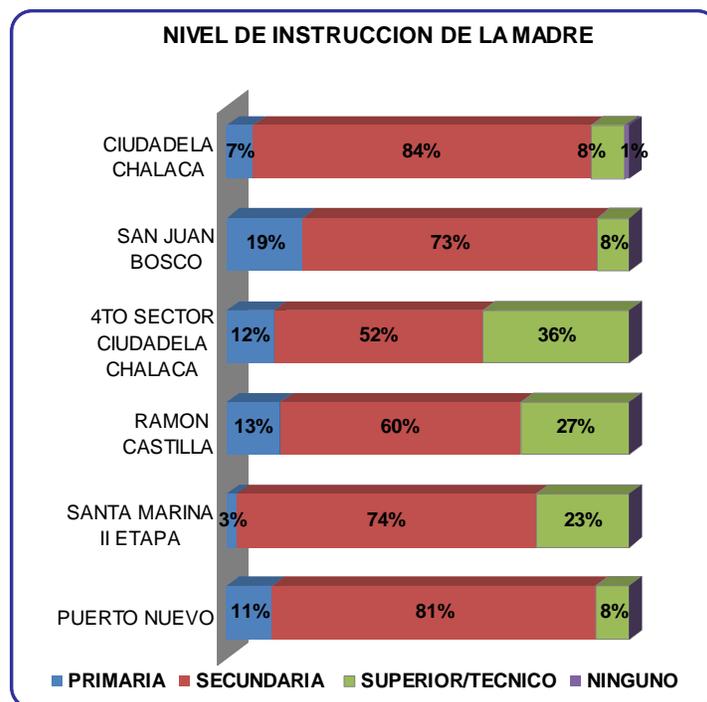
El conocimiento de las características generales que tiene la población encuestada tiene importancia para entender los resultados que serán presentados en las siguientes secciones del presente estudio. A continuación se describen los elementos que caracterizan a la población sujeta de estudio y que muestran relación directa o indirecta con el tema de la desnutrición infantil.

4.2.1 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

Nivel de Instrucción de las madres

La educación en la persona tiene un gran valor no sólo porque incrementa sus oportunidades laborales y mejoras en la remuneración, sino por que dependen de ella la autonomía de las personas (VASQUEZ y col, 2001), las posibilidades de decir y hacer, elegir en la participación social y familiar, en suma, ejercer su ciudadanía. Sin embargo, la educación es un factor de exclusión social mayor en el caso de la mujeres así lo muestran los datos de externas que nos indican que el analfabetismo afecta el 18% de mujeres a diferencia de un 7% de hombres. Otro elemento de gran valor para el presente informe, es la importancia de la educación de la mujer en la nutrición y la salud obstétrica.

Grafico N° 9



Estudios previos muestran que los niños menos afectados de desnutrición crónica son los niños cuyas madres tienen mayor nivel de instrucción; las muertes infantiles triplican su riesgo en niños con madres con menor nivel de instrucción. Por esas razones, incluimos en el presente trabajo este importante indicador.

En el presente estudio encontramos que las diferencias entre los sectores son notorias. En 4to Sector - Ciudadela Chalaca el porcentaje de población que alcanza el nivel superior/ técnico es 36%. En el otro extremo se encuentra Santa Marina Norte- II Etapa con 3% de madres que solo alcanzaron la primaria. En el caso de Ciudadela Chalaca el 84% de mujeres alcanza un nivel mayor a la primaria. Destaca en el gráfico el bajo porcentaje 1% de población de Ciudadela Chalaca sin ningún nivel educativo. Grafico N° 9.

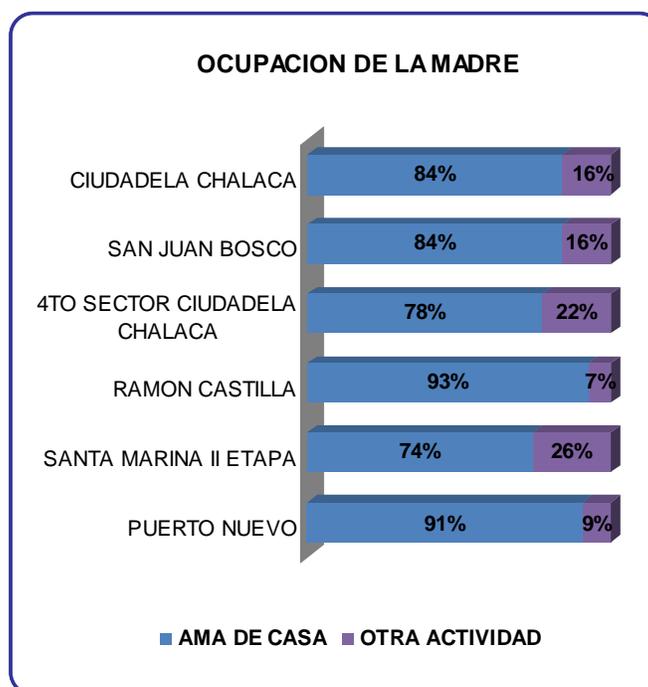
Para intervenciones de tipo comunicacional, cuyos insumos provee el presente informe, debemos tener en cuenta las capacidades funcionales de las personas, en éste caso de la madre; es decir la posibilidad de que puedan leer un mensaje escrito que se difunda, o leer un folleto o comerciales en la televisión, al margen de haber o no tenido algún nivel de formación educativa formal en algún momento de su vida.

Este dato muestra la alta proporción de madres de niños menores de cinco años que no presentan una barrera para acceder a la información escrita que puedan proporcionarles los trabajadores de la salud.

Ocupación de la madre

La dedicación de la madre a la crianza del niño, puede significar mayor tiempo para cuidados como la preparación de sus alimentos, dar de comer, realizar la higiene con mayor esmero, siempre y cuando la mujer lo considere importante y necesario. El trabajo materno fuera del hogar (CORTEZ, 1997), en algunos casos está asociado a mayor incidencia de enfermedades en los niños y también a la mayor demanda de los servicios de salud (CORTEZ, 1997). La dimensión de ésta situación, por una parte nos permite identificar a la persona que permanece mayor tiempo con el niño y que debe ser capacitada en los cuidados propios de esa labor y por otra parte, nos evidencia la magnitud de la población infantil que tendría mayor riesgo al no contar con la presencia permanente de la madre en casa.

Grafico N° 10

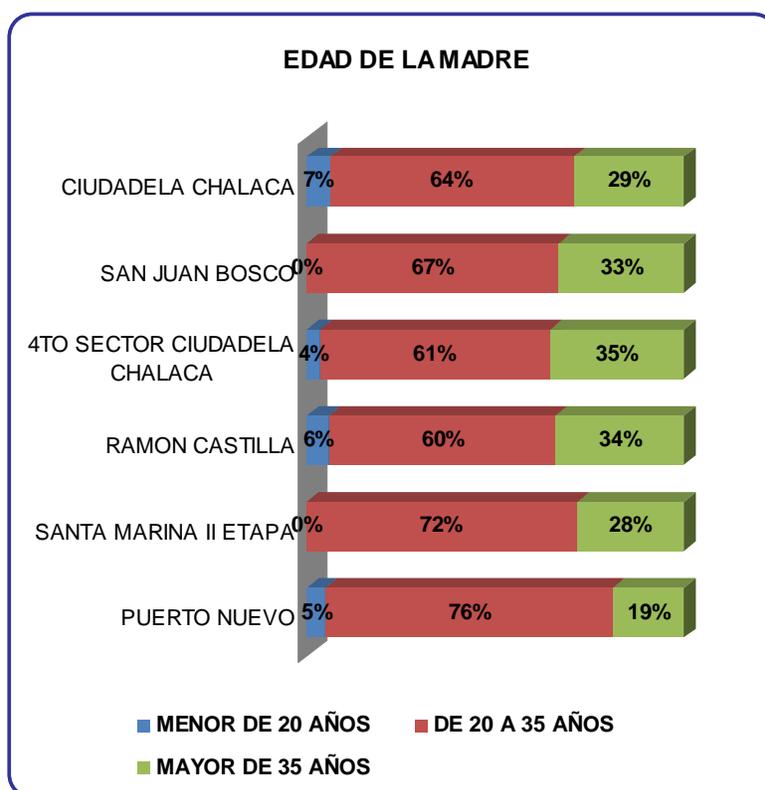


Los datos del presente estudio revelan que en Santa Marina- II Etapa existe el mayor porcentaje de madres que tienen otra actividad además de las labores propias de ama de casa (26%) (Gráfico N° 10). Por otra parte, destaca Ramón Castilla con el mayor porcentaje de mujeres que se dedican sólo a la casa, con 93% respectivamente.

Edad de la Madre

La mejor edad para tener los hijos es entre de los 20 y 30 años, son los primeros años del adulto joven donde los órganos y sistemas han madurado lo suficiente y el organismo de la mujer responde eficientemente a los cambios propios de la actividad reproductiva. El embarazo en la mujer adolescente reviste un mayor riesgo obstétrico cuanto menor sea la edad. Las cifras de madres adolescentes va incrementándose en el Perú (VASQUEZ y col, 2001) habiéndose definido programas y protocolos de atención específicos para esos casos. Por otro lado, el impacto social del embarazo de adolescentes puede ser el inicio del círculo de la pobreza ya que por lo general la mujer deja los estudios repercutiendo negativamente en el desarrollo social y económico de la familia.

Grafico N° 11



Los resultados que se muestran en el gráfico N° 11, indican que pese a que la mayoría de las madres en todos los ámbitos de estudio tienen entre veinte y treinta y cinco años, en los sectores de Ciudadela Chalaca, Ramón Castilla y Puerto Nuevo se encuentran un 7%, 6% y 5%, respectivamente de madres menores de veinte años.

Edad del Niño

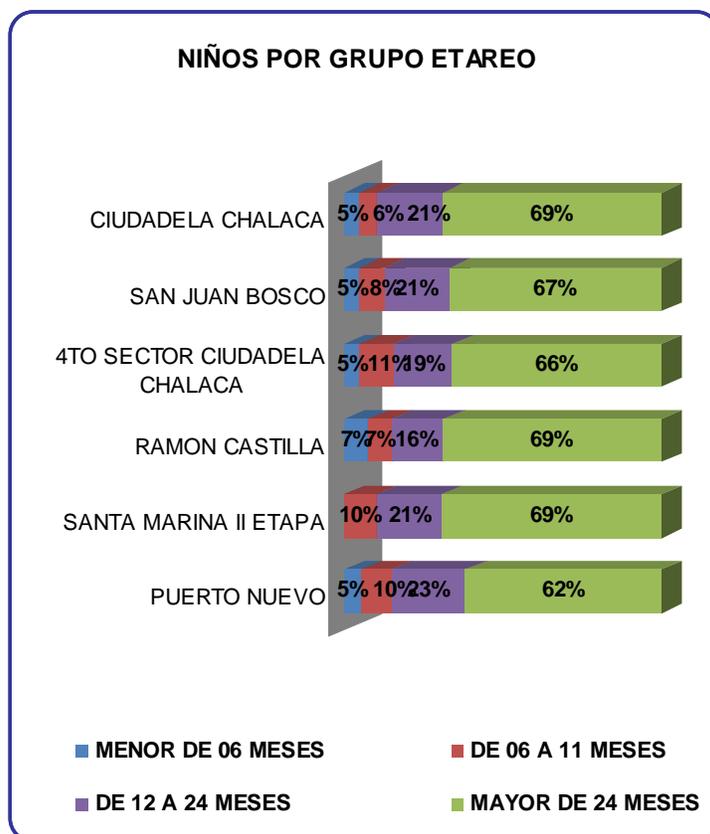
La edad de los niños de cada uno de los ámbitos de estudio. Los porcentajes son diferentes en los grupos etáreos. El mayor porcentaje se tiene para el grupo de niños mayores de 24 meses, seguido por el grupo entre 12 a 24 meses, de 6 a 11 meses y niños menores de 6 meses. (Gráfico N° 12)

Para la política de salud los niños menores de 5 años son el grupo vulnerable de mayor prioridad en las intervenciones tanto individuales como colectivas. Y más aún los niños menores de 1 año, en quienes cualquier problema de salud que no sea atendido oportunamente puede llevarlo a la muerte.

Desde el punto de vista nutricional la edad es un marco de acción sobre el cual se puede prevenir la desnutrición, en el caso de la desnutrición aguda, va de la

mano con la vulnerabilidad del niño para enfermar, toda vez que son las enfermedades que asociadas a una alimentación deficiente en la población, permiten que el niño se desnutra.

Grafico N° 12



En el caso de la desnutrición crónica, de alguna manera también tiene que ver con la incidencia de enfermedades en el niño, pero además con la inadecuada alimentación que se instala desde que comienza a comer (6 meses de edad). A ésta edad el niño requiere un aporte nutricional mayor que el aporte que brinda la leche materna, por ello es indispensable que estos requerimientos sean cubiertos de manera eficiente con la alimentación complementaria, sin dejar de proveer al niño de leche materna.

Cuando ésta alimentación no es la adecuada, el niño inicia el proceso de desnutrición que por lo general se hará evidente al año de nacido, incrementándose con la edad. Recordemos que la desnutrición crónica influye en talla del niño; por lo cual el niño no alcanzará su potencial biológico natural de talla.

Como se dijo en la primera parte, la utilidad de comparar las características generales de las zonas de estudio es, en primer lugar explicar algunas prácticas encontradas en la alimentación y nutrición a través de sus condiciones de desarrollo. En segundo lugar se pueden definir grupos que puedan tener intervenciones similares, lo que permitiría desarrollar planes de intervención conjuntos así como procesos de evaluación y similares toda vez que los puntos críticos serían similares.

Los resultados que brinda la línea basal se han agrupado, de acuerdo a grandes temas que influyen en la protección de la nutrición infantil. En ese sentido el primer segmento lo conforman las prácticas y creencias de las madres en relación a los cuidados de salud del niño menor de 5 años y en su forma más amplia, las prácticas domésticas que tienen mayor impacto en la salud del menor.

4.2.2 CUIDADO DE LA SALUD

Consumo del agua

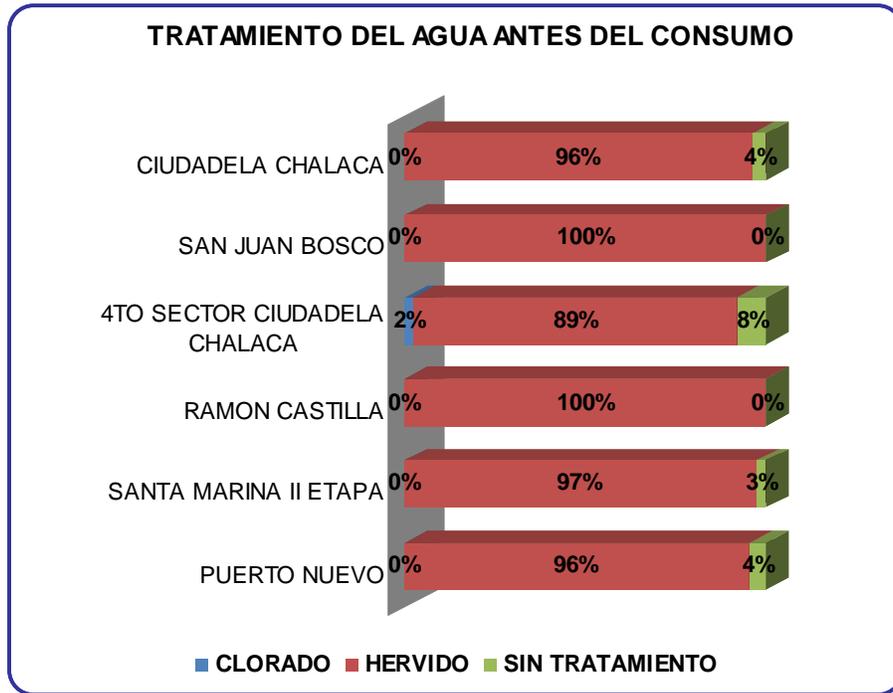
El agua es uno de los vehículos más importantes para adquirir las enfermedades transmitidas por los alimentos (ETA). Su consumo es indispensable para la sobrevivencia del ser humano. Desde tiempos remotos las poblaciones sólo se instalaban en lugares donde tenía acceso a una o varias fuentes de agua, ya sean éstas ríos, lagos, lagunas, o manantiales. En la actualidad, pese a los niveles de desarrollo alcanzado por la humanidad, aún existen poblaciones que no disponen de éste recurso fundamental de sobrevivencia de forma suficiente y segura.

En el Perú sólo el 72,3% de la población tiene acceso a servicio de agua potable. Según la información del Análisis de la Situación del Callao (ASIS – 2006), en el año 2005 se han censado 177,326 viviendas particulares con ocupantes presentes, 75.86% las cuales tienen abastecimiento de agua con red pública y 24.14% sin red Pública.

Precisamente por indicadores como éstos, la utilización del agua debe controlarse para evitar las consecuencias que puede provocar su contaminación. Su control es básicamente a través de tratamientos previos que debe recibir el agua antes de ser usada para el consumo humano. En el estudio realizado se encuentra que los sectores estudiados alcanzan porcentajes cercanos al 100% de consumo de agua con tratamiento, es decir hervido, según referencia de las madres. Grafico N° 13.

El tratamiento del agua, es un proceso que podría incrementar los costos de la alimentación en la canasta familiar. Tanto el hervido como otros tratamientos (cloración) requieren el consumo de otros elementos en el hogar (combustible, cloro, tiempo), por ello su inclusión como práctica regular presenta una barrera de tipo económica.

Grafico N° 13



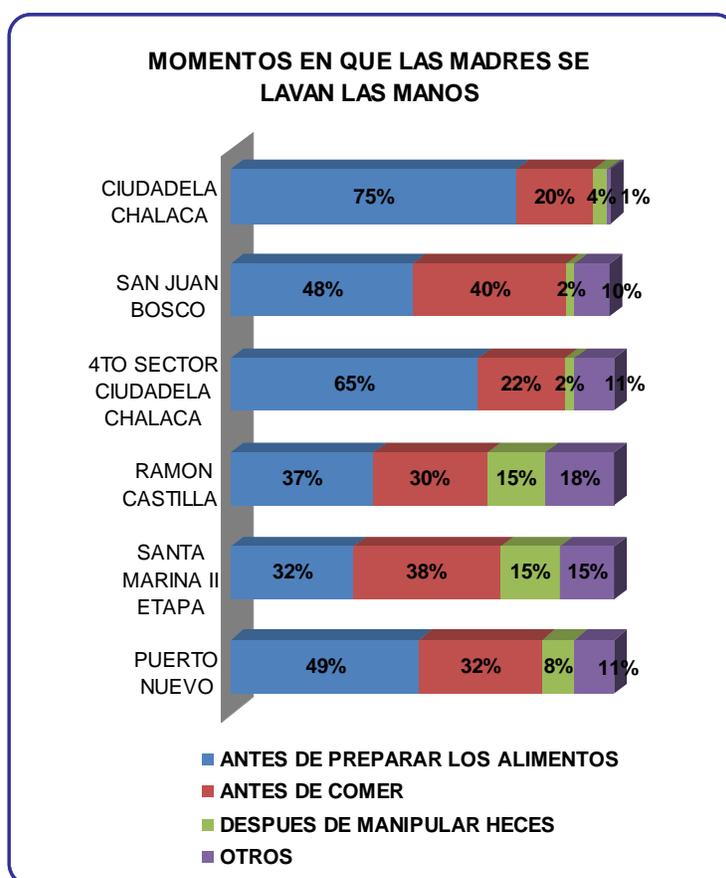
La cloración por lo general se realiza con la aplicación de lejía (hipoclorito de sodio) y pastillas de cloro que distribuyen instituciones como el MINSA para mejorar la calidad del agua que se consume. Cabe señalar que 4to sector - Ciudadela Chalaca es el único sector que practica el clorado como tratamiento de agua (2%), además del hervido. Este proceso, si bien es cierto disminuye el nivel de contaminación del agua, lo hace sólo con elementos macroscópicos, pero no tiene ningún impacto en el control de microorganismos; por tanto el nivel de riesgo es el mismo. Dentro de la familia, quienes tienen el mayor riesgo de enfermar son los niños; sobre todo si tenemos en cuenta que las enfermedades diarreicas agudas prevalecen en la población infantil.

En suma, las barreras existentes para mejorar la seguridad del agua son las limitaciones propias del contexto económico, social y cultural de las poblaciones; al igual que la práctica de lavado de manos que es una medida fundamental en el control de la transmisión de las enfermedades gastrointestinales. Se espera un elevado impacto de ésta práctica en zonas donde se dispone de los recursos necesarios que permita a la familia instalar este hábito.

Lavado de manos

Las manos son importantes fuentes de contaminación de los alimentos debido a que están en contacto con todo lo que nos rodea, sea esto sucio, limpio, contaminado o no. Por lo tanto, el lavado de manos se convierte en un punto crítico para el control de las enfermedades gastrointestinales que presentan las condiciones para la desnutrición por la rápida depleción de nutrientes que presenta sobre todo cuando quien la sufre son los niños. La práctica de lavado de manos de la madre que atiende al niño, fue tomado como un indicador de cuidado de la salud los resultados fueron como se presentan en el Gráfico N° 14.

