

**APROXIMACIÓN AL CONSUMO
DE ALIMENTOS Y PRÁCTICAS
DE ALIMENTACIÓN Y CUIDADO INFANTIL
EN NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 23 MESES DE EDAD**

Realizado en familias de la provincia de Vilcashuamán, región Ayacucho

APROXIMACIÓN AL CONSUMO DE ALIMENTOS Y PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN Y CUIDADO INFANTIL EN NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 23 MESES DE EDAD

Realizado en familias de la provincia de Vilcashuamán, región Ayacucho

Primera edición

Agosto 2012

© FUNDACIÓN ACCIÓN CONTRA EL HAMBRE

Calle Francisco del Castillo 235, 2.º piso

Urb. San Antonio, Miraflores

Teléfonos: 6282836 / 6282835

Edición:

Henry Torres Fuentes Rivera

Coordinación técnica:

Alejandro Vargas Vásquez

Corrección de estilo y cuidado de la edición:

José Luis Carrillo

Diseño y diagramación:

www.digitalworldperu.com

Imprenta:

Tarea Asociación Gráfica Educativa

Psje. María Auxiliadora 156, Lima - Perú

Lima, Agosto 2012

Tiraje: 200 ejemplares

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2012-06786

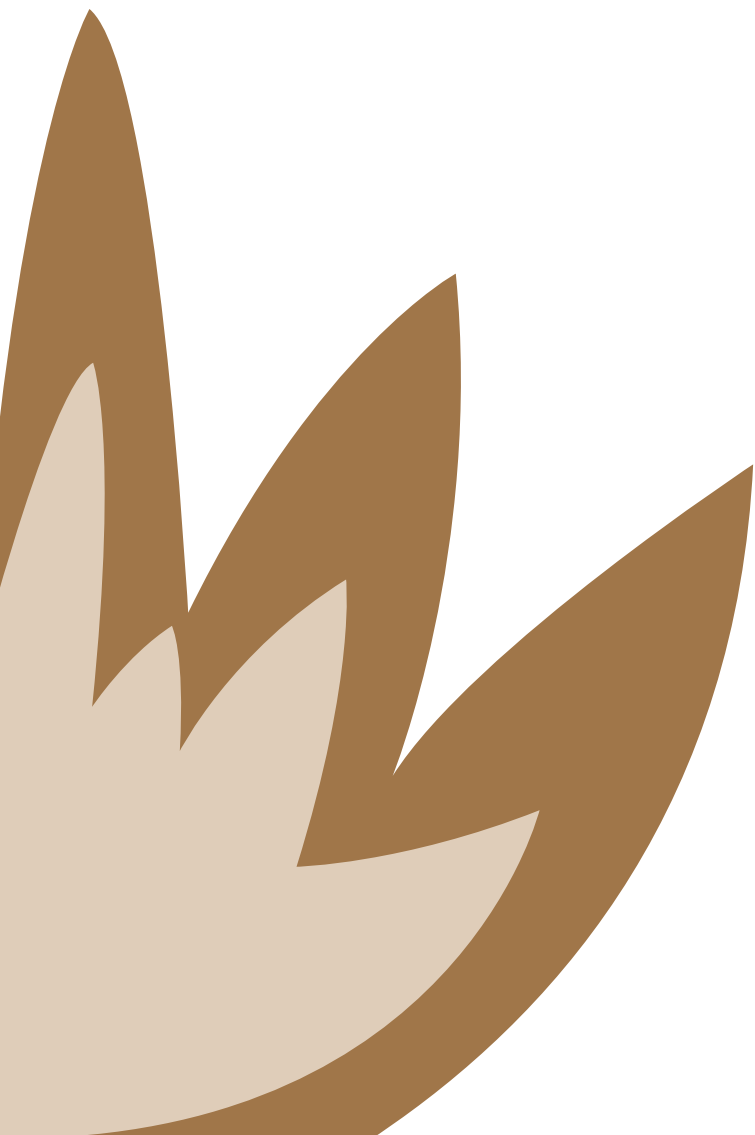
Este estudio ha sido realizado en el marco de la Línea de base del Proyecto de Desnutrición Crónica Infantil, por medio del Contrato N.º 01.11 suscrito entre la Fundación Acción Contra el Hambre y el Instituto de Investigación Nutricional. Dicho Proyecto se implementa a través del Convenio 10-COI-064, "Seguridad Alimentaria y Nutricional en Paraguay y Perú", que es financiado por la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) y cofinanciado por la Generalitat Valenciana y el Gobierno de Navarra.

El contenido de este material es responsabilidad exclusiva de Acción Contra el Hambre, y en ningún caso debe considerarse que refleja los puntos de vista de la AECID, la Generalitat Valenciana y el Gobierno de Navarra.

En la Fundación Acción Contra el Hambre somos conscientes de que el lenguaje privilegia al género masculino en desmedro del femenino. Sin embargo, mientras no se encuentren soluciones gráficas satisfactorias para referirse a ambos, seguiremos usando en nuestros documentos el género masculino para referirnos a hombres y mujeres.

**APROXIMACIÓN AL CONSUMO
DE ALIMENTOS Y PRÁCTICAS
DE ALIMENTACIÓN Y CUIDADO INFANTIL
EN NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 23 MESES DE EDAD**

Realizado en familias de la provincia de Vilcashuamán, región Ayacucho



AGRADECIMIENTOS

A las familias de las comunidades de la provincia de Vilcashuamán, por permitirnos compartir sus vivencias, por su confianza y paciencia para hacer posible este estudio.

A los miembros de las Juntas Directivas Comunes, de las Organizaciones Sociales de Base y Agentes Comunitarios de Salud, por su apoyo y tiempo para realizar las acciones planteadas en el estudio, así como por su enorme confianza.

A los funcionarios del Ministerio de Salud, del Gobierno Regional de Ayacucho, de la Dirección Regional de Salud Ayacucho, Red de Salud Centro y Micro Red de Salud Vilcashuamán, por su participación en la validación de los instrumentos y la metodología del diagnóstico; y en la coordinación para la implementación del estudio.

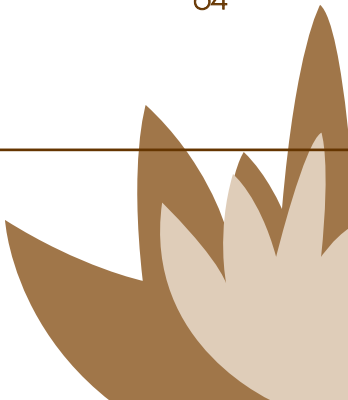
A la doctora Nelly Zavaleta y a la licenciada Graciela Respicio, del Instituto de Investigación Nutricional (IIN), por haber desarrollado la Línea de base de Salud y Nutrición del Proyecto de Desnutrición Crónica Infantil, denominado Programa Sumaq Kawsay.

ÍNDICE



INDICE

INTRODUCCIÓN	8
I. OBJETIVOS DEL ESTUDIO	10
II. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO	12
Grupo de estudio	13
Registro de la información	14
Pesado directo de alimentos	14
Recordatorio del consumo de alimentos	15
Observación en el hogar	16
Procesamiento, digitación y análisis de datos	16
III. ACCIONES PRELIMINARES DEL ESTUDIO	18
Actividades previas a la encuesta de consumo	19
Aprobación del Comité de Ética	19
IV. RESULTADOS	20
Ingesta de nutrientes	21
Consumo de alimentos	33
Prácticas de alimentación y salud	51
V. DISCUSIÓN	58
VI. CONCLUSIONES	60
VII. RECOMENDACIONES	62
VIII. ANEXOS	64



INTRODUCCIÓN



Una buena alimentación en los dos primeros años de vida es uno de los requisitos fundamentales para lograr un crecimiento y desarrollo saludables. En esta etapa las necesidades nutricionales son altas, debido a la mayor velocidad de crecimiento, razón por la cual es muy importante conocer los niveles de consumo de nutrientes y patrones de alimentación y, así, estar en condiciones de brindar recomendaciones efectivas.

Las investigaciones acerca del consumo alimentario en niños son poco usuales en la literatura científica, al parecer debido a su complejidad metodológica y operativa (en lo que concierne a la implementación en el hogar). Más escasos aún son los estudios sobre el tema, en especial en el área rural andina.