Grafico N° 14



Al preguntar a la madre sobre los momentos en que se lava las manos, las primeras respuestas fueron principalmente en los momentos en que las manos sucias pueden ser elementos de contaminación de los alimentos, es decir antes de comer, al preparar los alimentos y después de manipular las heces, ya sea al salir del baño o al cambiar el pañal al bebé. En menor proporción respondieron por otros momentos como al llegar a la casa, al levantarse, al

terminar de trabajar, etc. En ninguno de los sectores se presentan porcentajes uniformes en todos los momentos, puede decirse que no existe una práctica regular de lavado de manos, en todo momento. Otras respuestas que no tienen que ver con los momentos críticos de la contaminación de los alimentos, alcanzan baja cobertura (por debajo del 18%).

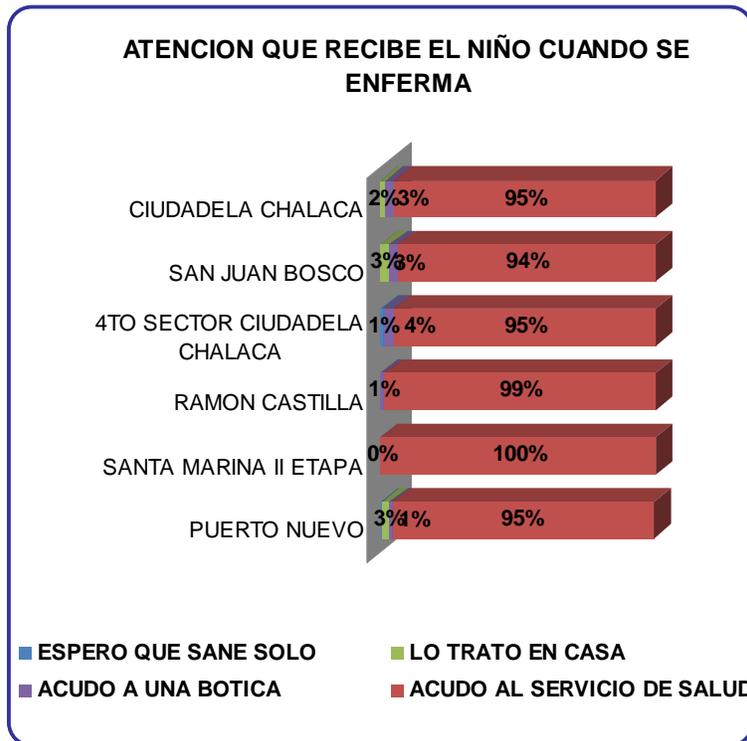
Lugar donde acude la madre cuando el niño se encuentra enfermo

Entre los indicadores que nos pueden mostrar los cuidados que recibe el niño cuando está enfermo (CORTEZ, 1997), se encuentra el lugar a donde lo lleva la madre cuando el niño presenta enfermedades diarreicas agudas (EDA) e infecciones respiratorias agudas (IRA), porque muestra la capacidad de la madre para identificar precozmente las enfermedades en el niño, en segundo lugar porque nos permite ver el acceso de la madre a los servicios de salud que significa un contacto que puede ser aprovechado para mejorar las prácticas alimentarias durante la enfermedad, en tercer lugar es un indicio de confianza al servicio de salud que favorece el acercamiento de la madre al establecimiento de salud.

Lo encontrado en la línea basal, como se aprecia en el Gráfico N°. 15 es que las madres mayormente refieren llevar a los niños a los servicios de salud, y en segundo lugar, acudir a una botica. El mayor porcentaje de madres que refieren llevar al niño al servicio de salud cuando está enfermo es Santa Marina – II Etapa con el 100%, seguido de Ramón Castilla (99%), Puerto Nuevo, Ciudadela Chalaca y 4to Sector - Ciudadela Chalaca con el 95%, respectivamente. San Juan Bosco alcanza el 94%.

El tratamiento en casa también puede significar el conocimiento de tratamientos preventivos que el Ministerio de Salud ha difundido en los últimos años, como lo es el incremento de líquidos, mantenimiento de la lactancia materna, etc. Debemos tener en cuenta que el tratamiento de la EDA acuosa no requiere el uso de antibióticos, mucho menos antidiarreicos; por lo tanto, la atención en los servicios de salud que se asocie a tratamiento médico hará decidir a la madre no buscar atención de este tipo. Así también los «tratamientos» caseros son comunes en los sectores, el «diagnóstico» que dan a los diferentes problemas de salud que tiene el niño y la experiencia en tratamientos anteriores, determina si acuden o no a los servicios de salud.

Grafico N° 15



Uno de los factores para que la madre pueda proveer de leche a su bebé, es su estado de salud y de nutrición. En ese sentido, antes de entrar a detallar las prácticas de lactancia materna, en el segmento correspondiente; veremos, en este segmento, cuáles son las características principales de las madres en las zonas donde se levantaron en la línea basal.

4.2.3 SALUD DE LA GESTANTE

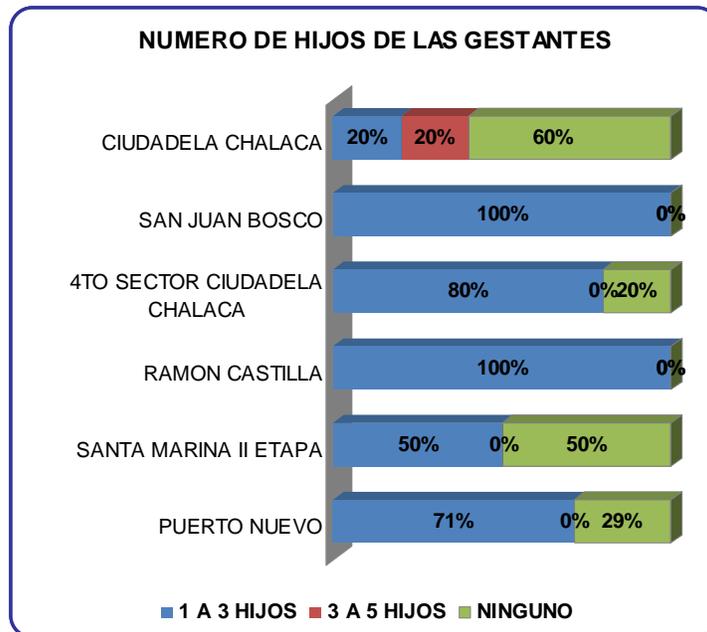
La nutrición materna se constituye en un pilar fundamental y de alto impacto en la salud general de la gestante, toda vez que una nutrición balanceada favorece la mejor adaptación de la mujer a los cambios propios del embarazo, así como la recuperación después del parto. Para ello es importante aprovechar el acceso de la madre gestante a los servicios de salud, sobre todo en el control pre-natal, de manera que pueda recibir orientación de parte del personal en los temas nutricionales, de atención de su salud, y de preparación para el importante proceso de lactancia materna.

Número de hijos de las gestantes

El número de hijos de las gestantes es importante para la salud de la madre, toda vez que cada embarazo exige al organismo un gran esfuerzo de adaptación que le permita proveer de todos los nutrientes necesarios al feto para favorecer su crecimiento y desarrollo intrauterino. A mayor número de hijos, la mujer exigirá más a su organismo y requiere de mayor cantidad de nutrientes que le permitan superar exitosamente el gran esfuerzo que significa el embarazo.

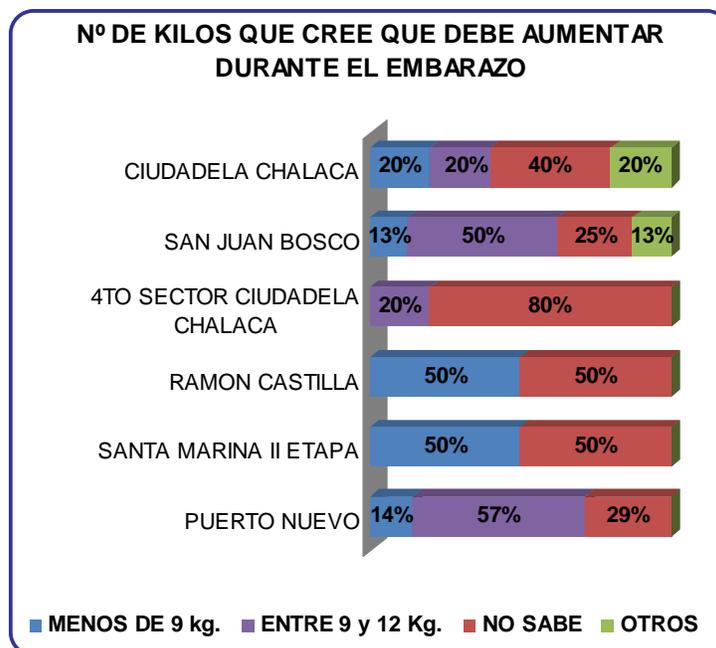
En las poblaciones sujeto de estudio, tal como se muestra en el Grafico N° 16, la mayoría tiene entre uno a tres hijos; sin embargo, existen extremos que son importantes de analizar. Los sectores de San Juan Bosco y Ramón Castilla presentan el 100% de madres que refieren tener entre uno y tres hijos; seguido de 4to Sector - Ciudadela Chalaca (80%), Puerto Nuevo (71%), Santa Marina – II Etapa que alcanza el 50% y Ciudadela Chalaca, con el 20%. En Ciudadela Chalaca se encuentra la mayor proporción de mujeres que, refirieron no tener hijos (60%), seguido de Santa Marina – II Etapa con el 50%; el otro extremo es la zona que presenta a las madres con el mayor número de hijos que en éste caso es Ciudadela Chalaca con 20% de madres que refieren tener entre tres y cinco hijos, en cuyo caso el actual embarazo ya significaría un alto riesgo para la madre y para el niño.

Grafico N° 16



El control de la ganancia de peso materno es una manera práctica de evaluar el estado nutricional de la mujer durante su embarazo. Este incremento de peso debe estar en relación a su estado inicial o pregestacional y puede ser entre 200 a 500 gr. por semana. Así se garantiza un recién nacido con peso adecuado al nacer y permite que la madre acumule entre dos y cuatro kilos de depósito de grasa para ser utilizado durante la lactancia.

Grafico N° 17

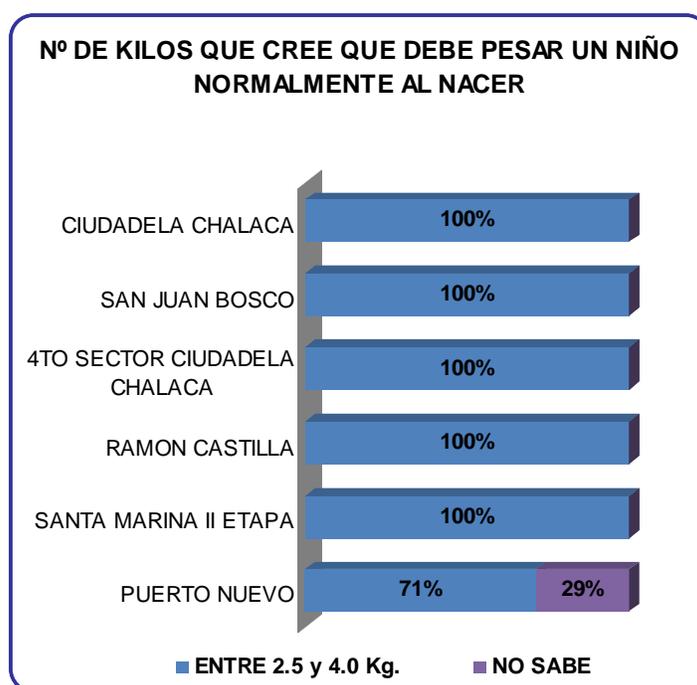


Un aumento exagerado o brusco del peso (más de 500 gr. / semana) puede asociarse a la enfermedad hipertensiva durante el embarazo, las mujeres obesas sufren un mayor riesgo de complicaciones durante el embarazo.

El escaso aumento de peso (menos de 200 gr. / semana) puede asociarse a retardo del crecimiento intrauterino.

Por lo tanto se indagó sobre el número de kilos que la gestante cree que debe aumentar durante su embarazo, siendo alarmante encontrar que en los mayores porcentajes las gestantes refieren no saber. Como es el caso de 4to Sector – Ciudadela Chalaca alcanzando el 80%, seguido por Ramón Castilla y Santa Marina II- Etapa (50%, respectivamente), Ciudadela Chalaca el 40%, Puerto Nuevo el 29% y San Juan Bosco el 25%. (Gráfico N° 17)

Gráfico N° 18



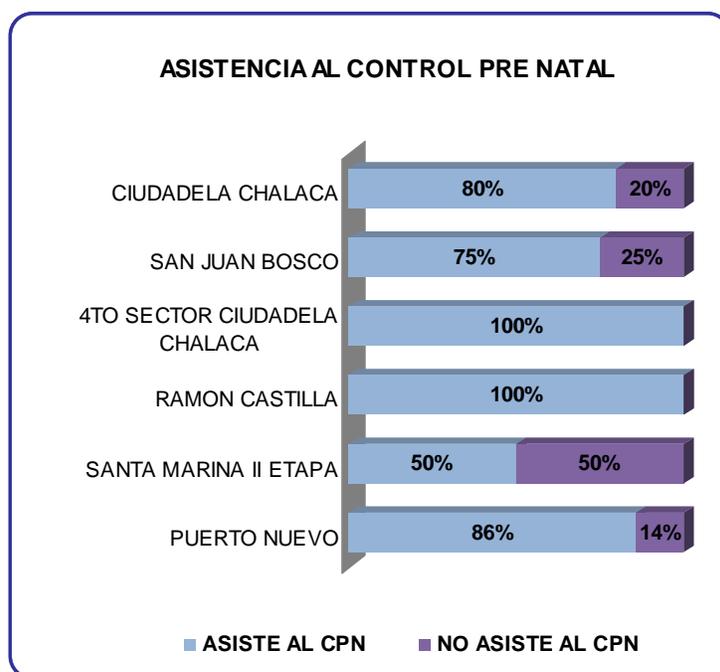
Así también se indagó por el número de kilos que la gestante cree debe pesar su niño normalmente al nacer, en todos los sectores se obtuvo la respuesta “entre 2.5 y 4.0 kilos” alcanzando el 100%, solo en Puerto Nuevo refiere el 71%. Además en este sector el 29% de las gestantes refieren “no saber”.

Asistencia al control prenatal

La asistencia de la gestante al control pre natal (CPN), no sólo es importante para vigilar su estado de salud y prever problemas en el parto, sino también por que significa la oportunidad de brindar educación sanitaria que permita a la mujer un parto adecuado, la crianza adecuada del niño y, sobre todo, la preparación para el proceso de lactancia materna en forma exitosa. Por todas esas razones un indicador de las oportunidades que tiene el sector salud para intervenir en la salud de la madre, es la asistencia al CPN.

Lo encontrado fue que de las gestantes encuestadas la mayoría refirió haber asistido por lo menos una vez al control pre natal, los mayores porcentajes de asistencia los tienen los sectores de Ramón Castilla y 4to Sector - Ciudadela Chalaca, con el 100%; seguidos por Puerto Nuevo y Ciudadela Chalaca con 86% y 80% respectivamente (Grafico N° 19).

Grafico N° 19



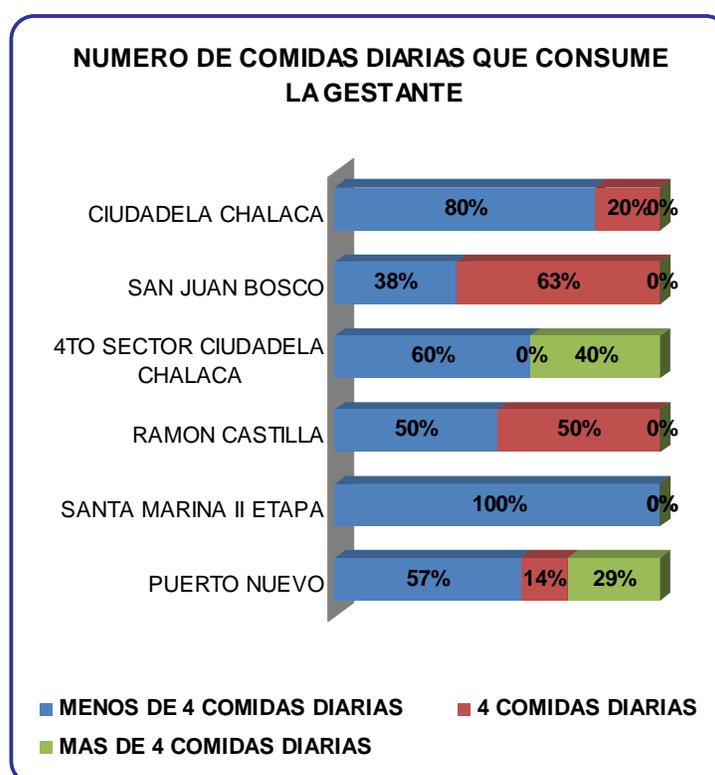
Por otro lado, el indicador de prácticas de riesgo se encuentra en el sector de Santa Marina Norte – II Etapa, donde se observa el mayor porcentaje de gestantes que no acuden a su CPN (50%), seguido por San Juan Bosco con el 25%, Ciudadela Chalaca con el 20% y Puerto Nuevo con el 14%.

Alimentación de la gestante

La alimentación de la madre gestante es de suma importancia para el producto de la concepción, la mala alimentación de la mujer repercute negativamente en el crecimiento y desarrollo del bebé y afecta a la misma madre, lo que igualmente repercutirá negativamente en el proceso de lactancia materna después del parto. En cualquiera de los casos, tanto la madre como el niño se pueden presentar las consecuencias de la mala alimentación de la madre durante la gestación.

En cuanto a la frecuencia de alimentación de la gestante, la recomendación es de incrementar el número de comidas diarias (más de tres veces al día), (CENAN, 2004) toda vez que su condición de embarazo no le permite ingerir grandes cantidades de alimentos, pero sus requerimientos nutricionales se encuentran aumentados; por lo tanto, la gestante deberá incrementar la frecuencia además de la calidad de la alimentación.

Grafico N° 20



La alimentación de la gestante durante los primeros meses de gestación está determinado por los síntomas propios de la etapa, las náuseas y vómitos,

impiden una adecuada alimentación. En todos los sectores las gestantes refirieron problemas de apetito los primeros meses de gestación.

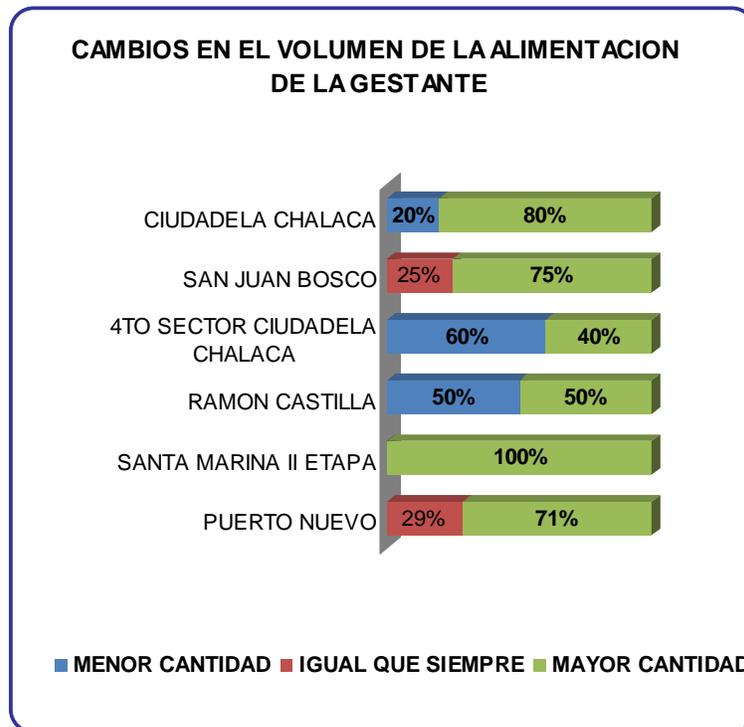
Lo encontrado es que la mayoría de gestantes consume menos de cuatro comidas al día, como es el caso de Santa Marina Norte – II Etapa que alcanza el 100%. Esta condición imprime mayor riesgo a la población de gestantes de este sector respecto a la salud del niño por nacer y también a las condiciones en que la madre ingresa al proceso de lactancia materna.

En San Juan Bosco se tiene un alto porcentaje de gestantes que han referido el consumo de cuatro comidas diarias, seguido de mujeres que comen más de 4 veces al día, alcanzando a 4to Sector - Ciudadela Chalaca (40%).

La práctica esperada en cuanto a la frecuencia de alimentación de la gestante es el incremento de las comidas que normalmente ingiere. Por esa razón, además de la práctica actual de la frecuencia de comidas al día, se indagó por el número de veces que comía antes de la gestación. Se encontró que en 4to Sector - Ciudadela Chalaca la mujer refirió mayormente comer menos veces que cuando no estaba embarazada (60%), seguido de Ramón Castilla con 50%. Ello indica que la práctica esperada respecto al incremento de frecuencia de alimentación diaria no se está obteniendo. En los otros ámbitos de trabajo como se puede apreciar, se encuentran cifras regularmente distribuidas. Por otra parte en el resto de sectores, se encuentran porcentajes mayores de gestantes que refieren comer más veces de lo que normalmente comen.