En el Perú se tiene como referencia la Encuesta Nacional de Consumo de Alimentos en mujeres en edad fértil y niños menores de 12 a 35 meses, realizada en el año 2003 por el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN). Este estudio se llevó a cabo a partir de un diseño de tipo descriptivo, transversal y prospectivo; y centrado en la energía, los carbohidratos, las proteínas, las grasas, el hierro y la vitamina A. Los resultados referidos a las medianas de adecuación en niños y niñas indican ingestas de proteína (155,5%) y vitamina A (141,4%) por encima de lo normal, y un consumo deficiente de energía (89,3%), lípidos (75,5%) y hierro (41,8%).

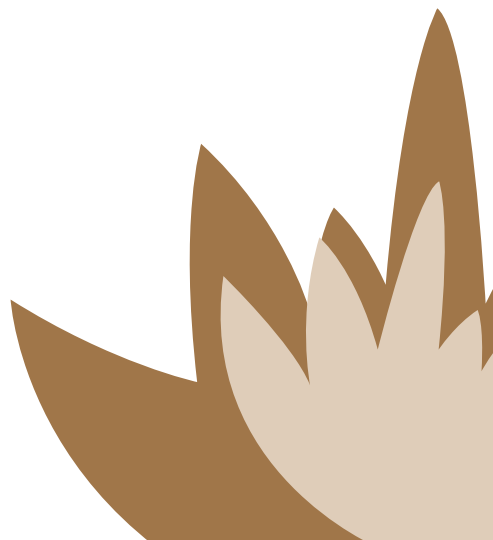
El trabajo que aquí presentamos, realizado en el marco de los estudios iniciales del Programa Sumaq Kawsay, que es implementado en conjunto por la Fundación Acción Contra el Hambre y las instituciones públicas y privadas y las comunidades de los distritos de la provincia de Vilcashuamán, región Ayacucho, está centrado en niños y niñas de 6 a 23 meses de edad y evalúa sus niveles de consumo de energía, proteínas, vitaminas y minerales. Además, muestra los tiempos de comida brindados a niños y niñas por las familias rurales, y los tipos de preparaciones ofrecidas y los alimentos utilizados en la alimentación infantil. Finalmente, a través de la observación, la presente investigación reporta las prácticas de cuidado infantil.

I

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

El estudio se propuso:

- Determinar los niveles de adecuación de energía, proteína, vitaminas y minerales en la alimentación de niños y niñas de 6 a 23 meses.
- Identificar el nivel de consumo de algunos alimentos en niños y niñas de 6 a 23 meses.
- Reconocer prácticas de lactancia materna continua, de alimentación infantil y de cuidado infantil en niños y niñas de 6 a 23 meses.



II

METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

GRUPO DE ESTUDIO

La evaluación se desarrolló en una submuestra¹ de 50 niños y niñas de entre 6 y 23 meses de edad, miembros de 50 familias con niños menores de 2 años de la provincia de Vilcashuamán, región Ayacucho (Perú). Para ello se seleccionaron previamente 50 conglomerados en la provincia de Vilcashuamán, y luego se eligió, en forma aleatoria, un niño o niña de cada conglomerado.

Los *criterios de inclusión* fueron:

- Niños o niñas de entre 6 y 23 meses de edad.
- Familias que firman el consentimiento informado para realizar el estudio.

A su vez, los *criterios de exclusión* fueron:

- Familias con niños menores de 6 meses de edad.
- Familias con niños mayores de 23 meses de edad.
- Niños muy enfermos: con fiebre alta, diarrea, deshidratación, problemas respiratorios agudos, o con imposibilidad para ingerir alimentos.
- Familias que tuvieran una festividad o evento que pudiera interferir con el consumo habitual de alimentos en el hogar, especialmente por los niños.
- Familias que no aceptan la presencia del nutricionista en por lo menos un evento de comida en su hogar.
- Familias que no aceptan firmar el consentimiento informado.