En cuanto a los cambios en el volumen de alimentación que ingiere la gestante, se encuentra que la mayoría de gestantes, encuestadas en los ámbitos de estudio refieren que comen más cantidad que antes de salir embarazada, la menor proporción refiere que come menos de lo que comía antes de salir embarazada. Las cifras son muy regulares en todos los ámbitos, excepto en 4to Sector - Ciudadela Chalaca donde se encuentra el 60% de mujeres que refieren comer menos alimentos que antes del embarazo, seguido de Ramón Castilla con el 50% (Gráfico N° 21), en ese sentido ambos sectores estarían ante un factor de riesgo mayor que el resto en este tema. Cabe señalar que en Santa Marina II Etapa el total de gestantes refieren comer mayor cantidad de comida ahora que se encuentran gestando, seguido por Ciudadela Chalaca (80%), San Juan Bosco y Puerto Nuevo con el 75% y 71% respectivamente.

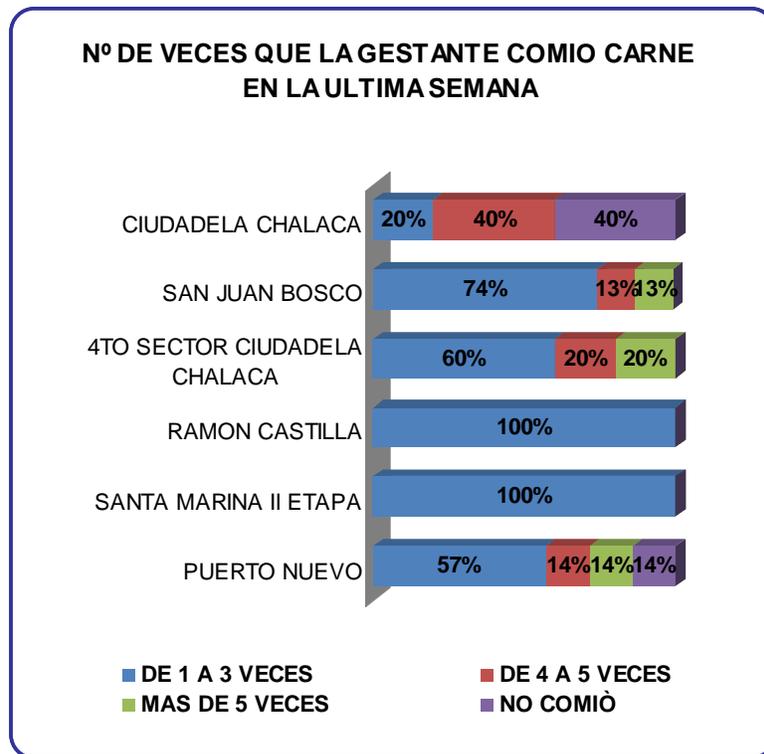
Grafico N° 21



El gráfico analizado, presenta lo referido por las gestantes que se encuentran en diferentes trimestres de gestación y el volumen de alimentación que ingiere por lo general está en relación con los malestares propios del embarazo que puede presentar en diferentes períodos del embarazo. Cuando la mujer se encuentra en el primer trimestre de gestación generalmente refiere comer menor volumen de alimentos que antes.

Por otra parte, la condición misma del embarazo impide a la mujer comer en igual o mayor cantidad de comida que cuando no se encuentra embarazada; así lo refieren las gestantes de los ámbitos de estudio. Esta situación producirá limitaciones en el desarrollo del niño al restringir la oxigenación de los tejidos por la baja concentración de hemoglobina en sangre; así también, la mujer puede responder con menor eficiencia a la pérdida de sangre durante el parto y quedar anémica para iniciar el proceso de lactancia. En ambos casos el perjuicio se refleja directamente en el niño y en la madre.

Grafico N° 22

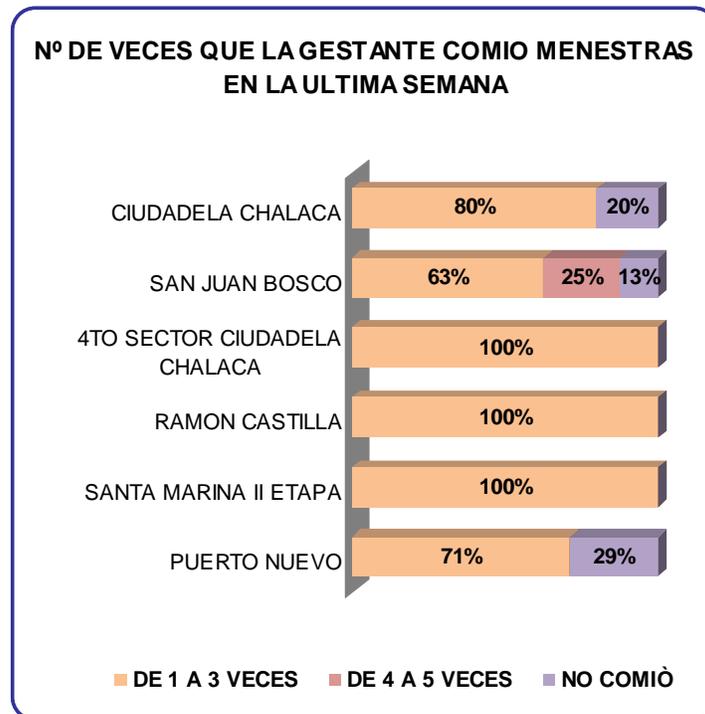


El Gráfico N° 22 muestra en primer lugar los sectores donde la gestante refirió haber comido carne la última semana, en Santa Marina – II Etapa y Ramón Castilla, alcanza el 100%, respectivamente. Seguido por San Juan Bosco (74%), 4to Sector - Ciudadela Chalaca (60%) y Puerto Nuevo con el 57%.

El caso de Ciudadela Chalaca sería el de mayor riesgo porque presenta la mayor proporción de gestantes que refirieron no haber consumido carne (40%), un 20% que lo hizo entre uno y tres veces en la semana y un 40% lo hizo más de cinco veces. Por lo demás, en términos generales, en todos los sectores el consumo de carne a la semana referido, es mayormente entre uno y tres veces en la semana anterior a la encuesta.

En cuanto a la ingesta de menestras, en reemplazo de las carnes, es más accesible porque es más barato. Las menestras que son recomendadas por el personal de salud son de consumo generalizado sobre todo en las zonas de mayor pobreza. En el Gráfico N° 23 se puede apreciar claramente el sector donde se presenta un mayor consumo de menestras; así tenemos a San Juan Bosco donde el 25% de las gestantes refirieron haberlas comido de cuatro a cinco veces en la última semana.

Grafico N° 23



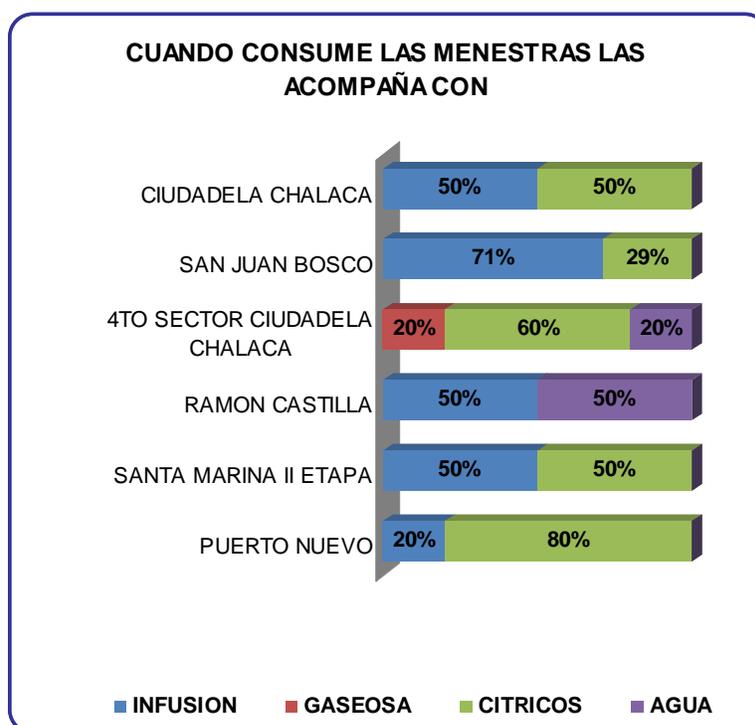
Las gestantes que refirieron haberlas comido de uno a tres veces alcanzan en 4to Sector - Ciudadela Chalaca, Ramón Castilla, Santa Marina – II Etapa donde el 100%, seguido de Ciudadela Chalaca (80%), Puerto Nuevo (71%) y San Juan Bosco con el 63%. Las gestantes que refieren no haber consumido menestras durante la semana previa a la encuesta, alcanzan el 29% en Puerto Nuevo, seguido de Ciudadela Chalaca (20%) y el 13% en San Juan Bosco.

Cabe señalar que las menestras requieren de un alimento cítrico que mejore la absorción del hierro, de lo contrario su aporte es bajo. Por lo tanto se indagó preguntando a la gestante cuando consume las menestras las acompaña con “infusión”, “agua”, “gaseosa”, “cítricos”.

El consumo de “cítricos” alcanza la mayor proporción, en Puerto Nuevo (80%), seguido por 4to Sector – Ciudadela Chalaca con el 60%, Ciudadela Chalaca y Santa Marina – II Etapa el 50%, respectivamente; y San Juan Bosco el 29%.

La mala practica de consumo la encontramos en San Juan Bosco donde el 71% de gestantes refieren consumir las menestras con “ Infusión”, seguido por Ciudadela Chalaca, Ramón Castilla y Santa Marina – II Etapa con el 50% respectivamente; Puerto Nuevo el 20%. La infusión contiene antinutrientes que bloquean la absorción de hierro en el organismo.

Grafico N° 24

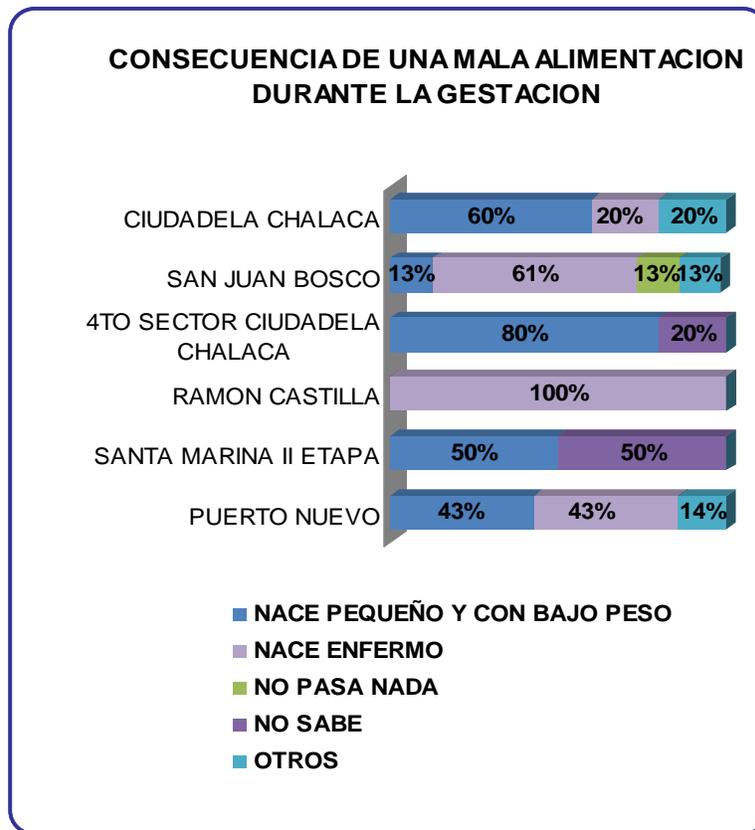


Prevención de la anemia en la gestante

Para mejorar las prácticas y las actitudes, es importante que las madres conozcan la importancia de las recomendaciones que reciben del personal de salud. Cuando se preguntó a las gestantes sobre las consecuencias de la mala alimentación de la madre en el niño, se encontró que la mayoría de éstas pueden identificar que cuando la madre no se alimenta bien el niño nace bajo de peso o desnutrido.

Se observa que en 4to Sector – Ciudadela Chalaca hay un porcentaje ligeramente mayor que el resto de sectores (80%) de madres que relacionan los problemas nutricionales de la madre con problemas nutricionales del niño (Gráfico N° 25). Cabe señalar, también que en Ramón Castilla el 100% de las madres asocia la desnutrición materna con enfermedades en el niño, incluso con deformaciones. En Santa Marina- II Etapa se encuentra un porcentaje mayor a los demás (50%) de madres que refieren no conocer los efectos de la malnutrición materna en el niño.

Grafico N° 25



Igualmente se indagó a través de encuestas, por el conocimiento que tienen las gestantes de la anemia, lo que se encontró fue que Ramón Castilla es el sector donde el mayor porcentaje de madres no conocía la anemia (100%) (Grafico N° 26). En segundo lugar se encontró Santa Marina II- Etapa con el 50%, en 4to Sector - Ciudadela Chalaca el 40% de gestantes no pudo definir el problema de la anemia, seguido por San Juan Bosco con el 38%, Puerto Nuevo el 29% y Ciudadela Chalaca el 20%.

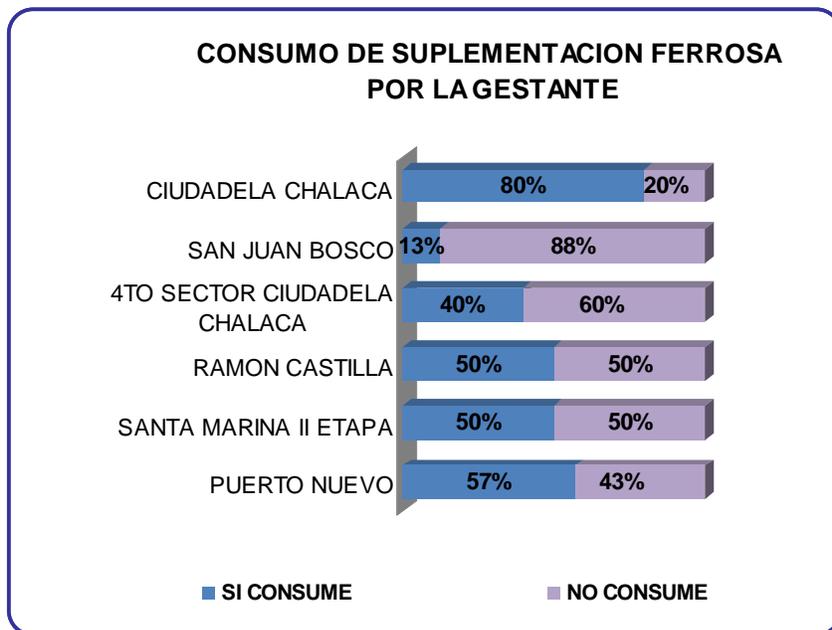
Como decíamos anteriormente el conocimiento de los principales problemas de salud, las orientaciones que brinda el personal de salud, permitirá que las madres mejoren sus prácticas y con ello a prevenirlos dichos daños, situación que mejorará también la confianza en la efectividad de las consejerías por parte del personal de salud.

Grafico N° 26



Lo ideal sería que la mujer pueda cubrir sus requerimientos nutricionales con la dieta; sin embargo, como eso no siempre es posible, sólo queda la alternativa de la suplementación. Dentro de los suplementos que el sector salud asume como de mayor importancia para las gestantes se encuentra el hierro, debido a la elevada prevalencia de anemia en las mujeres y sus graves repercusiones en el niño.

Grafico N° 27



La distribución de sulfato ferroso en los servicios de salud es masiva; sin embargo su uso se ve afectado por las creencias de las madres y el temor a sus reacciones secundarias o por la asociación a otros síntomas que no necesariamente corresponden a la ingesta del suplemento ferroso.

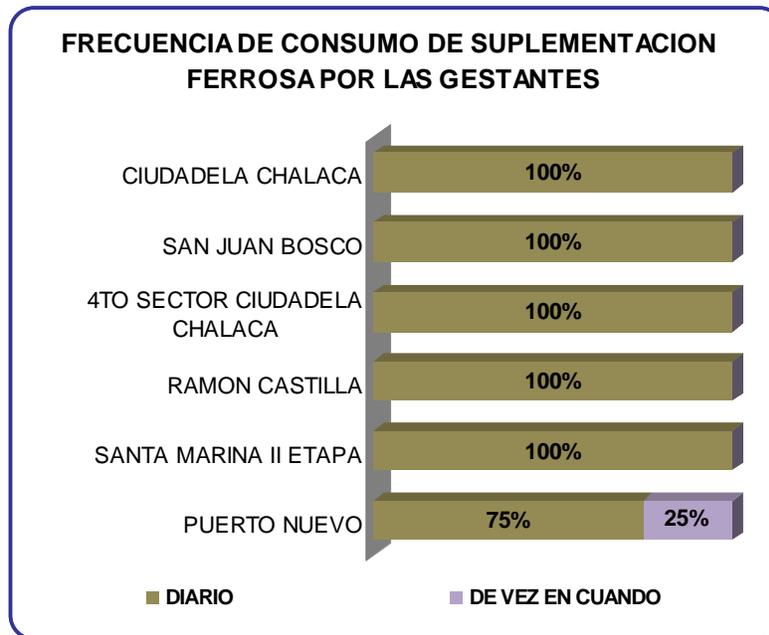
En las línea basal se indagó acerca de la práctica de consumo del sulfato ferroso que es la presentación del hierro que provee el Ministerio de Salud a las gestantes, se encontró que sólo en el caso de Ciudadela Chalaca, el porcentaje de madres que refieren consumir el sulfato ferroso alcanza el 80%, seguido de Puerto Nuevo (57%), Ramón Castilla y Santa Marina Norte –II Etapa (50%, respectivamente).

Las gestantes que refieren no consumir el sulfato ferroso alcanza la mayor proporción en San Juan Bosco con el 88%, seguido de 4to Sector - Ciudadela Chalaca con el 60%; en Ramón Castilla y Santa Marina Norte –II Etapa (50%, respectivamente). Puerto Nuevo alcanza el 43% y Ciudadela Chalaca solo el 20%. Teniendo en cuenta que las zonas del presente informe, corresponden a los estratos de mayor pobreza de la región y que la prevención de la desnutrición infantil comienza con la nutrición materna, es preocupante obtener estas cifras en un indicador tan importante.

En algunos casos, pese a que el personal de salud proporciona el insumo, la población no identifica que «medicamento» está recibiendo y al ser encuestados no pueden responder afirmativa o negativamente. En algunos casos la distribución del sulfato ferroso no es masiva como está planificado, los insumos no llegan oportunamente a los establecimientos de salud y la distribución a las gestantes se interrumpe; en las redes e incluso en las direcciones regionales de salud tienen que priorizar las zonas de mayor riesgo (mayor pobreza) para realizar la distribución, cuando ésta no alcanza para satisfacer completamente la demanda.

El suplemento ferroso por lo general se indica para ser consumido todos los días. Cuando el personal dispone del insumo, proporciona a la gestante la cantidad necesaria que cubra el tiempo hasta el siguiente control prenatal o el tiempo en que se indica el consumo del suplemento. Su ingesta periódica, es importante para mantener una concentración de hierro en sangre que permita la formación de grupos hemoglobina y con ello mantener una óptima oxigenación de los tejidos.

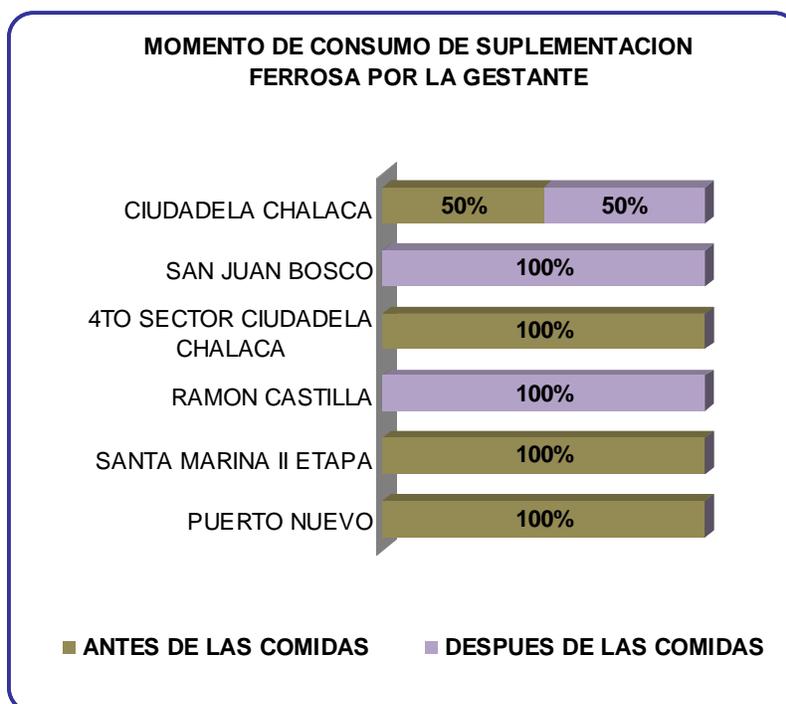
Grafico N° 28



En la línea basal se indagó sobre la frecuencia de consumo del sulfato ferroso por la gestante, se encontró que de las madres que refieren consumir el sulfato ferroso, la mayoría lo hace en forma diaria, presentándose la totalidad del porcentaje en los sectores, seguido por Puerto Nuevo con el 75%. (Grafico N° 28). Sin embargo, todavía se observan altos porcentajes de gestantes que refieren consumir el sulfato ferroso de vez en cuando, alcanzando solo a Puerto Nuevo con el 25% de gestantes que lo hace de vez en cuando, siendo éste el único porcentaje del consumo de sulfato ferroso en forma inadecuada.