1

Cabe indicar que la muestra total fue de 50 conglomerados, 500 niños y 500 viviendas de familias con niños menores de 3 años seleccionadas aleatoriamente para la evaluación de la Línea de Base del Programa Sumaq Kawsay que implementa la Fundación Acción Contra el Hambre del 2010 al 2014.

El estudio incluyó dos técnicas de evaluación de la ingesta de alimentos: 1) el pesado directo de alimentos y preparaciones, método prospectivo (1,2), y 2) el recordatorio de consumo de alimentos, método retrospectivo (2,3). Asimismo, se aplicó la técnica cualitativa de observación para la evaluación de prácticas en el hogar.

REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

Las encuestas de consumo² fueron aplicadas por un profesional nutricionista debidamente capacitado y con experiencia. El trabajo de recolección de los datos se iniciaba alrededor de las 4:30 a.m. y terminaba aproximadamente a las 8:00 p.m. (excepcionalmente el nutricionista permaneció 24 horas consecutivas en el hogar, porque la vivienda se encontraba muy alejada del lugar donde pernoctaba la brigada de trabajo para la elaboración de la Línea de Base). De ahí que haya sido necesario contar con el consentimiento de los encuestados. Todo el personal logró empatía con las familias enroladas, con lo que se garantizó la permanencia prolongada en los hogares.

PESADO DIRECTO DE ALIMENTOS

Durante la permanencia del nutricionista en el hogar se anotó el peso de todos los ingredientes utilizados en las preparaciones; asimismo, se registraron los pesos de los alimentos o preparaciones ofrecidos al niño y todos los residuos del plato en el que comió.

Para este fin se contó con una balanza digital marca Schoenle, con capacidad de 5 kg y 1 gr de precisión. El nutricionista dispuso de un peso fijo que utilizó antes de cada registro para verificar la calibración de la balanza, así como de una caja de madera que hacía las veces de mesa para colocar la balanza en un lugar fijo, y que también sirvió para transportar el equipo y así evitar que perdiera precisión.

2 | Los formatos de la encuesta de consumo se adjuntan como anexo 1.



La aceptación y las facilidades brindadas en los hogares seleccionados de las diferentes comunidades de la provincia de Vilcashuamán permitieron que la mayor parte de la información se tome a través del pesado directo de alimentos. Por lo tanto, éste fue el método predominante, y el que permitió lograr una mayor exactitud y precisión de los datos.

RECORDATORIO DEL CONSUMO DE ALIMENTOS

Este método fue aplicado en dos situaciones: 1) cuando el nutricionista tuvo que retirarse de la casa y retomar la visita en la tarde porque la familia no quería que los acompañara en algunas horas del día; y, 2) cuando reanudó la visita por la tarde o permaneció gran parte del día para observar la última comida consumida por el niño y debió retirarse porque la familia quería descansar. En el primer caso, que se realizó el mismo día, se recabó por recordatorio el consumo de alimentos ofrecidos en el lapso de tiempo que no se pudo observar. Y en el segundo, que se llevó a cabo al día siguiente en una segunda visita, se recogió básicamente información sobre el consumo de leche materna durante la noche y la madrugada hasta completar las 24 horas. El instrumento que recoge la información por recordatorio se aplicó a la madre del niño, responsable de alimentarlo.

El registro de los datos se hizo recordando y reproduciendo el servido de los alimentos o preparaciones ofrecidos a los niños por sus madres. Esta información se anotó en el formulario en medida casera, y para ello se utilizó una variedad de instrumentos que facilitaron la aproximación de la porción de comida y su conversión a gramos netos.

Como la aplicación del método exigía gran minuciosidad en el registro de los datos, se recurrió a recursos como muestras de cerámica de diversos tipos de carnes, tubérculos, verduras, frutas, regla, jarras medidoras y utensilios de cocina variados. Todos estos materiales conformaron el *kit* básico para lograr los cálculos correspondientes a los gramos del alimento servido y consumido por los niños cuando la información fue reportada por recordatorio.