El siguiente indicador es el momento de consumo de suplemento de hierro en las gestantes. Según las indicaciones del Ministerio de Salud, el sulfato ferroso debe ser consumido en las mañanas, media hora antes del desayuno con algún líquido cítrico. Sin embargo los efectos secundarios inmediatos del consumo del suplemento (nauseas, sensación metálica en la boca) hace que el personal de salud, indique a las gestantes su consumo antes de las comidas. La investigación muestra que las gestantes que refieren consumir el suplemento, generalmente lo hacen antes de las comidas. En 4to Sector – Ciudadela Chalaca, Santa marina – II Etapa, Puerto Nuevo se encuentra el 100% de gestantes que lo hace así, seguido de Ciudadela Chalaca con el 50% (Grafico N° 29).

Grafico N° 29



Por otro lado, la práctica de consumir el sulfato ferroso después de los alimentos, podría limitar la absorción del mismo toda vez que compite con los nutrientes de la dieta. En ese sentido, encontramos que en San Juan Bosco y Ramón Castilla, el 100% de las gestantes que refieren consumir el sulfato ferroso después de las comidas, esta práctica de riesgo también presenta un elevado porcentaje en Ciudadela Chalaca con el 50%.

Este indicador del momento en que la gestante ingiere el sulfato ferroso es un complemento del indicador principal que es el consumo del suplemento, toda vez que el real impacto de la actividad del sector de proveer de sulfato ferroso a las gestantes se obtendrá en aquellas gestantes que no sólo lo reciben, sino que lo consumen en forma diaria y en el momento adecuado de forma que se alcance el mayor nivel de absorción y utilización del suplemento por el organismo de la madre.

El Ministerio de Salud y las instituciones que se dedican a la salud del niño, han realizado en los últimos años, grandes esfuerzos para reinsertar esta práctica natural en las madres, proponiendo alternativas para las madres que trabajan, aquellas que se desalientan de la lactancia por los problemas que encuentran al iniciar el proceso de lactancia materna. En éste segmento, se describen las prácticas de la población en temas como consumo de primera leche, lactancia materna, destete y alimentación de la madre lactante.

4.2.4 LACTANCIA MATERNA

La leche materna es el mejor alimento que puede recibir un niño menor de 6 meses. Sus ventajas en relación a cualquier otro alimento son superiores y el impacto en el crecimiento y desarrollo del niño es mucho mayor, fortalece el sistema inmunológico del niño, transfiriendo al pequeño inmunoglobulinas que mejoran notablemente el sistema de defensas, disminuyendo la incidencia de enfermedades prevalentes y alergias.

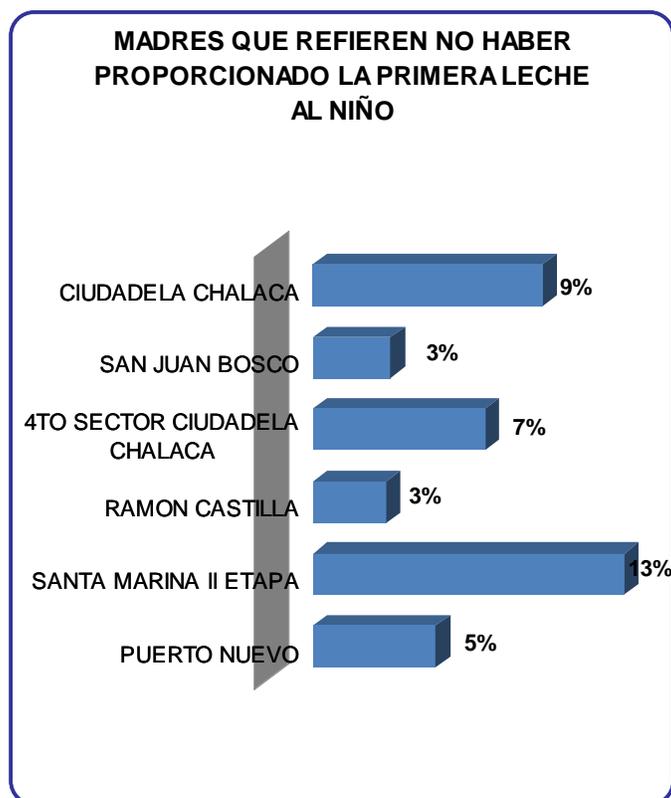
Por otro lado el aporte nutricional de la leche materna es superior a cualquier otra leche o fórmula láctea, aporte que es bien aprovechado por el niño por la elevada biodisponibilidad de la misma que permite una máxima absorción. Otro elemento de gran importancia para el niño es la cercanía y transmisión de afecto de la madre al niño en el momento de la lactancia, el hecho de brindar una leche con la temperatura siempre adecuada, en contacto directo con la madre mejora notablemente el desarrollo del niño y la seguridad que - adquirirá para toda la vida. Estas ventajas unidas a la disponibilidad de la leche (la madre) le confiere a este alimento la preferencia dentro de todas las posibilidades de alimentos que puede tener el niño menor de seis meses.

Consumo de la primera leche producida por la madre

El proceso de lactancia materna, se inicia antes que nazca el niño, el organismo de la madre sufre transformaciones que posibilitarán ésta práctica, la glándula mamaria pasa por una etapa de lactogénesis, con participación de la prolactina, donde se inicia la producción de leche materna, la mama aumenta de tamaño y pueden salir unas gotas de leche incluso antes del nacimiento del bebé. Luego acontecen los cambios hormonales producidos por el parto, la formación de leche continúa pero se adiciona el reflejo de eyección de la leche, producido por la oxitocina e incrementado por la succión del bebé. En ese

momento el estado emocional de la madre, y la continua succión del bebé pueden garantizar una lactancia materna exitosa. En el momento de inicio de la lactancia la madre sobre todo la que por vez primera es madre, podría presentar temores que perjudican el desarrollo normal del proceso, por tanto el personal de salud debe promover y motivar el acercamiento del niño a la madre desde el momento del nacimiento, evitando proporcionar otros alimentos al bebé para asegurar su succión en forma permanente y vigorosa que motive la eyección de la leche materna y la continuidad de su producción.

Grafico N° 30

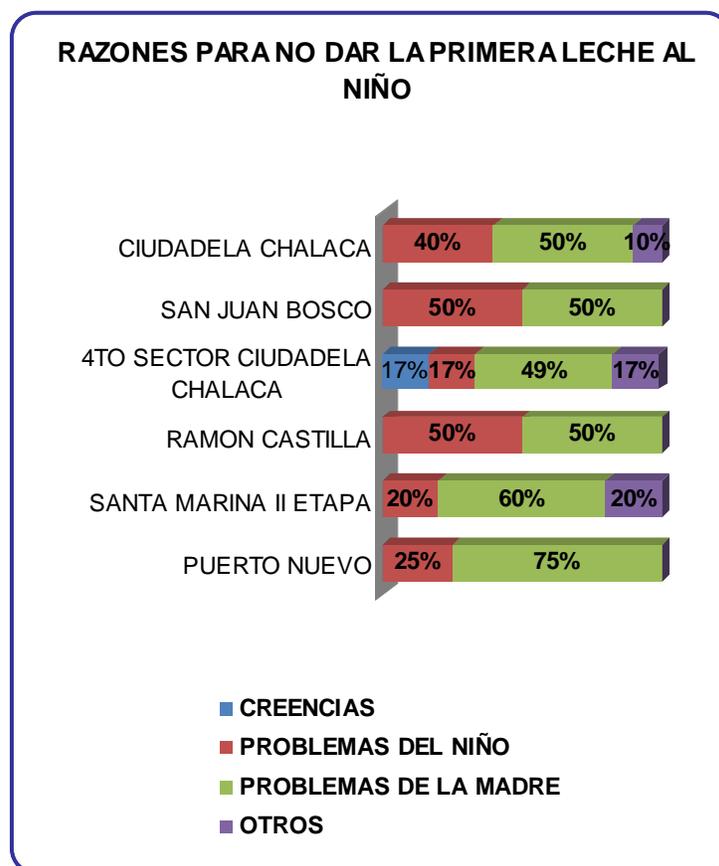


Para indagar sobre las prácticas del consumo de leche materna desde el nacimiento del bebé, se hizo la pregunta a las madres de los niños menores de cinco años de edad sobre el consumo de esa «primera leche», encontrando que un gran porcentaje de ellas, se la dio al niño. La práctica de riesgo: no consumo de primera leche se presenta en el Gráfico N° 30 encontrando el mayor porcentaje en Santa Marina Norte – II Etapa con el 13%, seguido por Ciudadela Chalaca con el 9% y 4to Sector- Ciudadela Chalaca, Puerto Nuevo, con 7% y 5%, respectivamente.

Como se puede apreciar, la población mantiene la natural costumbre de proporcionar al niño la leche materna desde la primera que se produce, situación que beneficia enormemente a la población, sobre todo si tenemos en cuenta que la leche contiene el calostro producido por la mujer desde el nacimiento (en algunos casos antes) hasta los primeros cuatro a cinco días de nacido el niño. Es una leche diferente tanto en características macroscópicas como nutricionales, contiene gran cantidad de proteínas grasas que favorecen la digestión del niño, su alimentación inicial y cubre los requerimientos iniciales del bebé. Proporcionar esta leche al niño también es beneficioso para la madre porque evita que la leche retenida produzca la mastitis que complica el desarrollo de la lactancia materna.

Tanto o más importante que conocer la magnitud de no proporcionar la primera leche al niño, son las causas por las cuales la madre no lo hace. Se indagó sobre el tema encontrando que las razones principales están en relación a la madre, como son las mastitis, la enfermedad, alejamiento por estudios y trabajo. Grafico N° 31.

Grafico N° 31



Los factores, originados por el niño, para que la madre no brinde la primera leche son: que el niño no succiona, o que nació enfermo. San Juan Bosco y Ramón Castilla presentan estos tipos de problemas en 50%, respectivamente; seguido de Ciudadela Chalaca (40%), Puerto Nuevo (25%), Santa Marina – II Etapa (20%) y 4to Sector - Ciudadela Chalaca (17%).

Las creencias son otro factor importante para no proporcionar al niño la primera leche que produce la madre. En el Gráfico se puede apreciar que solo se presenta este tipo de factores en 4to Sector - Ciudadela Chalaca con el 17%. Las demás zonas no presentan porcentajes para este grupo de razones para no brindar al niño la primera leche.

Por tanto la intervención debe tener en cuenta superar los factores relacionados tanto con la madre como con el niño para evitar que la leche producida durante las primeras horas de vida del bebé no llegue a ser consumida por éste.

Consumo de otros líquidos antes de los seis meses

Las madres tienden a reemplazar la lactancia materna por consumo de otros líquidos por diversas razones. Mientras más precoz sea la inclusión de otros líquidos al niño se limita las posibilidades de recibir un alimento tan nutritivo como es la leche materna. La reducida capacidad gástrica del niño rápidamente se satisface con el agua y deja de lactar, el agua que no posee ningún aporte calórico o de micro nutrientes.

Se encontró que las madres que refieren haber dado a sus niños otros líquidos antes de los seis meses como "agüitas" u otros líquidos diferentes a la leche materna; alcanzando la mayor proporción en Ciudadela Chalaca con el 59%, seguido por San Juan Bosco (52%), Santa Marina Norte – II Etapa y Puerto Nuevo con el 49% y 45%, respectivamente. Grafico N° 32.

La razón principal señalada por las madres de los ámbitos de estudio, es que «el niño pedía», es decir según la madre el niño tenía sed, hambre y ella le proporcionaba lo que supuestamente el niño solicita. En segundo lugar, la enfermedad del niño como factor para la inclusión de otros líquidos. Esto se refiere a las "agüitas" que recibe el niño por los cólicos producido por los gases, o por cualquier afección que tiene el bebé y que según la opinión de la madre, requiere algún tipo de líquido para sanar, a partir de allí, el consumo de los líquidos se hace frecuente.

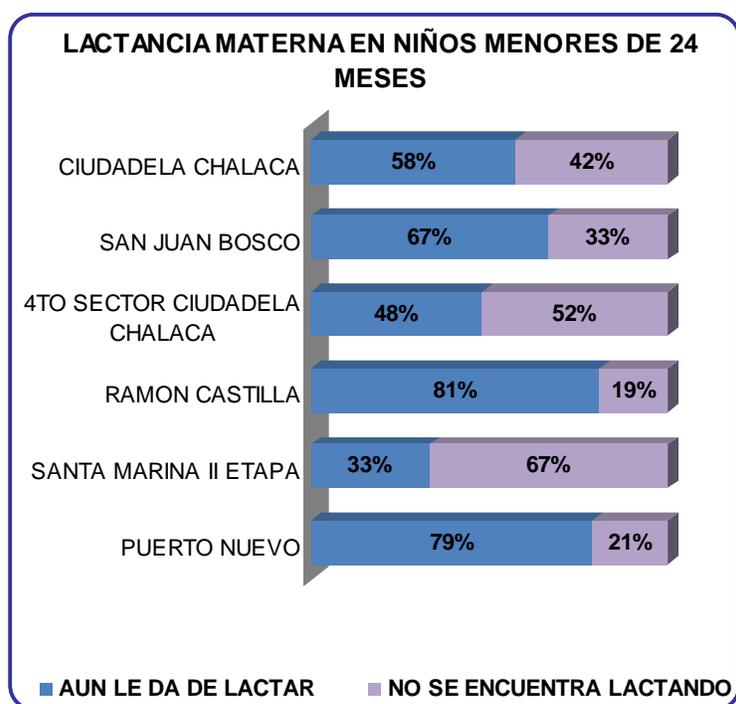
Grafico N° 32



Consumo de leche materna

El consumo de leche materna, es de gran importancia en la nutrición del niño, se recomienda en forma exclusiva hasta los seis meses de vida, pero también hasta los dos años de edad teniendo como complemento la alimentación de la olla familiar. A partir de los seis meses de edad, el niño requiere nutrientes adicionales a los contenidos en la leche materna. Que sólo serán cubiertos con una alimentación balanceada. Se indagó sobre la lactancia materna en niños menores de 24 meses encontrando que si bien es cierto, existen porcentajes altos de madres que refieren que sus niños menores de 24 meses aún consumen leche materna, también existen porcentajes elevados de aquellas que refieren que sus niños ya no reciben leche materna limitando de ésta manera la lactancia materna prolongada. Santa Marina – II Etapa es el sector que presenta 67% de niños menores de 2 años de edad que no lactan, 4to Sector – Ciudadela Chalaca el 52%, Ciudadela Chalaca el 42%, siguen San Juan Bosco y Puerto Nuevo con un 33% y 21% respectivamente. La zona que presenta menor proporción de niños que ya no consume leche materna es Ramón Castilla (19%); es decir en éste sector la mayoría de los niños llega a los 24 meses alimentándose con leche materna. (Grafico N° 33).

Grafico N° 33



La lactancia materna debe prolongarse hasta los dos años de edad para asegurar un aporte de calidad para el niño y cubrir sus requerimientos nutricionales, pero a partir de esa edad es conveniente que el niño reciba una alimentación similar a la de un adulto y la madre se recupere tanto del parto como del proceso de lactancia que acaba de terminar.

Tal como se muestra en el Gráfico N° 34, Ramón Castilla presenta el 50% de madres que refieren que iniciaron el destete en sus niños debido a su edad, la mayoría de respuestas se encuentran distribuidas entre razones como trabajo o estudio de la madre, por producción insuficiente de leche, por enfermedad de la madre y por enfermedad del niño. Es decir hay diversos factores a la edad del niño por las cuales le retiran el pecho materno.

El sector que presenta un mayor porcentaje de madres que dejan de lactar a sus niños por razones de estudio o trabajo es 4to Sector- Ciudadela Chalaca con el 20%, en Ramón Castilla la razón más frecuente para el destete es la poca producción de leche insuficiente, donde el 50% de madres refiere ese motivo. La enfermedad del niño también es una de las causas de destete, la madre le retira la lactancia para que «no le haga daño» al niño. Las zonas donde más se presentan éstas causas son Santa Marina – II Etapa con un

13% y Puerto Nuevo con el 8 %. Pese a ser porcentajes menores, este hecho es más grave porque el destete se produciría en el momento en que más lo necesita el niño, cuando está enfermo. El estado febril incrementa el consumo de calorías y también incrementa el metabolismo, y si además se incrementan las deposiciones o hay pérdida de apetito por la infección de las vías respiratorias, también se incrementa los requerimientos nutricionales del niño. Si en este momento se produce el destete, las consecuencias nutricionales de la enfermedad pueden ser mayores.

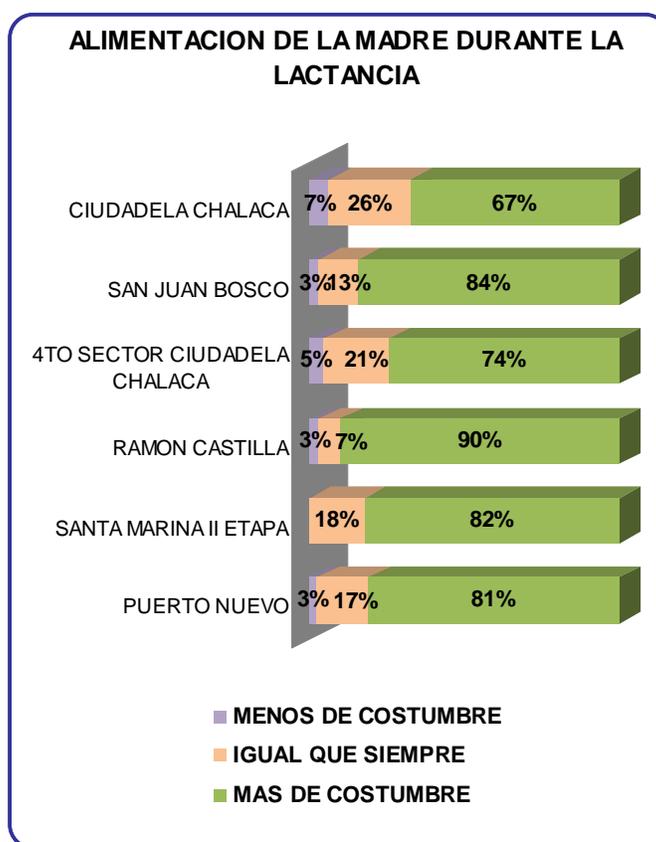
Grafico N° 34



Alimentación de la madre durante la lactancia

La producción de leche en la mayoría de mujeres es generalmente constante pero, su calidad tiene mucho que ver con su nutrición. Cuando la madre está dando de lactar eleva sus requerimientos nutricionales toda vez que debe compensar el gasto calórico proteico que significa la producción láctea en Gráfico N° 35 cantidad y calidad suficiente para la adecuada alimentación del niño Por ello, es importante que la madre incremente su alimentación en calidad y cantidad.

Grafico N° 35



Éste fue un punto de indagación en las investigaciones, encontrando que en todos los sectores las madres refirieron que durante el periodo de lactancia mejoran su alimentación. Se encontró que en Ciudadela Chalaca el 7% de madres refirieron comer menos que de costumbre, y en los otros sectores es de 5% en IV sector de Ciudadela Chalaca, en San Juan Bosco, Ramón Castilla y Puerto Nuevo el 3%, respectivamente.(Grafico N° 35). Respecto a las madres de los sectores que refirieron comer igual que siempre, en éste indicador Ciudadela Chalaca es el que presenta la conducta de mayor riesgo.

Un elemento que influye en el tipo de alimentos que consume la gestante es la necesidad de producir más leche. Se encontró según referencia de las madres que lo que usan frecuentemente para incrementar la producción de leche es la avena, la soya, el maní también es referido como uno de los alimentos más consumidos, probablemente por la gran cantidad de grasas que tiene y que permite compensar el gasto energético de la mujer lactante. La misma explicación tendría el chocolate (cacao).

El inicio de la alimentación tiene dos componentes importantes: un componente nutricional que es proporcionar los nutrientes que el niño necesita a través de los alimentos, y otro componente social que tiene que ver con el desarrollo psicomotor del niño. Este apartado trata de ese momento tan importante en que el niño complementa su lactancia materna con el alimento. ¿A qué edad se produce el inicio de la alimentación complementaria?, ¿con qué alimento?, ¿quién se lo proporciona?, y en general las ideas que tiene la madre acerca de éste proceso.

4.2.5 INICIO DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

La alimentación complementaria se debe iniciar cuando el niño cumple seis meses de edad, éste es el momento en que los nutrientes de la leche materna ya no cubren los requerimientos nutricionales debido al proceso de crecimiento y desarrollo en el que se encuentra. Físicamente muchos niños a esta edad han alcanzado mayor control de su cuerpo y pueden sentarse, lo que permite que el niño ingiera sus alimentos en esa posición, sus manos pueden sujetar los utensilios grandes como cuchara o plato y jugar con ellos mientras la madre le proporciona los alimentos.

Una vez iniciada la alimentación en el niño se va, modificando progresivamente la comida que se le proporciona tanto en cantidad como en calidad. En esta etapa el niño presenta el crecimiento dentario y con ello mejora notablemente la masticación. Por el crecimiento de su cuerpo, el desarrollo en curso y la actividad en que se encuentra, el niño ve incrementados sus requerimientos nutricionales, las deficiencias que se instalen en éste periodo pueden afectar tanto el crecimiento como su desarrollo posterior.

El primer indicador de déficit nutricional calórico proteico es el peso, luego de la disminución o no progreso de la curva ponderal, se produce la detención del crecimiento, hecho que no se recupera aunque la ingesta de alimentos mejore. Pero los efectos más graves se observan en las limitaciones del desarrollo neuronal, donde el potencial de sinapsis no se logra por completo, lo que se traduce en un nivel de aprendizaje menor al potencial biológico con que el niño nació.

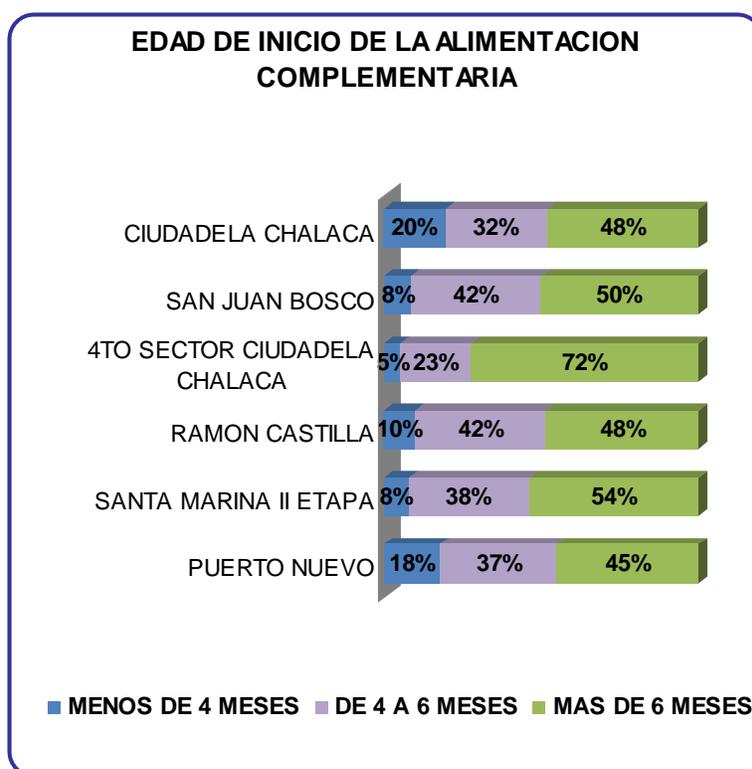
Respecto al componente de desarrollo que tiene el inicio de la alimentación, el niño aprende a comer, a adoptar el comportamiento que tienen las otras personas que viven con él, a utilizar los utensilios que tiene la familia y también adquiere los hábitos alimentarios que tiene la familia. Su desarrollo social y de comunicación (lenguaje) también se manifiesta a la hora de comer porque es

uno de los momentos en que la madre o persona que le proporciona el alimento tiene la oportunidad de hablarle, tocarlo, esperar su propio ritmo y velocidad de masticación y deglución, así como iniciar el proceso de autonomía.

Edad de inicio de la alimentación complementaria.

El momento de inicio de la alimentación complementaria no se produce a la edad que teóricamente sabemos es la más adecuada. Las madres de los diferentes sectores tienen razones distintas para decidir la edad en que inician la alimentación en el niño. En muchos casos, las madres interpretan cualquier gesto del niño como si éste les pidiera la comida.

Grafico N° 36



Las indagaciones permitieron identificar que si bien es cierto que gran parte de las madres encuestadas refieren que el inicio de la alimentación complementaria se produjo en sus niños cuando éstos tenían más de seis meses, existe todavía un porcentaje considerable de madres que refieren haber iniciado el proceso después entre los cuatro y seis meses. Tal es el caso de San Juan Bosco y Ramón Castilla donde el 42% refiere tal práctica,

respectivamente. En Santa Marina – II Etapa el 38 %, en Puerto Nuevo 37%, Ciudadela Chalaca 32% y 4to Sector - Ciudadela Chalaca con 23%.

El riesgo de iniciar la alimentación del niño después de los seis meses es precisamente no cubrir sus requerimientos nutricionales e iniciar un proceso lento de desnutrición que será evidente más adelante. Alcanzando la mayor proporción a 4to Sector - Ciudadela Chalaca con 72%, seguido de Santa Marina – II Etapa (54%), San Juan Bosco (50%), Ciudadela Chalaca y Ramón Castilla (48%), respectivamente. Puerto Nuevo alcanza el 45%.

En el otro extremo tenemos la población que inicia precozmente la alimentación del niño, antes de los 4 meses. A la cabeza de ese grupo se encuentra Ciudadela Chalaca con 20%, en Puerto Nuevo el 18% de las madres refiere ese hecho, Ramón Castilla 10%, San Juan Bosco y Santa Marina – II Etapa con 8%, respectivamente. En menor proporción se encuentra 4to Sector - Ciudadela Chalaca con 5%. Grafico N° 36.

Según referencia de las madres, le proporcionan al niño a los pocos días de nacido, pero luego ya no le dan hasta que tenga la edad en que creen que debe comer, desde ahí se inicia la alimentación permanentemente.

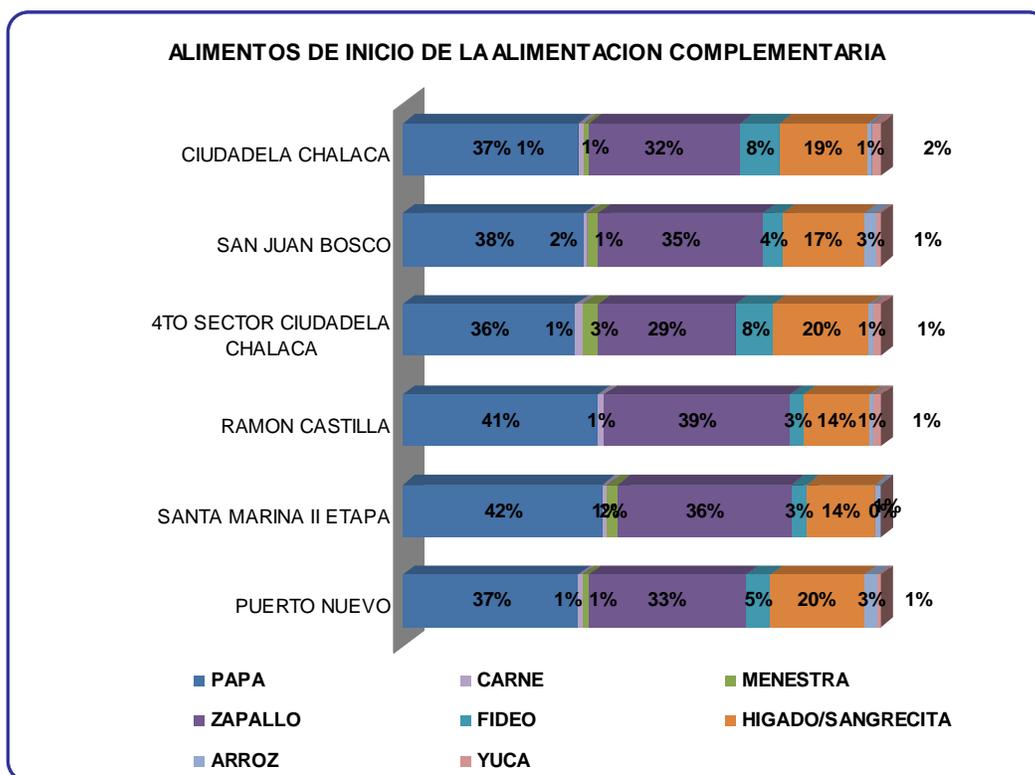
Esta práctica es riesgosa en tanto el niño aún no ha desarrollado por completo la capacidad de digerir alimentos diferentes a la leche materna. Su sistema inmunológico aún no ha madurado y requiere fortalecerse a través de las inmunoglobulinas proporcionadas también por la leche materna. El riesgo de desarrollar alergias a partir del inicio precoz de la alimentación complementaria es alto. Por otra parte, el alimento puede convertirse en vehículo de infecciones si no ha sido preparado en forma segura y si esto se produce cuando el niño se encuentra muy pequeño e indefenso las consecuencias pueden ser mayores.

Tipo de alimento con el que se inicia la alimentación complementaria

El tipo de alimento con el que el niño inicia la alimentación complementaria, también es importante toda vez que el niño aún no tiene la experiencia de la masticación, cuando lacta, lo que hace es succionar y deglutir, por tanto cuando le proporcionan el alimento lo impulsa con la lengua hacia afuera para luego atraerlo nuevamente como si se tratara del pezón de la madre. La consistencia del alimento que reciba permitirá que el niño haga una masa con

el alimento para deglutirlo hasta que aprenda a masticar. Al hacer la indagación acerca del tema, encontramos que existe una gran variedad de alimentos que se utilizan para tal fin, dependiendo de la disponibilidad de los alimentos en cada una de las zonas.

Grafico N° 37



La papa y el zapallo son los alimentos que se repite en todas las zonas con los mayores porcentajes. En Santa Marina – II Etapa el 42% de las madres refirieron utilizarla como primer alimento para su niño, en Ramón Castilla el 39% de madres refirió el zapallo como primer alimento. Grafico N° 37.

Probablemente, la razón es su fácil preparación para la deglución del niño pequeño (sancochada, en puré, sacándola de otras comidas y aplastándola, etc.).

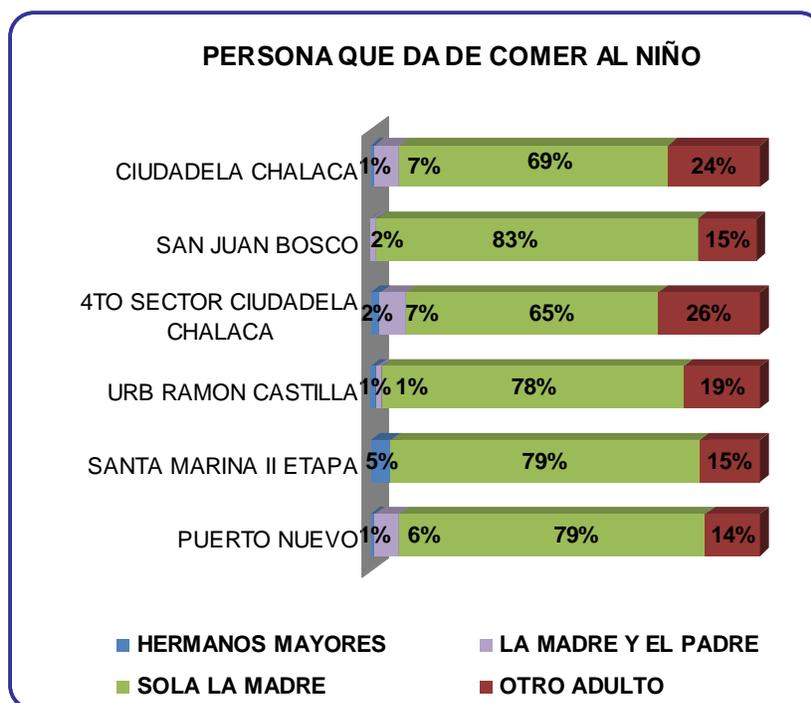
Las madres refieren utilizar estos alimentos para la preparación de caldos y las sopas, estas formas de preparación de los alimentos constituyen un aspecto de riesgo porque no asegura la densidad energética que debe tener el alimento que se brinda al niño para que cubra sus requerimientos nutricionales. Una sopa puede ser desde un caldo muy bajo en calorías (básicamente agua) hasta una sopa altamente calórica.

El hígado/ sangrecita es un alimento de origen animal que por su fácil preparación también es muy utilizado en la alimentación del niño, en Puerto Nuevo y 4to Sector de Ciudadela Chalaca, el 20% de las madres refiere utilizarlo o lo utilizó, en Ciudadela Chalaca el 19%, en San Juan Bosco el 17%; en Ramón Castilla y Santa Marina – II Etapa el 14%, respectivamente.

Momento de comer

El «momento de alimentar al niño» contribuye de un lado, a identificar factores limitantes en la alimentación del niño, y de otro, reconocer las características de la persona que debe recibir la información sobre la alimentación del niño. En ese sentido se indagó primero sobre la persona que da la alimentación diaria al niño encontrando que en todas las zonas principalmente se trata en mayor proporción de las madres que refieren que sólo ellas les proporcionan la alimentación al niño lo presenta San Juan Bosco con 83%, seguido de Santa Marina – II Etapa y Ramón Castilla con el 79%, respectivamente. Ramón Castilla con 78%, Ciudadela Chalaca el 69% y 4to Sector - Ciudadela Chalaca el 65%.

Grafico N° 38



En los sectores se presentan cifras bajas de madres que refieren que tanto ella como el padre son los que proporcionan los alimentos al niño, presentándose por debajo del 2%

En 4to Sector - Ciudadela Chalaca se presenta un 26% de madres que refieren que la persona que se encarga de la alimentación del niño es otro adulto, seguido por Ciudadela Chalaca con el 24%, Ramón Castilla el 19%, San Juan Bosco y Santa Marina – II Etapa el 15%, respectivamente. Puerto Nuevo alcanza el 14%. Se debe probablemente al hecho de ser zona urbana donde las actividades propias de la madre son transferidas a otras personas cuando ésta sale de casa por estudio o trabajo. Grafico N° 38.

4.2.6 ALIMENTACIÓN DEL NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS

Esta es la etapa donde los requerimientos nutricionales exigen alimentos balanceados que le permitan culminar su crecimiento y desarrollo ya que en este periodo los niños se encuentran en mayor riesgo de desarrollar desnutrición. A continuación presentamos los resultados obtenidos en el tema de alimentación del niño menor de cinco años, donde se encuentran indicadores sobre tipo de alimentos que consume, consistencia, frecuencia diaria, alimentación del niño enfermo y consumo de suplementación de micro nutriente.

Tipo de alimentos consumidos por el niño

Cada alimento que el niño ingiere le proporciona determinados nutrientes que son importantes para su crecimiento y desarrollo, la combinación de los alimentos puede potenciar su absorción o disminuirla. En las investigaciones se indagaron sobre el tipo de alimentos consumido el día anterior a la encuesta, agrupándolos según la clasificación que presenta el documento de trabajo (Centro Nacional de Alimentación y Nutrición: Sistema Peruano de Agrupación de Alimentos).

El grupo de alimento que consumen los niños de las zonas estudiadas corresponde principalmente a los cereales, tubérculos y menestras. Al preguntarles a las madres sobre los alimentos que proporcionaron al niño el día anterior a la encuesta, refirieron que de todas las comidas que le dieron al niño la mayoría contenía por lo menos un alimento de este tipo. Para el caso de Ramón Castilla, que presenta la mayor proporción, ésta llegó al 34%, seguido por Santa Marina – II Etapa con el 29%, San Juan Bosco y Puerto Nuevo con el 28%, respectivamente; Ciudadela Chalaca el 26% y 4to Sector - Ciudadela Chalaca con 24% (Grafico N° 39). Estos alimentos que son fuentes de carbohidratos, proporcionan energía a los niños; dentro de ellos se encuentra el arroz que es un alimento de bajo costo, incrementa el volumen de las comidas y es la base de la dieta peruana. Lo mismo sucede con las menestras que han sido recomendadas sistemáticamente por el personal de los servicios de salud, entre ellas las lentejas que también es un alimento de bajo costo y son fuente de hierro. En todos los sectores el consumo de la papa es generalizado.

El segundo grupo de alimentos que se incluye en cada preparación proporcionada al niño el día anterior a la encuesta, según referencia de la

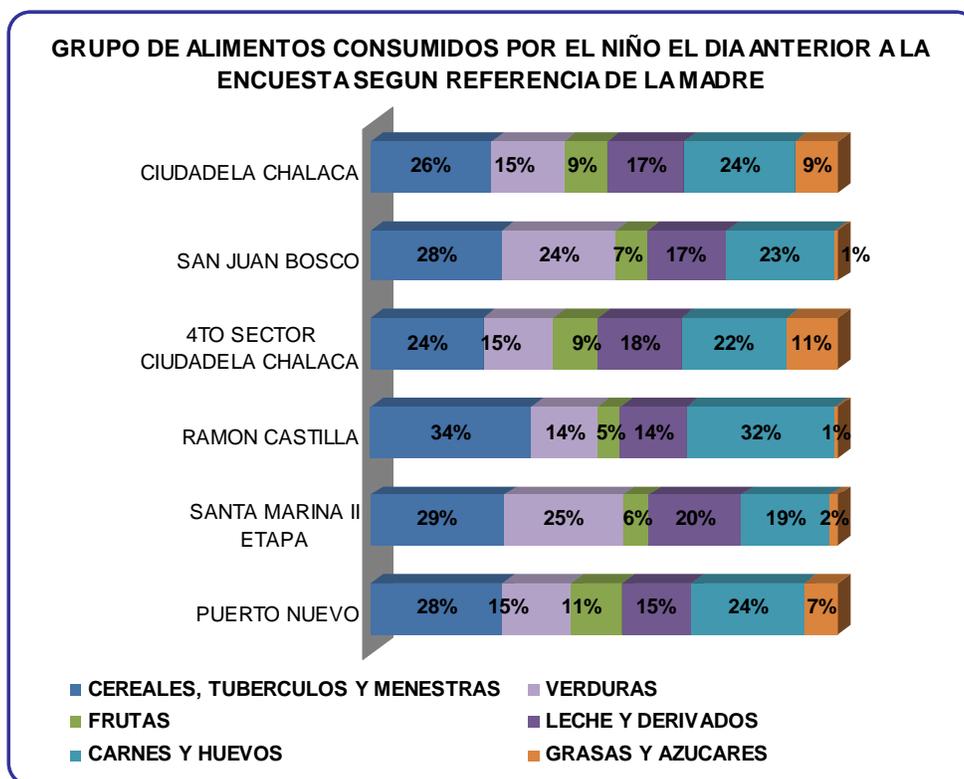
madre son las carnes y huevos que son el aporte de proteínas al organismo y que favorecen principalmente el proceso del crecimiento, se encuentran en proporciones muy similares en todos los sectores, en Ramón Castilla llega a 32%, Ciudadela Chalaca y Puerto Nuevo 24%, respectivamente; San Juan Bosco 23%, 4to Sector - Ciudadela Chalaca 22% y Santa Marina – II Etapa el 19%

No existe una diferencia bien marcada en el consumo de las verduras en los diferentes sectores. En Santa Marina – II Etapa se presenta el mayor porcentaje (25%), luego le siguen el resto de sectores San Juan Bosco (24%), Ciudadela Chalaca, 4to Sector - Ciudadela Chalaca y Puerto Nuevo (15%). En Ramón Castilla alcanza el 14%.

Con respecto al consumo de verduras se encuentra en menor proporción el consumo de frutas, la mayor proporción la presenta Puerto Nuevo con 11%.

También hay referencia de las madres, aunque en menor proporción del consumo de las grasas y los azúcares, dentro de los cuales se encuentra, la mantequilla, aceites y otras grasas.

Grafico Nº 39

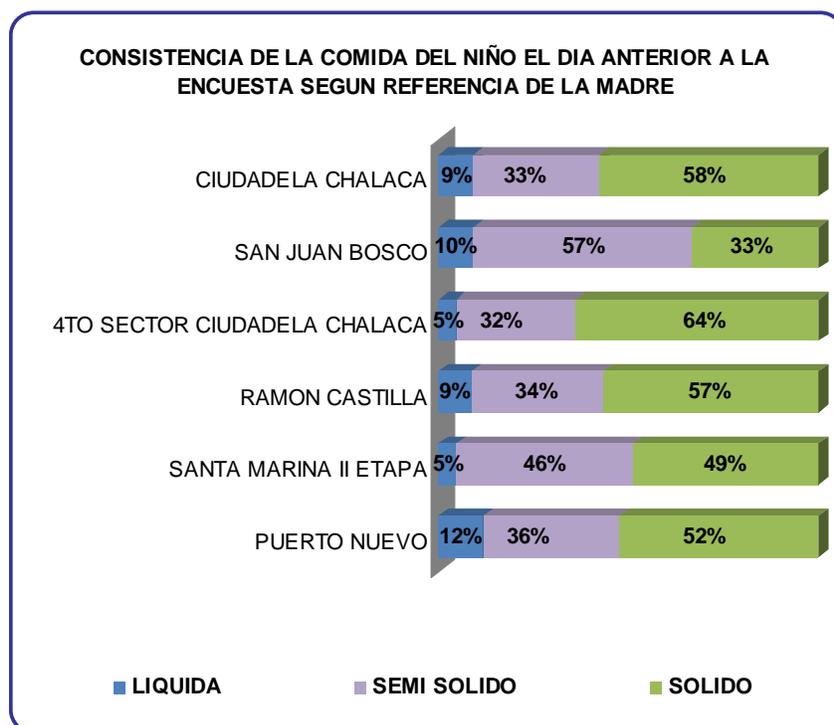


En cuanto al consumo de leche y derivados, Santa Marina – II Etapa presenta la mayor proporción de comidas en las que se incluyó por lo menos un alimento de éste tipo (20%), seguido por 4to Sector - Ciudadela Chalaca con 18%, Ciudadela Chalaca y San Juan Bosco con 17%, respectivamente; Puerto Nuevo con 15% y Ramón Castilla con 14%. Estos alimentos aportan proteínas, grasas y minerales que son indispensables en el crecimiento del niño.