OBSERVACIÓN EN EL HOGAR

Esta técnica buscaba identificar el comportamiento y observar la interacción entre la madre y el niño durante al menos un tiempo de comida. Mientras se realizaba la encuesta de consumo, se aprovechó la presencia del encuestador en el domicilio para aplicar la guía de observación a medida que se iban dando los distintos eventos alimenticios. Aunque la indicación era observar al menos un momento de comida principal, el tiempo de permanencia permitió apreciar el desayuno, el almuerzo y la cena, captando el comportamiento de la madre, su interacción con el niño y la práctica de lavado de manos. El encuestador se limitó a observar y tomar nota de las respuestas correspondientes a cada ítem sin realizar comentario alguno.

PROCESAMIENTO, DIGITACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

Las encuestas fueron revisadas en campo por los propios encuestadores, luego por el jefe de grupo y finalmente por el coordinador general del estudio. El procesamiento de la información se realizó en la provincia de Vilcashuamán, donde un equipo de digitadores ingresaba los datos diariamente. Cuando se identificaron inconsistencias, se regresó donde las familias para verificar la información.

La etapa de revisión final del total de encuestas de consumo se hizo en el Instituto de Investigación Nutricional (IIN), en Lima. De esta manera se revisó cada dato reportado, se verificaron los cálculos, se reprodujeron preparaciones y se confirmó la consistencia de la información de las 50 encuestas de consumo y de observación en el hogar. Asimismo, se adecuó la tabla de composición de alimentos del IIN agregando a la base de datos los nuevos reportados en el estudio.

Una vez que se terminó de revisar todos los formatos de consumo, se procedió a la digitación. El ingreso de la información se hizo con el paquete Microsoft Access 2003. La consistencia de la información digitada y el análisis de la base de datos estuvieron a cargo de un profesional en estadística que usó el paquete SPSS V15.





ACCIONES PRELIMINARES DEL ESTUDIO

ACTIVIDADES PREVIAS A LA ENCUESTA DE CONSUMO

Se llevaron a cabo las siguientes:

- Encuesta sobre alimentos disponibles en la zona de estudio, con visitas a los mercados y ferias de venta.
- Exploración sobre el tipo de utensilios utilizados para dar de comer a los niños.
- Entrevistas para replicar porciones de alimentos de cerámica a madres con niños menores de 2 años de zonas urbanas y rurales.
- Ejercicio de preparación de recetas infantiles en hogares que tuvieran niños menores de 2 años de zonas urbanas y rurales para probar el formato.
- Encuesta piloto de consumo de alimentos por peso directo y recordatorio, en hogares con niños menores de 2 años de zonas urbanas y rurales.
- Observación de las prácticas de cuidado durante una comida principal en hogares con niños menores de 2 años.
- Compra y pesado de alimentos locales.

APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Instituto de Investigación Nutricional con el número 306-2011 CEI/IN.³

IV

RESULTADOS

INGESTA DE NUTRIENTES

La evaluación de la ingesta nutricional durante este periodo de vida es importante para determinar si la alimentación ofrecida cubre las necesidades de energía y nutrientes e identificar las posibles deficiencias. Otro componente útil para evaluar la ingesta de nutrientes es el uso de tablas de composición de alimentos que cuenten con información de los alimentos utilizados por esta población. Así, se dispuso el uso de la tabla de composición del IIN, que incluye información de la tabla peruana de composición de alimentos del CENAN, y de otras tablas sobre todo para micronutrientes que no aparecen en aquélla, además de datos provistos por análisis propios, lo que garantiza el cálculo de los diversos nutrientes de los alimentos consumidos por la población estudiada. El cálculo se realizó determinando los gramos de alimentos consumidos, que fueron tomados mediante pesado directo de las preparaciones consumidas, trasladadas a una base de datos y analizadas con la tabla ya citada.