Consistencia de la alimentación del niño

El requerimiento calórico del niño es alto. Debe cubrirse con alimentos con alta densidad energética que en un volumen pequeño pueda aportar la cantidad de calorías que demanda su organismo. Las comidas espesas o sólidas (según la capacidad de masticación del niño) son recomendadas para cubrir el aporte calórico diario. Los resultados de la presente investigación muestran que es alta la proporción de alimentos sólidos que recibe el niño.

Grafico N° 40



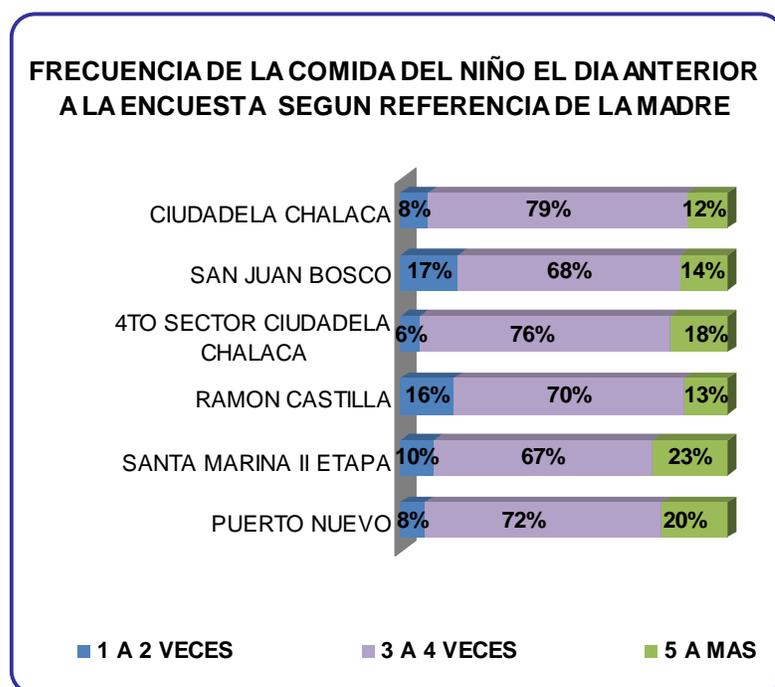
Según las madres, de todos los alimentos proporcionados al niño el día anterior a la encuesta, los alimentos de consistencia espesa o sólida, son consumidos en mayor proporción, estos alimentos son recomendados para el niño por su fácil masticación, deglución y alta densidad energética.

Se observa que el 64% fueron alimentos sólidos en 4to Sector de Ciudadela Chalaca, seguido por Ciudadela Chalaca con el 58%, Ramón Castilla con el 57%, Puerto Nuevo 52%, Santa Marina II- Etapa el 49% y San Juan Bosco el 33%. Grafico N° 40.

Frecuencia de alimentación del niño

La capacidad gástrica del niño es pequeña, pero sus requerimientos en macro y micro nutrientes son altos por su actividad diaria y por los requerimientos propios de la etapa de crecimiento y desarrollo. Por tanto, es recomendable proporcionar pequeñas porciones de alimentos pero con mayor frecuencia que en el caso de un adulto. Cinco comidas diarias es la recomendación (CENAN, 2004): desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena. Los horarios, el volumen de la comida y el tipo de alimentos corresponden a las prácticas comunes locales.

Grafico N° 41



El hallazgo en la presente investigación es que la mayoría de las madres refiere que le proporcionaron al niño alimentos de tres a cuatro veces el día anterior a la encuesta, seguido de cinco veces a más y de 1 a dos veces. (Grafico N° 41).

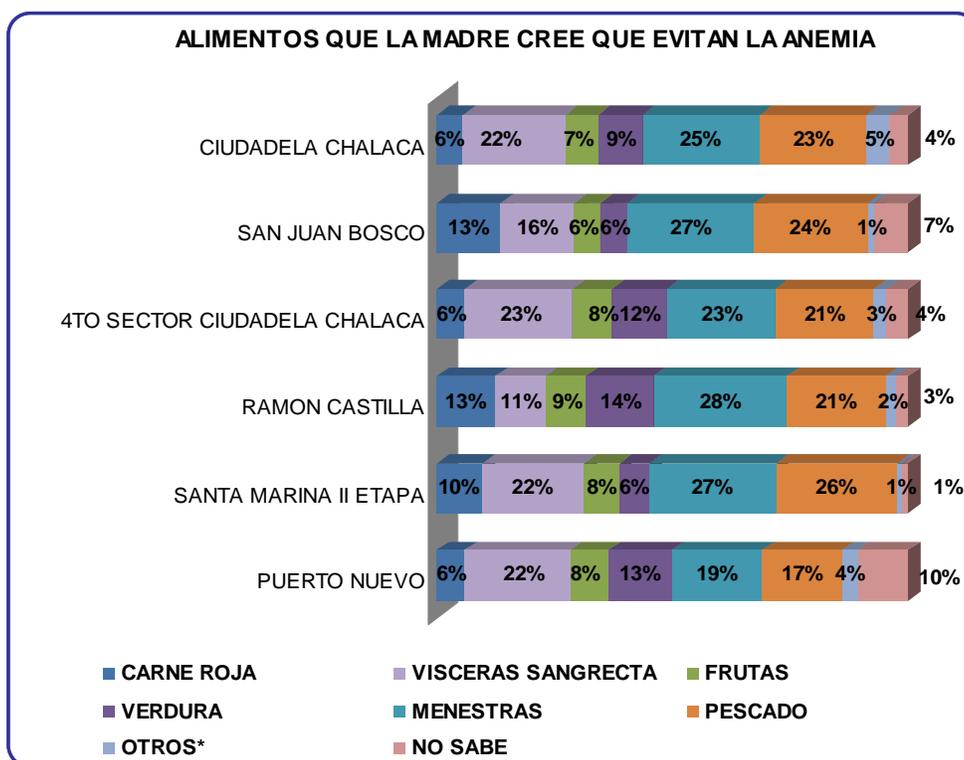
La práctica de mayor riesgo se encuentra en los sectores donde las madres refieren que el día anterior a la encuesta le proporcionaron al niño menor de

cinco años, entre uno y dos comidas por día, alcanzando a San Juan Bosco con el 17%, seguido por Ramón Castilla con el 16%, Santa Marina II – Etapa con el 10%; Ciudadela Chalaca y Puerto Nuevo con el 8%, respectivamente.

Prevención de la anemia en el niño

Una de las deficiencias nutricionales que puede presentar el niño y que son casi siempre invisibles, es el déficit de micro nutriente. Una de la más importante es la anemia, que se produce principalmente por una deficiente ingesta de hierro. Cuando el niño cumple los seis meses, debe iniciar la alimentación complementaria que le proporcione los nutrientes que ya no son cubiertos en su totalidad por la leche materna, entre ellos el hierro. Su ausencia en la sangre produce disminución de la concentración de hemoglobina y con ello limitaciones en la oxigenación de los tejidos. Las consecuencias en el niño son dificultades para aprender, pocas ganas de jugar y en general disminución de su potencial de desarrollo psicomotor, toda vez que el juego y en general la actividad del niño, le permite explorar, aprender, conocer, en suma desarrollar sus sentidos en relación al medio que lo rodea.

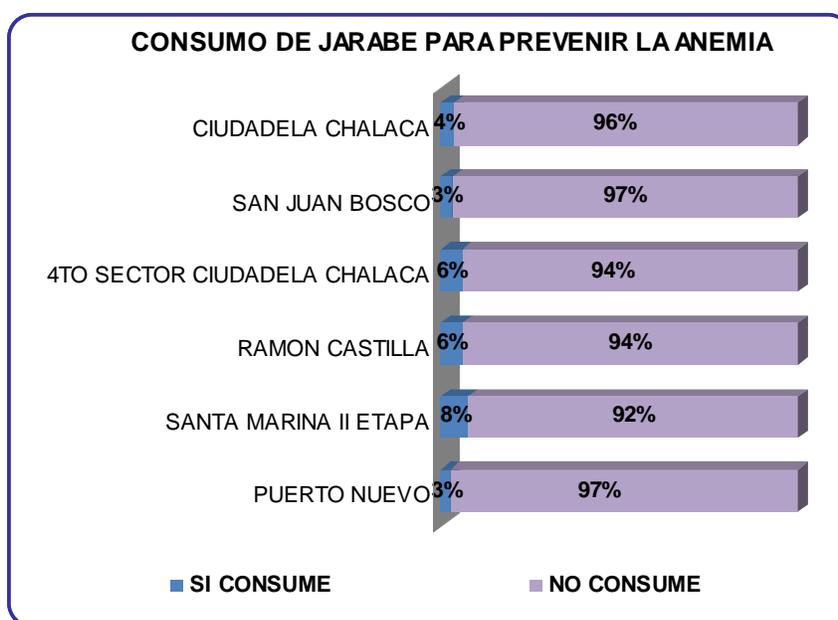
Grafico N° 42



Se indagó sobre los alimentos que la madre cree que evitan la anemia, para lo cual se le presentaron alternativas de alimentos que efectivamente lo hacen por el aporte de hierro que brindan en la dieta, pero de origen animal y vegetal. Se encontró que, respecto a los alimentos fuente de hierro de origen animal, la mayoría de las madres identifican muy pobremente las carnes rojas como alimentos que previenen la anemia, se observan porcentajes menores al 13% de madres que identifican este alimento para evitar la anemia. Sin embargo, las vísceras y "sangrecita" si son identificadas para tal fin donde las madres que así lo indican alcanza el 23%, así como el pescado que alcanza el 26%. (Grafico N° 42). En cuanto a los alimentos fuentes de hierro de origen vegetal las menestras son identificadas como alimento que evitan la anemia principalmente (28%). Cabe señalar que las menestras requieren de un alimento cítrico que mejore la absorción del hierro, de lo contrario su aporte es bajo.

En cuanto al consumo de los micros nutrientes por el niño, se indagó sobre el consumo de jarabe para la anemia donde se encontró que la mayoría de las madres refieren que sus niños no consumen, alcanzando porcentajes cercanos a la totalidad. En todos los sectores, se observan porcentajes por debajo del 10% de madres que refieren que sus niños si consumen jarabe para prevenir la anemia. (Grafico N° 43).

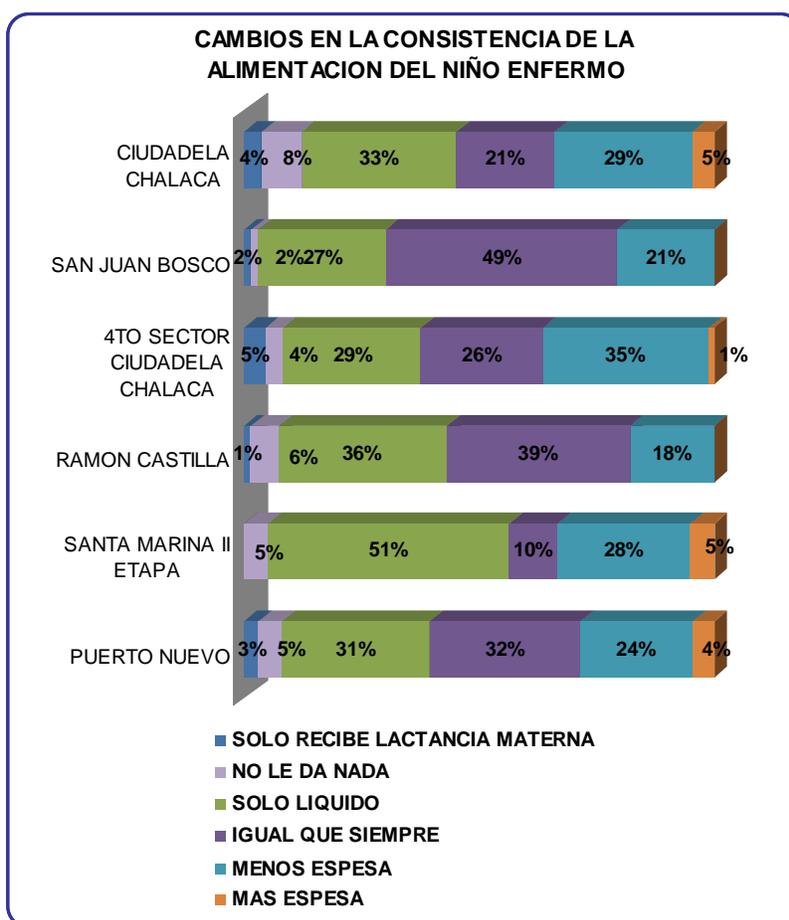
Grafico N° 43



Alimentación del niño enfermo

Uno de las causas de desnutrición aguda en el niño son las enfermedades; porque las demandas nutricionales del niño se incrementan debido al estado febril y a la propia infección. La alta incidencia de episodios de EDA e IRA son factores de riesgo importantes para la desnutrición crónica. Cuando el niño está enfermo su alimentación debe incrementarse (CENAN, 2004) tanto en volumen como en frecuencia toda vez que el estado de enfermedad disminuye el apetito al niño y la consistencia también debe ser más espesa para compensar el incremento de sus requerimientos calóricos producidos por el proceso infeccioso.

Grafico N° 44



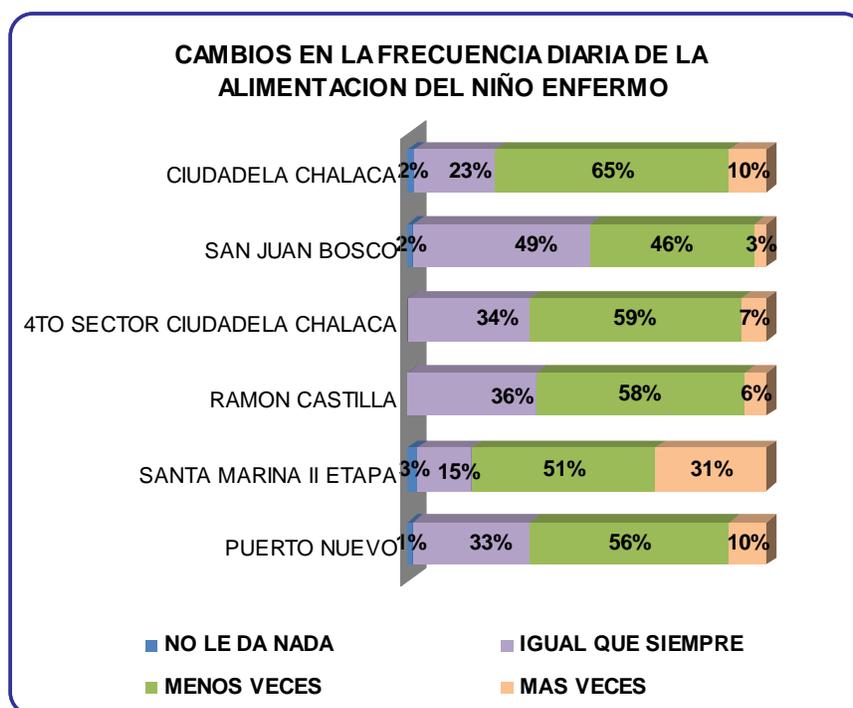
Este fue un aspecto importante de indagación encontrando que la consistencia del alimento en las zonas de estudio no mejora, sólo en un pequeño porcentaje de madres, en Ciudadela Chalaca y Santa Marina II – Etapa refieren que mejora la consistencia del alimento cuando el niño está enfermo, alcanzando el

5%. (Grafico N° 44). La mayoría de las madres en todos los sectores proporcionan al niño alimentos líquidos cuando está enfermo. Esta práctica de riesgo es más frecuente en Santa Marina II – Etapa (51%) y Ramón Castilla (36%).

El hábito de retirar todo tipo de alimentos también es una práctica común, se produce con mayor frecuencia en Ciudadela Chalaca donde el 8% de las madres lo refiere así.

En este caso una enfermedad incrementa el riesgo por las complicaciones que puede presentar y por la probable desnutrición que resultará en el niño luego del proceso infeccioso, lo que de no ser superado con un adecuado proceso de recuperación se convierte en un factor que posibilita que el niño se enferme continuamente, convirtiéndose en un peligroso círculo vicioso de desnutrición- infección- infección que incluso lo puede llevar a la muerte.

Grafico N° 45

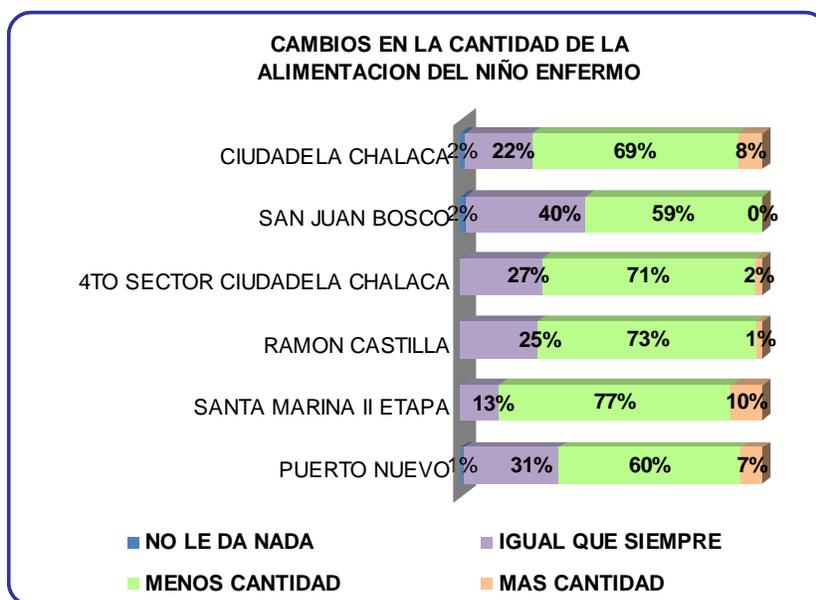


En cuanto a la frecuencia de la alimentación cuando el niño está enfermo (Grafico No. 45), la frecuencia es similar a la anterior. El porcentaje de madres que refiere incrementar la frecuencia de alimentación del niño cuando está enfermo es minoritaria 31% en Santa Marina II – Etapa, 10% en Ciudadela Chalaca y Puerto Nuevo, 7% en 4to Sector -Ciudadela Chalaca, 6% en Ramón

Castilla y 3% en San Juan Bosco. Es mucho mayor la proporción de madres que refieren que le dan menos o igual veces que cuando el niño no está enfermo. La mayor proporción de madres que refieren que le dan de comer menos veces se encuentra en Ciudadela Chalaca con 65% y 4to Sector - Ciudadela Chalaca con 59%. Pese a que la madre reconoce que debe darle más alimentos al niño enfermo, se encuentra ante la negativa de éste por su inapetencia debido a la enfermedad.

El niño cuando se encuentra enfermo disminuye su apetito por el malestar de la fiebre o el dolor de las vías aéreas cuando presenta una infección respiratoria, entonces es difícil incrementar el volumen de la alimentación en esas condiciones, por esa razón se recomienda aumentar el número de veces y disminuir ligeramente el volumen de cada comida, con lo que se lograría proporcionar al niño mayor cantidad de alimentos que cuando se encuentra sano.

Grafico N° 46



Por esta razón también la madre tiende a proporcionar menos alimentos al niño (Gráfico N° 46) ahí se aprecia que la mayoría de las madres disminuyen la cantidad de alimentos que proporcionan al niño enfermo. Los sectores de mayor riesgo son Santa Marina II – Etapa 77%, Ramón Castilla 73%, y 4to Sector - Ciudadela Chalaca 71% de madres que refieren dicha práctica; seguidas por Ciudadela Chalaca y Puerto Nuevo con 69% y 60%, San Juan Bosco presenta el 59% (en todos los casos se observan altos porcentajes en esta práctica).

Otro grupo importante de madres refieren que le brindan alimentos al niño enfermo en la misma cantidad que cuando está sano. En ese grupo se encuentra San Juan Bosco, Puerto Nuevo, IV Sector -Ciudadela Chalaca, Ramón Castilla, Ciudadela Chalaca y Santa Marina II – Etapa con 40%, 31%, 27%, 25%, 22% y 13% respectivamente. En algunos casos las madres Le exigen al niño que coma, así lo referían las madres. En otro extremo se presenta menos del 2% de madres que refieren no brindar ningún alimento al niño que se encuentra enfermo; situación que es grave y reviste un alto riesgo nutricional y en general de salud del niño.

4.2.7 ACCESO A LOS ALIMENTOS

Los factores que se facilitan el acceso de los alimentos a la población son la producción local, el comercio de alimentos, la capacidad adquisitiva de la población y la cultura alimentaria. Por tales razones, es importante incluir éste tema en todo estudio de corte alimentario nutricional, para tener una idea completa de los problemas asociados a la nutrición de las poblaciones y principalmente para implementar los correspondientes programas de intervención.

El problema nutricional guarda relación de un lado con la cultura alimentaria que tienen los grupos sociales y de otro, con la accesibilidad geográfica, económica y cultural a los alimentos. No tendría mayor impacto la educación alimentaria brindada, si la población no dispone de los alimentos necesarios y aceptados culturalmente para mejorar su nutrición.

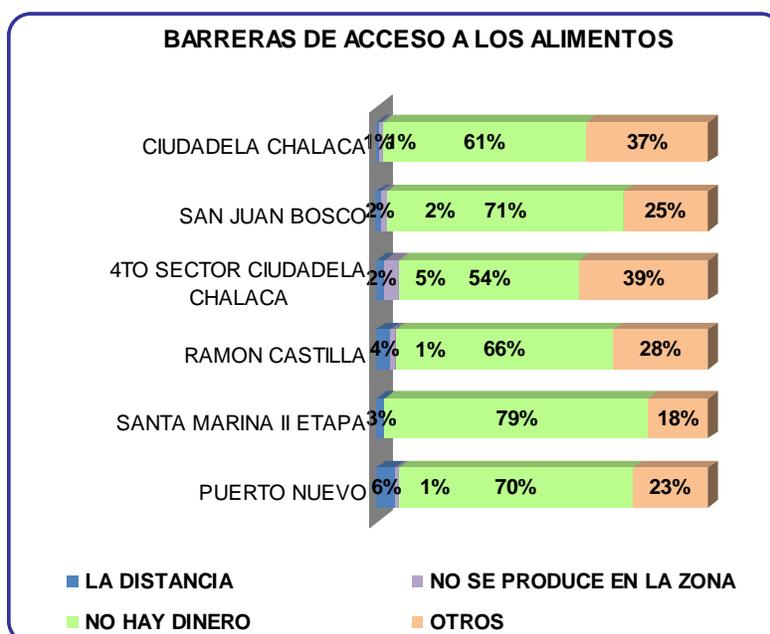
Barreras de acceso a los alimentos

Paralelamente, se indagó acerca del tipo de barrera de acceso a los alimentos que se identificaron como inaccesibles por las propias madres. Se encontró que la percepción de las madres de las razones que limitan o impiden la adquisición los diferentes grupos de alimentos es diversa según la zona. En el caso de Ciudadela Chalaca la más importante es la barrera económica (61%) y el 31% encuentra que la respuesta es otros. (Grafico N° 47).

En el caso de Santa Marina II – Etapa el 79% de las madres consideran que no adquieren los alimentos que necesitan porque no tienen dinero para hacerlo, el 18% considera otros y el 3% cree que es porque no se producen localmente. En San Juan Bosco el 71% de las madres cree que el dinero es el principal factor por el cual no se consiguen todos los alimentos, alcanzando el 71%, Puerto Nuevo 70%, Ramón Castilla 66% y 4to Sector - Ciudadela Chalaca 54%.

En términos generales la razón más frecuente que encuentran las madres que refieren que existen alimentos a los que no pueden acceder es la falta de dinero para comprarlos, en segundo lugar se encuentra otras respuestas, y en tercer lugar se encuentra la distancia a los lugares donde pueden conseguirlos.

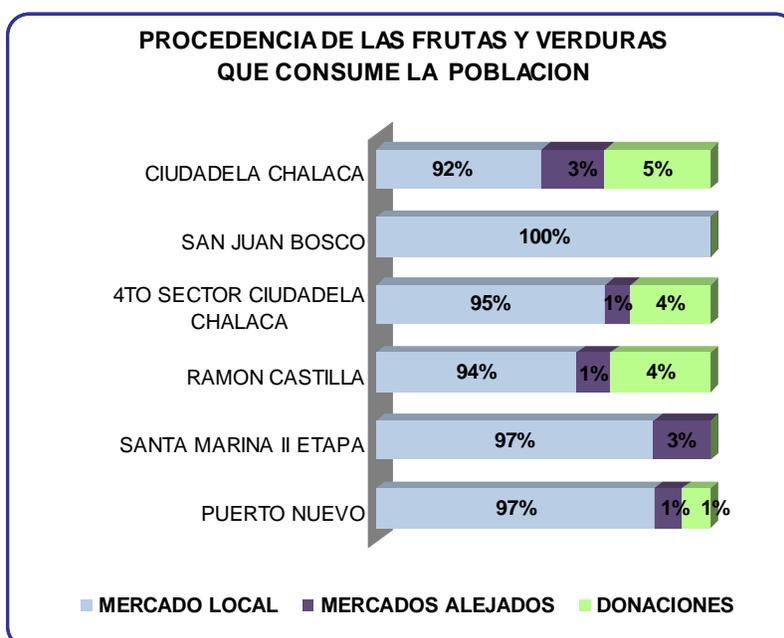
Grafico N° 47



Procedencia de los alimentos

La procedencia de los alimentos también fue punto de indagación en las investigaciones, en tanto este dato permite establecer los factores que intervienen en el proceso de adquisición de los mismos, que determinan los comportamientos de la población.

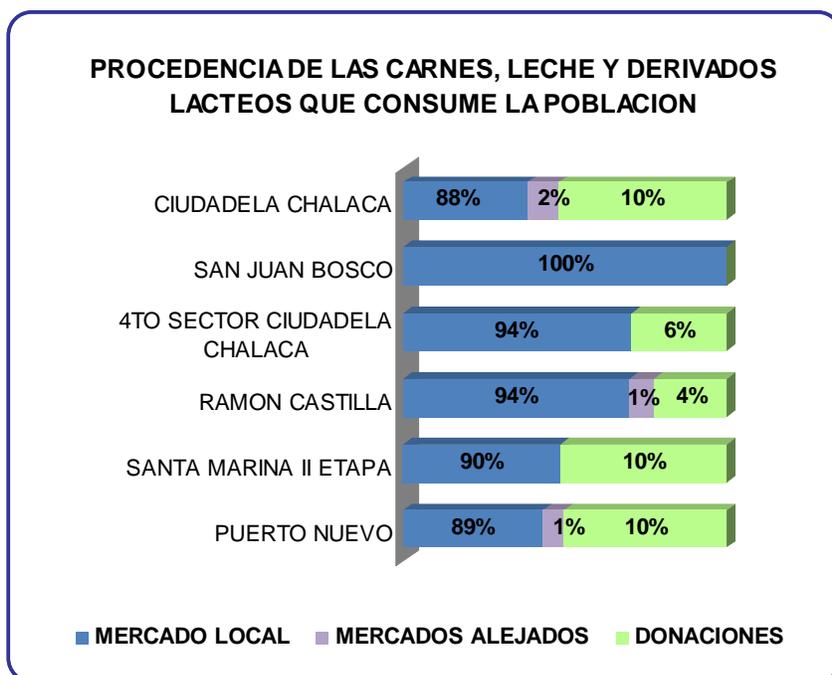
Grafico N° 48



Se indagó la procedencia de los grupos de alimentos, aceptando respuestas múltiples debido a que el afán de la madre por conseguir el producto puede optar por varias formas de hacerlo.

Se encontró que en el caso de las frutas y verduras, en la mayoría de los casos son adquiridas en los mercados locales, alcanzando en todos los sectores las mayores proporciones. (Grafico N° 48).

Grafico N° 49

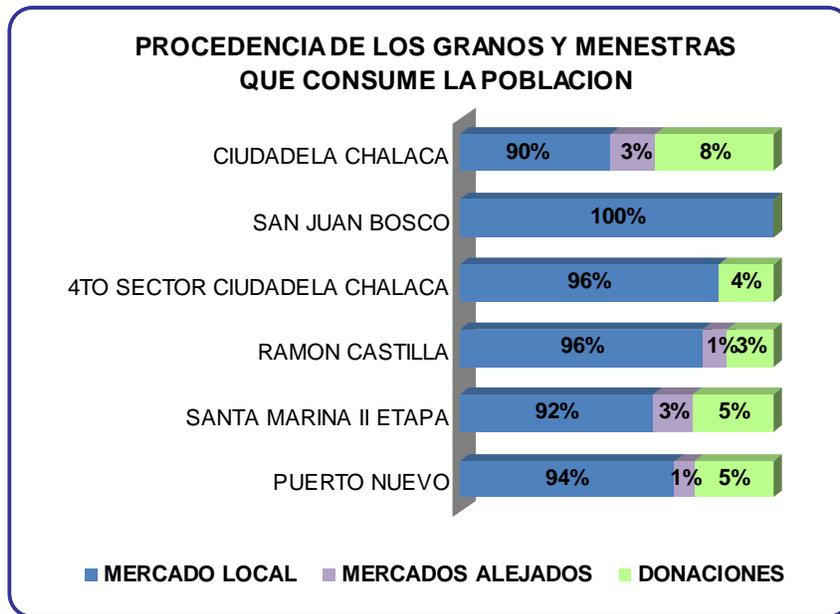


La procedencia de leche, carnes y derivados lácteos presenta una similitud en relación a los grupos de alimentos anteriores. En éste caso se observa una mayor proporción de madres en todos los sectores que el lugar de procedencia de este tipo de alimentos son los mercados locales. (Grafico N° 49).

En el caso de donaciones se refieren a la procedencia de estos alimentos del vaso de leche o comedores populares que existen en cada zona, alcanzando el 10%.

La alternativa de adquirir éstos alimentos en mercados alejados, es una práctica poco frecuente en las madres encuestadas.

Grafico N° 50



Los granos y las menestras que consume la población son adquiridos según referencia de las madres de las zonas en que se llevaron a cabo las investigaciones, en los mercados locales. Al igual que los otros grupos de alimentos presentan similitud. (Grafico N° 50).

Como puede verse en los lugares donde hay mayor población y desarrollo del comercio, las opciones para conseguir los alimentos es la compra, sin embargo, la disponibilidad de alimentos aun no se encuentra resuelta.

V. DISCUSION

Los resultados del estado nutricional de los niños menores de 05 años han arrojado un 10.2% de desnutrición crónica y un 24.4% de situación de riesgo de desnutrición crónica. De acuerdo a la clasificación de anemia, con diagnóstico de anemia leve encontramos el 68%, anemia moderada el 47% y con diagnóstico de anemia severa encontramos un 4%. Es importante resaltar que dada la situación de estos niños será importante iniciar a brevedad alguna estrategia de protección y prevención de su estado de salud. En ese sentido, es importante mencionar que las intervenciones a realizarse por el programa de intervención nutricional gracias a la Asociación Civil “Promoviendo el Desarrollo Sostenible” tienen como objetivo lograr en un futuro que este grupo mejore su estado nutricional.

Es importante destacar que investigadores connotados han escrito que las intervenciones realizadas en la protección del crecimiento y desarrollo temprano desde la concepción hasta los 05 primeros años de vida son trascendentales en el establecimiento de una vida sana, útil y productiva en la edad adulta (Uauy y Castillo, 1997, Shrimpton et al 2001). Por ello, la necesidad de asegurar una alimentación que satisfaga sus necesidades nutricionales, a su vez que goce del acceso a los servicios básicos para mantener la salud y una buena calidad de vida

Ante esto, existen dos condiciones o factores en la vida de los niños que se asocian a una reducción del crecimiento. El primero es la ingesta insuficiente de alimentos así como la de nutrientes sobre todo de aquellos que participan y forman parte del crecimiento físico y fortalecimiento del sistema inmunológico. El segundo factor son los episodios frecuentes de enfermedades infecciosas de la infancia como las diarreas e infecciones respiratorias agudas entre otras que afectan predominantemente a las familias más pobres (UNICEF, 2001).

Indudablemente la desnutrición crónica afecta el desarrollo y la economía de los países, siendo el nuestro un país pobre y con altas prevalencias de desnutrición crónica esto se ve reflejado en la baja productividad, bajo desarrollo intelectual del adulto y por ende en el bienestar del país (Rogers et al, 2001).

En el país la desnutrición crónica alcanza proporciones de crisis en los niños. Una cuarta parte de los niños (25.4%) en el Perú menores de 5 años de edad sufren de retardo en el crecimiento, siendo la más afectada las zonas rurales (ENDES 2000). Este problema conlleva graves implicancias para el desarrollo económico de país.

UNICEF en su Informe de Estado Mundial de la Infancia 2001 hace referencia de que es posible aprovechar los sectores existentes en los lugares intervenidos como salud, agricultura, educación entre otros para establecer programas de desarrollo del niño en la primera infancia maximizando los recursos existentes, apoyando a las organizaciones establecidas como la familia, comunidad, gobiernos locales entre otros. Mejorando los programas de salud, nutrición, abastecimiento de agua, saneamiento, higiene, educación y protección del niño, es posible salir de la pobreza en que se encuentran los países en desarrollo.

Por ello, el presente estudio servirá para la implementación de las estrategias que contribuyen a mejorar la calidad de vida de estas poblaciones, priorizando sus intervenciones en el ámbito de estudio.

Uno de los principales problemas nutricionales del país es el retardo de crecimiento o desnutrición crónica. Cerca de la cuarta parte de los niños menores de 05 años (25.45 según la encuesta ENDES continua 2005) adolecerían de desnutrición crónica. El retardo del crecimiento se observa desde los seis meses de edad y alcanza el 28.5% de los niños a los dos años, deduciéndose que aproximadamente el 80% de los niños con desnutrición crónica lo están antes de los dos años de edad. Es decir la desnutrición crónica es una condición que se va adquiriendo a lo largo del tiempo y que difícilmente se revierte.

Debe mencionarse que el promedio nacional esconde las grandes diferencias entre el área urbana (10.5%) y el área rural (39%), Asimismo en la Sierra (37.1%), el análisis departamental muestra una prevalencia de desnutrición crónica de 27%.

Al hacer un análisis comparativo de los resultados de la desnutrición crónica por edades, se corrobora las estadísticas nacionales publicadas por el INEI.

Así mismo, es importante destacar que los resultados presentados no están ajenos a estadísticas nacionales, mas aún, los resultados individualizados a cada miembro de cada sector dan resultados más específicos que estar englobadas en estadísticas promedio de un grupo amplio de población.

Los resultados de la investigación también indican que la situación de desnutrición crónica no tiene diferenciación marcada debido al género, lo que obliga que las estrategias de nutrición deban de ser de similar importancia en ambos sexos.

VI. CONCLUSIONES

El presente estudio proporciona una valiosa información de gran utilidad para la toma de decisiones en el campo de las intervenciones alimentario nutricionales orientadas al estado nutricional y cambio de comportamientos en la población comunicación y educación en el tema alimentario nutricional, lo que caracteriza al Perú es su diversidad, por ello requiere conocerse las características específicas de la problemática en cada ámbito con fines de diseñar intervenciones medibles y efectivas. A continuación presentamos un listado de conclusiones necesarias a tomar en consideración:

ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS MENORES DE 05 AÑOS

De las mediciones realizadas en los sectores de intervención en niños menores de cinco años se encontró:

1. Que el 80.8% del total de la población infantil evaluada presenta diagnóstico normal o eutrófico. El 10.2% de los niños se encontraría en estado de desnutrición crónica o de retardo en el crecimiento.
2. De los niños con diagnóstico normal, se muestra que el 24.4% esta en riesgo de desnutrición crónica.
3. El porcentaje de desnutrición crónica diferenciado por sectores de intervención del Distrito del Callao. Presentando Puerto Nuevo el 12.7%, seguido por San Juan Bosco 12.5%, Ciudadela Chalaca 11.4%, Ramón Castilla el 9.7%, IV Sector de Ciudadela Chalaca 5.6% y Santa Marina – II Etapa el 2.6%.
4. El estado nutricional diferenciado por sectores de intervención del Distrito del Callao. Presentando el riesgo de desnutrición crónica, Santa Marina – II Etapa el 33.3%, seguido por Puerto Nuevo (30.3%), IV Sector - Ciudadela Chalaca (25%), San Juan Bosco (23.4%), Ciudadela Chalaca (18.1%), y Ramón Castilla (14.5%).

-
5. Los resultados de desnutrición crónica de los niños diferenciados por género. El 41% de las niñas y el 59% de los niños estarían con desnutrición crónica. Se deduce que son los varones que estarían más afectados.
 6. Los resultados de desnutrición crónica diferenciada por grupos de edades en los niños de la población de estudio. La población más afectada se presentaría en niños de 36 a 60 meses de edad (48%), seguido de la población de 12 a 23 meses de edad (24%).
 7. Los resultados de los niños de acuerdo a la clasificación de anemia, con diagnóstico de anemia leve encontramos a Santa Marina II-Etapa con la mayor proporción alcanzando el 68%, seguido de Ciudadela Chalaca y San Juan Bosco 60%, respectivamente. Ramón Castilla el 56%, Puerto Nuevo el 51% y IV Sector - Ciudadela Chalaca el 50%. En el caso de anemia moderada, Puerto Nuevo alcanza el 47%, seguido de IV Sector de Ciudadela Chalaca 46%, Ramón Castilla 44%, San Juan Bosco 40%, Ciudadela Chalaca 37% y Santa Marina II-Etapa 32%. Con diagnóstico de anemia severa encontramos a los niños de IV Sector - Ciudadela Chalaca con 4%, Ciudadela Chalaca el 3% y Puerto Nuevo el 1%.

ESTADO NUTRICIONAL DE LA GESTANTE

De las mediciones realizadas en los sectores de intervención en gestantes se encontró:

8. En el caso de San Juan Bosco el 44.4% de las gestantes presentan bajo peso, seguido de Puerto Nuevo 27.7%, Ramón Castilla 25% y Ciudadela Chalaca con el 20%. Del mismo modo, se puede visualizar que la obesidad y el sobrepeso se presentan en las gestantes de las zonas de estudio.
9. Los resultados de las gestantes evaluadas de acuerdo a la clasificación de anemia, con diagnóstico de anemia leve encontramos con la mayor proporción a San Juan Bosco y Ramón Castilla (100%); seguido por IV Sector de Ciudadela Chalaca y Puerto Nuevo con el 50%, respectivamente y Ciudadela Chalaca con el 33%. Con diagnóstico de anemia moderada, Santa Marina II -Etapa alcanza el 100%, seguido de Ciudadela Chalaca con

el 67% y IV Sector - Ciudadela Chalaca y Puerto Nuevo con el 50%, respectivamente.

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE ALIMENTACION Y NUTRICION DE LA GESTANTE Y MADRES DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS

1. En el presente estudio encontramos que las diferencias entre los sectores son notorias. En 4to Sector - Ciudadela Chalaca el porcentaje de población que alcanza el nivel superior/ técnico es 36%. En el otro extremo se encuentra Santa Marina Norte- II Etapa con 3% de madres que solo alcanzaron la primaria. En el caso de Ciudadela Chalaca el 84% de mujeres alcanza un nivel mayor a la primaria. Destaca el bajo porcentaje 1% de población de Ciudadela Chalaca sin ningún nivel educativo.
2. Respecto a los cuidados de la salud el consumo de agua con tratamiento previo, es decir hervido, alcanza porcentajes cercanos al 100%. Al preguntar a la madre sobre los momentos en que se lava las manos, las primeras respuestas fueron principalmente en los momentos en que las manos sucias pueden ser elementos de contaminación de los alimentos, es decir antes de comer, al preparar los alimentos y después de manipular las heces, ya sea al salir del baño o al cambiar el pañal al bebé. En menor proporción respondieron por otros momentos como al llegar a la casa, al levantarse, al terminar de trabajar, etc.
3. Sobre la alimentación de la gestante, mayormente el número de comidas diarias que ingieren son menos de cuatro. Refieren comer en mayor cantidad que antes de salir embarazada, siendo mayor en Santa Marina – II Etapa (100%) y menor en 4to Sector- Ciudadela Chalaca (40%). El número de veces que la gestante comió carne y menestras en la última semana en promedio alcanza una a tres veces.
4. En las zonas de estudio se encontró que la madre si reconoce las consecuencias de una mala alimentación con el nacimiento de un niño pequeño, desnutrido y con bajo peso. Las gestantes refieren no tener conocimiento sobre la anemia, alcanzando la mayor proporción, 100% en Ramón Castilla.