La valoración de la ingesta también demanda el uso de referencias sobre los requerimientos nutricionales de energía, proteínas, vitaminas y minerales, para establecer los puntos de corte de las comparaciones. En este análisis se utilizaron las referencias internacionales vigentes para estas estimaciones.⁴

4

WORLD HEALTH ORGANIZATION/UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND: *Complementary Feeding of Young Children in Developing Countries: A Review of Current Scientific Knowledge*. Génova: WHO, WHO/NUT/98.1, 1998. DEWEY, K. G. y K. H. BROWN: "Update on Technical Issues Concerning Complementary Feeding of Young Children in Developing Countries and Implications for Intervention Programs". *Food Nutrition Bull*, 24(1): 5-28, 2003. FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION/WORLD HEALTH ORGANIZATION/UNU: "Human Energy Requirements". *Report of a Joint Expert Consultation*. Roma: FAO /WHO/UNU, 2004. DIETARY DRI REFERENCE INTAKES: *The Essential Guide to Nutrient Requirements*. OTTEN, J., J. PITZI HELWIG y L. MEYERS (editores). Washington, D. C.: Institute of Medicine of the National Academics, 2006. FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: "Human Vitamin and Mineral Requirements". *Report of a Joint FAO/WHO Expert Consultation*. Tailandia: FAO/OMS, 2002.

Los niños de este estudio están comprendidos en el grupo de edad que va de los 6 meses a los 23 meses. Por tanto, la estimación de la energía y los nutrientes requeridos de los alimentos complementarios debe tomar en cuenta la situación de lactancia materna de este grupo. Como no se dispone de información del volumen de leche materna que consumen estos niños, en este análisis se consideran dos niveles de ingesta de esta leche: uno promedio y el otro bajo.⁵

Aunque el volumen consumido de leche materna disminuye con la introducción de los alimentos complementarios, ésta continúa siendo una fuente importante de nutrientes para los infantes; aun así, no existen evidencias del consumo real de leche materna en bebés de poblaciones rurales del país, por lo que el análisis contempla estos dos escenarios para su comparación.

Distribución porcentual de energía según macronutrientes

En las figuras 1, 2 y 3 se muestra la distribución porcentual de energía proveniente de carbohidratos, proteínas y grasas (macronutrientes) para cada grupo de edad. Los datos fueron calculados a partir del aporte promedio registrado para cada grupo de edad. Los rangos de distribución adecuados de macronutrientes (AMDR) se han establecido para niños a partir del año de edad.⁶ La Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)⁷ determina el porcentaje de energía a partir de los alimentos complementarios que se debe proporcionar en forma de grasa según grupo de edad y nivel de ingesta de leche materna. En tal virtud, los comentarios sobre distribución de macronutrientes se referirán al aporte de grasa en la alimentación.

Los resultados de los gráficos citados resaltan una proporción de calorías provenientes de las grasas de 15%, 34% y 21% para los niños de 6 a 8 meses, 9 a 11 meses y 12 a 23 meses de edad, respectivamente, valores que caen dentro

5 | WORLD HEALTH ORGANIZATION/UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND, *op. cit.*, 1998. DEWEY, K. G. y K. H. BROWN: "Update on Technical Issues Concerning Complementary Feeding of Young Children in Developing Countries and Implications for Intervention Programs". *Food Nutr Bull*, 24(1): 5-28, 2003.

6 | DIETARY DRI REFERENCE INTAKES, *op. cit.*, 2006.

7 | ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD-ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: *Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado*. Washington, D. C.: OPS/OMS, 2003.



de los rangos aceptables considerando un consumo de lactancia promedio, que recomiendan 0%-34%, 5%-38% y 17%-42% para dichos grupos de edad. Mientras que para consumos de leche materna baja estarían por debajo del límite recomendado los niños de 6 a 8 meses y 12 a 23 meses de edad, cuyos rangos adecuados van de 19-42% para el primer grupo de edad y de 28-44% para los mayores de un año.