-
5. El 88% de gestantes refieren consumir sulfato ferroso en San Juan Bosco y en menor proporción en Ciudadela Chalaca (20%). El consumo del micro nutriente es mayormente en forma diaria y antes de la comida.
 6. Respecto a la lactancia materna las madres refieren mayoritariamente tener conocimiento sobre la “primera leche”, el destete se produce entre los 06 y 24 meses de edad del niño; el incremento del volumen de alimentos en la madre que da de lactar se observa en Ramón Castilla (90%) y en menor proporción en Ciudadela Chalaca (67%).
 7. El inicio de la alimentación complementaria generalmente ocurre más de los 06 meses de edad, el alimento de inicio mayormente es la papa y el zapallo, la forma de preparación es caldo o sopa, la adición de una cucharadita de aceite o mantequilla se presenta en los sectores; y la madre refiere es quien le proporciona los alimentos.
 8. Respecto a la alimentación del niño menor de cinco años, se encontró que el tipo de alimentos que el niño consumió el día anterior a la encuesta principalmente corresponden al grupo de cereales, tubérculos y menestras; la consistencia de la alimentación en un 64% de los casos es sólida, en un 54% semisólida y en 12% líquida.
 9. La falta de conocimiento que tienen las madres sobre la anemia alcanza mayores proporciones; se encontró que, respecto a los alimentos fuente de hierro de origen animal, la mayoría de las madres identifican muy pobremente las carnes rojas como alimentos que previenen la anemia, se observan porcentajes menores al 13% de madres que identifican este alimento para evitar la anemia. Sin embargo, las vísceras y "sangrecita" si son identificadas para tal fin donde las madres que así lo indican alcanza el 23%, así como el pescado que alcanza el 26%.
 10. En cuanto el consumo de micro nutriente por el niño no es costumbre proporcionarles, alcanzando en los sectores proporciones similares (97%) y cuando se enferman su alimento es básicamente igual que siempre y en menor frecuencia que cuando se encuentran sanos.

11. Con respecto a las barreras de acceso a los alimentos también son identificados en los sectores, en términos generales la razón más frecuente que encuentran las madres que refieren que existen alimentos a los que no pueden acceder es la falta de dinero para comprarlos, en segundo lugar se encuentra otras respuestas, y en tercer lugar se encuentra la distancia a los lugares donde pueden conseguirlos.

VI. RECOMENDACIONES

Como se ha podido ver a lo largo de todo el documento se evidencia el estado nutricional de los niños menores de cinco años y gestantes; así como los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres de niños menores de cinco años y gestantes, refleja en gran medida una forma de pensamiento, adecuada a las condiciones en que vive la población. La racionalidad de los públicos objetivos, los lleva a elegir dentro de aquello que disponen, teniendo en cuenta sus recursos, que siempre son escasos. Por tanto la intervención, debe estar orientada a:

1. Identificar los recursos tangibles e intangibles con los que dispone la población para implementar las prácticas más adecuadas en alimentación y nutrición.
2. Conducir un cambio a estilos de vida saludables respetando su cultura y promoviendo una mayor identidad de los pueblos.
3. Fomentar mejoras de las condiciones económicas y sociales que brinden mayores oportunidades de elección a los pobladores en el tema de la alimentación y nutrición.
4. Asumir la intervención educativa en los centros poblados, como un módulo especial que requiere un equipo de trabajo idóneo, con mayor amplitud de criterio que permita modificar los mensajes de acuerdo a la realidad local.
5. Fomentar la suplementación como un programa recuperativo y preventivo promocional, que orienta su atención a la población según etapa de ciclo de vida y bajo el enfoque de protección del capital humano, priorizando su acción hacia los niños y niñas menores de cinco años, madres gestantes y lactantes pobres en situación de vulnerabilidad nutricional y mejorando su calidad de vida.

Los equipos de trabajo en salud, tienen en éste documento un valioso instrumento informativo que facilitará la implementación de las mejores estrategias para mejorar el estado nutricional de los niños y las prácticas, conocimientos y actitudes de la población hacia estilos de vida saludables en alimentación y nutrición.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.** Plan binacional de desarrollo de la región fronteriza Perú- Ecuador. Capítulo Amazonas. Perú: AID; 2003.
2. **Cortéz Rafael.** La demanda de salud infantil en el Perú: un análisis teórico y empírico. Revista Apuntes CIUP. 1995; 37: p.12-18.
3. **Cardenas H.** Efecto de las condiciones socioeconómicas en el estado nutricional y sus repercusiones en la salud del adulto mayor de Lima Metropolitana. Tesis Doctoral. Universidad Nacional Federico Villarreal. Lima, Perú, 2007.
4. **Cardenas H, Gómez C, Díaz J, Camarena F.** E de la calidad de la proteína de 4 variedades mejoradas de frijol. Rev. Cubana de Alimentación y Nutrición Vol 14 (1), 2000.
5. **Fondo de las Naciones Unidas Para la Infancia.** Estado mundial de la infancia 2001. Nueva York: UNICEF; 2001.
6. **Uauy R, Castillo C.** Consecuencias de la Nutrición Inadecuada en: Nutrición y Alimentación de los Niños en los Primeros Anos de Vida. Organización Panamericana de la Salud 1997. Washington D.C
7. **Fondo Nacional de Compensación y Desarrollo Social.** Mapa de pobreza a nivel distrital. Lima: Fondo Nacional de Compensación y Desarrollo Social; 2002
8. **Instituto Nacional de Estadística e Informática.** Encuesta demográfica y de salud familiar 2000. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2001.
9. **Instituto Nacional de Estadística e Informática.** Evolución de la equidad en salud materno-infantil en el Perú: ENDESI986, 1991-1992, 1996 Y 2000. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2002.
10. **Instituto Nacional de Estadística e Informática.** Variables investigadas con las ENDES : ENDES II (1991-1992 ENDES III (1996), ENDES IV (2000): Encuesta demográfica y de salud familiar. Lima: (instituto Nacional de Estadística e informática; 2001.
11. **Instituto Nacional de Estadística e Informática.** Compendio estadístico 2002. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2002.
12. **Instituto Nacional de Estadística e Informática.** Impacto de los programas de apoyo alimentario en las condiciones de vida. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2000.
13. **Instituto Nacional de Salud. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición.** Lineamientos de nutrición infantil. Lima; 2004

-
14. **Instituto Cuanto.** Diseño de una estrategia de racionalización del gasto social público en alimentación nutricional. Lima: Instituto Cuánto; 2001.
 15. **Madrigal-Fritsch H, Martínez Salgado H.** Manual de encuestas de dieta . Instituto Nacional de salud Pública. Serie Perspectivas en Salud Pública. Cuernavaca, México; INSP; 1996, 192 Pgs.
 16. **Perú. Ministerio de Promoción de la Mujer y del Desarrollo Humano.** Plan nacional de acción por la infancia y la adolescencia (PNVI) 2002 - 2010. Lima: PROMUDEH 2002.
 17. **Menchú, T.** Guía metodológica para realizar encuestas familiares de consumo de alimentos. Guatemala: OPS/OMS/INCAP; 1991.
 18. **Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.** Mapa de las potencialidades del Perú. Una primera aproximación a nivel provincial. Lima: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; 2003.
 19. **Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.** Informe sobre desarrollo humano. Perú 2002. Aprovechando las potencialidades. Lima: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; 2002.
 20. **Vásquez E.** Cómo reducir la pobreza y la inequidad en América Latina. Lima: Universidad del Pacífico; 2000.
 21. **Vásquez E, Cortéz R, Riesco G, Parodi C.** Inversión Social para un Buen Gobierno en el Perú. Lima: Universidad del Pacífico, Centro de Investigación; 2000.

ANEXO

CLASIFICACION DE LA ANEMIA

EDAD/ SEXO/GRUPO	Leve	Moderada	Severa	Muy Severa
Mujeres en edad reproductiva (15 – 49 años) y niños de 10 a 14	10.0 - 11.9 g/dl	7.0 - 9.9 g/dl	4.0 - 6.9 g/dl	< 4.0 g/dl
Niños de 5 – 59 meses	10.0 - 10.9 g/dl	7.0 - 9.9 g/dl	4.0 - 6.9 g/dl	< 4.0 g/dl
Niños < de 5 meses	10.0 - 10.9 g/dl	7.0 - 9.9 g/dl	< 7.0 g/dl	-
Hombres > 15 años	12.0 - 12.9 g/dl	9.0 - 11.9 g/dl	6.0 - 8.9 g/dl	< 6.0 g/dl

FUENTE: OMS/OPS. WHO.2000. Adaptado

ESTUDIO DE LINEA BASAL EN NUTRICION Y SALUD

CUESTIONARIO PARA GESTANTES

ENCUESTADOR: Empiece presentándose y diga, MI NOMBRE ES _____ Y ESTOY COLABORANDO CON EL PROGRAMA DE INTERVENCION NUTRICIONAL Y ME GUSTARÍA OBTENER ALGUNA INFORMACIÓN QUE NOS AYUDE A MEJORAR LA SALUD Y NUTRICION DE LA GESTANTE. LAS PREGUNTAS SOLO TOMARÁN UNOS CUANTOS MINUTOS.

ENCUESTADOR: ¿Me permite hacerle estas preguntas? 1 SI 2 NO

ACTUALMENTE EN ESTA CASA HAY UNA GESTANTE? 1 SI 2 NO

Nombres y Apellidos: _____

Dirección: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Sabe Ud cuantos meses tiene de embarazo?

- a. SI, cuantos _____ b. NO

MODULO I: SALUD DE LA GESTANTE

1.- ¿CUAL ES EL NUMERO DE HIJOS QUE TIENE UD.?

- a. 1 a 3 hijos
- b. 3 a 5 hijos
- c. Más de 5 hijos
- d. Ninguno

2.- ¿CUANTOS KILOS CREE UD QUE DEBE AUMENTAR DURANTE EL EMBARAZO?

- a. Menos de 9
- b. Entre 9 y 12
- c. Mas de 12
- d. No sabe
- e. Otros

4.- ¿CUANTOS KILOS CREE UD. Q DEBE PESAR UN NIÑO NORMALMENTE AL NACER?

- a. Menos de 2.5
- b. Entre 2.5 y 4.0
- c. Más de 4.0
- d. No sabe
- e. Otros

5.- ASISTE UD. A SU CONTROL PRE NATAL (CPN)?

- a. Asiste al CPN
- b. No asiste al CPN

Observación: Verificar carne.

Nº DE CONTROLES: _____

MODULO II: SOBRE CONOCIMIENTOS, PRACTICAS Y ACTITUDES EN NUTRICION Y ALIMENTACION

SECCION I: ALIMENTACION DE LA GESTANTE

1.- ¿CUAL ES EL NUMERO DE COMIDAS QUE CONSUME UD.?

- a. Menos de 4 comidas diarias
- b. 4 comidas diarias
- c. Más de 4 comidas diarias

2.- ¿RESPECTO A LA CANTIDAD DE ALIMENTOS COMO ES SU CONSUMO AHORA?

- a. Menor cantidad
- b. Igual que siempre
- c. Mayor cantidad

3.- ¿CUANTAS VECES COMIÓ CARNES EN LA ULTIMA SEMANA?

- a. De 1 a 3 veces
- b. De 4 a 5 veces
- c. Mas de 5 veces
- d. No comió

4.- ¿CUANTAS VECES COMIÓ MENESTRAS EN LA ULTIMA SEMANA?

- a. De 1 a 3 veces
- b. De 4 a 5 veces
- c. Mas de 5 veces
- d. No comió

5.- ¿CUANDO COME MENESTRAS LAS ACOMPAÑA CON?

- a. infusión
- b. Gaseosa
- c. cítricos (mandarina, naranja, piña, limón)
- d. agua
- e. otros

SECCION II: PREVENCIÓN DE LA ANEMIA

1.- ¿CUAL CREE UD. QUE ES LA CONSECUENCIA DE UNA MALA ALIMENTACIÓN DURANTE SU GESTACIÓN PARA SU NIÑO?

- a. nace pequeño y con bajo peso
- b. nace enfermo
- c. no pasa nada
- d. no sabe
- e. otros

2 - ¿SABE UD. QUE ES LA ANEMIA?

- a. Si sabe
- b. No sabe

3.- ¿CONSUME UD. JARABE O PASTILLAS (SUPLEMENTACION FERROSA) PARA LA ANEMIA?

- a. Si consume
- b. No consume
- c. No responde

4.- ¿CUAL ES LA FRECUENCIA DE CONSUMO DEL JARABE O LAS PASTILLAS (SUPLEMENTACION FERROSA) PARA LA ANEMIA?

- a. Diario
- b. De vez en cuando

5.- ¿CUANDO CONSUME EL JARABE O LAS PASTILLAS (SUPLEMENTACION FERROSA) PARA LA ANEMIA?

- a. Antes de las comidas
- b. Durante las comidas
- c. Después de las comidas

MODULO III: EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA

1.- PESO BRUTO (en kilogramos) : _____

Descripción de prendas	Código	Cantidad	Peso total

2.- PESO NETO (en kilogramos) : _____

3.- ESTATURA (en centímetros) : _____

4.- RESULTADO DE LA MEDICION: MEDIDO..... 1
 REHUSÓ..... 2
 OTRA: _____ 3
 (ESPECIFICAR)

5.- HEMOGLOBINA (g/dl) : _____

FECHA DE LAS PRUEBA : _____

6.- PERSONAL PROFESIONAL:

NOMBRE DEL ANTROPOMETRISTA : _____

NOMBRE DEL ASISTENTE : _____

NOMBRE DEL ENCUESTADOR : _____

OBSERVACIONES DEL ENCUESTADOR (A): _____

ESTUDIO DE LINEA BASAL EN NUTRICION Y SALUD

CUESTIONARIO PARA MADRES/RESPONSABLES DE NIÑOS MENORES DE 05 AÑOS

ENCUESTADOR: Empiece presentándose y diga, MI NOMBRE ES _____ Y ESTOY COLABORANDO CON EL PROGRAMA DE INTERVENCION NUTRICIONAL Y ME GUSTARÍA OBTENER ALGUNA INFORMACIÓN QUE NOS AYUDE A MEJORAR LA SALUD Y NUTRICION DE LOS NIÑOS. LAS PREGUNTAS SOLO TOMARÁN UNOS CUANTOS MINUTOS.

ENCUESTADOR: ¿Me permite hacerle estas preguntas? 1 SI 2 NO

ACTUALMENTE EN ESTA CASA HAY UN NIÑO O UNA NIÑA MENOR DE 05 AÑOS (MENOR DE 60 MESES)? 1 SI 2 NO

Nombres y Apellidos de la madre/responsable: _____

Nombres y Apellidos del Niño: _____

Dirección: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ sexo: F _____ M _____

MODULO I: CARACTERISTICAS DE LA MADRE

1. ¿CUAL ES EL NIVEL DE ESTUDIOS QUE HA REALIZADO?

- | | |
|--------------------------|---|
| a. Primaria incompleta | 1 |
| b. Primaria completa | 2 |
| c. Secundaria incompleta | 3 |
| d. Secundaria completa | 4 |
| e. Superior/Técnico | 5 |
| f. Ninguna | 6 |

2.- ¿CUAL ES LA OCUPACION DE LA MADRE?

- a. Ama de casa
- b. Otra actividad

3.- CUAL ES LA EDAD DE LA MADRE?

- a. Menor de 20 años
- b. De 20 a 35 años
- c. Mayor de 35 años

4.- CUAL ES LA EDAD DE SU NIÑO?

- a. Menor de 06 meses
- b. De 06 a 11 meses
- c. De 12 a 24 meses
- d. Mayor de 24 meses

MODULO II: CUIDADO DE LA SALUD

1.- ¿CUAL ES EL TRATAMIENTO DEL AGUA QUE UD. REALIZA ANTES DE DARLE A SU NIÑO?

- a. Clorado
- b. Hervido
- c. Sin tratamiento

2.- ¿EN QUE MOMENTOS SE LAVA UD. LAS MANOS?

- a. Antes de preparar los alimentos
- b. Antes de comer
- c. Después de manipular heces
- d. Otros

3.- ¿CUAL ES EL LUGAR DONDE UD. ACUDE CUANDO SU NIÑO SE ENFERMA DE ENFERMEDADES DIARREICAS (EDAS) E INFECCIONES RESPIRATORIAS (IRA)

- a. Espero que sane solo
- b. Acudo a un curandero
- c. Acudo a una botica
- d. Acudo al servicio de salud
- e. Lo trato en casa

MODULO III: SOBRE CONOCIMIENTOS, PRÁCTICAS Y ACTITUDES EN NUTRICION Y ALIMENTACION

SECCION I: LACTANCIA MATERNA

1.- LE DIO PECHO A SU NIÑO DURANTE LA PRIMERA SEMANA QUE NACIO: (EL CALOSTRO)

- a. si
- b. no
- c. No recuerda

2.- ¿POR QUÉ NO LE DIO UD LA PRIMERA LECHE A SU NIÑO?: (CALOSTRO)

- a. Creencias
- b. Problemas del niño
- c. Problemas de la madre
- d. Otros

3.- ¿CONSIDERA IMPORTANTE QUE SU NIÑO SE ALIMENTE ÚNICAMENTE DEL PECHO DURANTE LOS PRIMEROS 6 MESES DE VIDA?:

- a. si
- b. no

4.- ¿LE DA/DIO OTROS ALIMENTOS A SU NIÑO ANTES DE LOS SEIS MESES?:

- a. Si
- b. no

5.- SI ES SI. ¿CUALES SON?

- a. Agüitas
- b. Jugos
- c. Otras leches
- d. Caldos/sopas
- e. Otros

6.- HASTA QUE EDAD LE DIO DE LACTAR A SU NIÑO:

- a. Menos de 6 meses
- b. Hasta 1 año
- c. Hasta 2 años
- d. Otros

7. ¿CUALES SON LAS RAZONES QUE MOTIVARON EL DESTETE:

- a. Enfermedad de la madre
- b. Por trabajo / estudio
- c. Poca producción de leche
- d. Por la edad del niño
- e. Enfermedad del niño
- f. otros

8.- ¿COMO CREE UD QUE DEBE SER LA ALIMENTACIÓN DE LA MADRE DURANTE LA LACTANCIA:

- a. Igual que siempre
- b. Menos de costumbre
- c. Más de costumbre

SECCION II: INICIO DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

1.- ¿A QUE EDAD INICIO A DARLE A SU NIÑO PAPILLAS, PURÉS, MAZAMORRAS: ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA?

- a. Menos de 4 meses
- b. De 4 a 6 meses
- c. Mas de 6 meses

2.- ¿CON QUE ALIMENTOS INICIO LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA?
ENTREVISTADOR: Puede marcar (X) mas de una opción

- | | | |
|------------------|--------------------------|---------------|
| a. Papa ____ | b. Zapallo ____ | c. Arroz ____ |
| d. Carne ____ | e. Fideo ____ | f. Yuca ____ |
| g. Menestra ____ | h. Hígado/sangrecita____ | i. Otros ____ |

3.- ¿LE AGREGA UD. ACEITE O MANTEQUILLA A LAS COMIDAS DEL NIÑO?

- a. Si
- b. No

4.- ¿QUIEN ES LA PERSONA QUE DA LA ALIMENTACION DIARIA AL NIÑO?

- a. Hermanos mayores
- b. La madre y el padre
- c. Solo la madre
- d. Otro adulto

SECCION III: ALIMENTACIÓN DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS:

1.- ¿CUAL ES EL GRUPO DE ALIMENTOS CONSUMIDOS POR EL NIÑO EL DIA ANTERIOR A LA ENTREVISTA?

GRUPO DE ALIMENTOS	MARCAR CON UNA X
a. Cereales, tubérculos y menestras	
b. verduras	
c. frutas	
d. Leche y derivados	
e. Carnes y huevos	
f. Grasas y azucares	

2.- ¿CUAL ES LA CONSISTENCIA DE LA ALIMENTACIÓN DEL NIÑO?

- a. liquido
- b. semi sólido
- c. sólido

3.- ¿CUANTAS VECES AL DÍA DEBE COMER SU NIÑO?

- a. De 1 a 2 veces
- b. De 3 a 4 veces
- c. De 5 veces a mas

SECCION IV: PREVENCION DE LA ANEMIA DEL NIÑO

1. ¿SABE UD. QUE ES LA ANEMIA?

- c. Si sabe
- d. No sabe

2. ¿QUE ALIMENTOS CREE UD. QUE EVITAN LA ANEMIA? ENCUESTADOR: Puede marcar (X) mas de una opción.

- a. Carnes rojas____
- b. Frutas____
- c. menestras____
- d. Vísceras / sangrecita____
- e. Verduras____
- f. pescado____
- g. otros____

3.- ¿CUAL ES LA PROCEDENCIA DE LAS FRUTAS Y VERDURAS QUE CONSUME?

- a. Mercado local
- b. Mercados alejados
- c. Donaciones

4.- ¿CUAL ES LA PROCEDENCIA DE CARNES, LECHE Y DERIVADOS QUE CONSUME?

- a. Mercado local
- b. Mercados alejados
- c. Donaciones

MODULO IV: EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA

1.- PESO BRUTO (en kilogramos) : _____

Descripción de prendas	Código	Cantidad	Peso total

3.- PESO NETO (en kilogramos) : _____

4.- LONGITUD / ESTATURA (en centímetros) : _____
Tomado: A. Acostado B.- De pie.

5.- RESULTADO DE LA MEDICION: MEDIDO..... 1
REHUSO..... 2
OTRA: _____ 3
(ESPECIFICAR)

6.- HEMOGLOBINA (g/dl) : _____

7.- PRUEBA DE PARASITOS : SI () NO () RESULTADO: _____

FECHA DE LAS PRUEBA : _____

8.- PERSONAL PROFESIONAL:

NOMBRE DEL ANTROPOMETRISTA : _____

NOMBRE DEL ASISTENTE : _____

NOMBRE DEL ENCUESTADOR : _____

OBSERVACIONES DEL ENCUESTADOR (A): _____