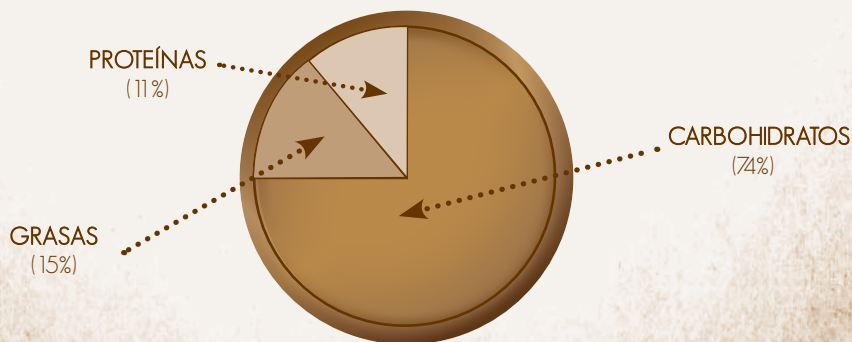
En este estudio la fuente de grasa de la alimentación complementaria sería básicamente el aceite que se usó para aderezar las comidas en cantidades mínimas, de las carnes cuando tuvieron oportunidad de consumirlas, aunque también les ofrecen el pellejo del chanco. No se observó la práctica de agregar aceite o mantequilla a la comida de los niños.

La grasa provee ácidos esenciales, permite la absorción de las vitaminas liposolubles y contribuye a lograr una mejor densidad energética de las comidas, por lo que se la considera importante en la alimentación de los niños pequeños.

Asimismo, cumple un importante papel en la formación estructural de órganos, pues provee los ácidos grasos y el colesterol necesario para formar membranas. Más aún: órganos importantes, como la retina del ojo y el sistema nervioso central, están constituidos predominantemente por grasas.

Figura 1

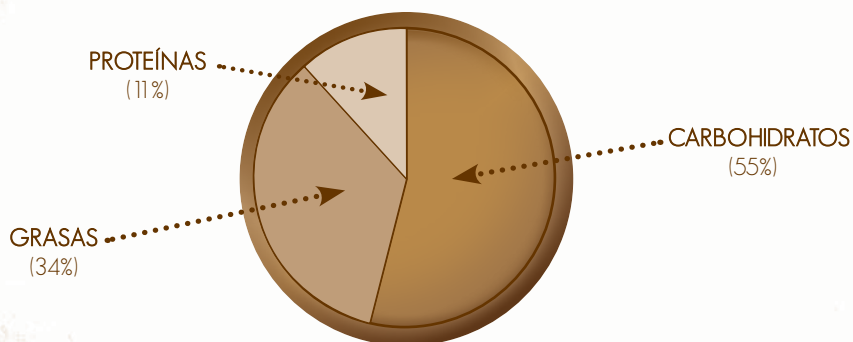
Provincia de Vilcashuamán: Distribución porcentual de energía según macronutrientes provenientes de alimentos complementarios en niños de 6 a 8 meses de edad, 2011



Fuente: Línea de base del Programa Sumaq Kawsay, 2011.

Figura 2

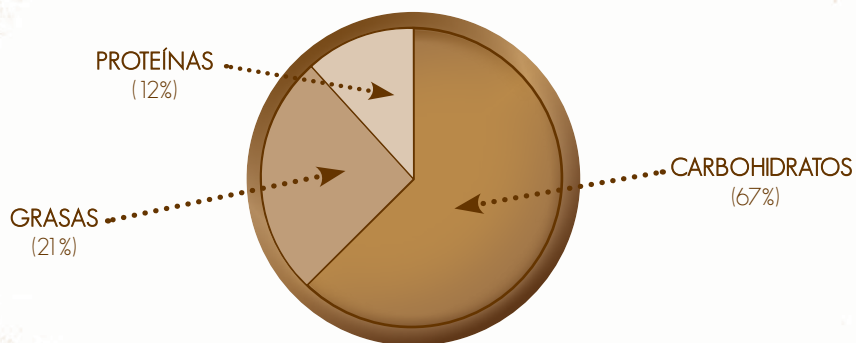
Provincia de Vilcashuamán: Distribución porcentual de energía según macronutrientes provenientes de los alimentos complementarios en niños de 9 a 11 meses de edad, 2011



Fuente: Línea de base del Programa Sumaq Kawsay, 2011.

Figura 3

Provincia de Vilcashuamán: Distribución porcentual de energía según macronutrientes provenientes de alimentos complementarios en niños de 12 a 23 meses de edad, 2011



Fuente: Línea de base del Programa Sumaq Kawsay, 2011.

Ingesta de energía, proteínas y micronutrientes en niños de 6 a 23 meses

En la tabla 1 se muestra la ingesta promedio de energía, proteínas, vitaminas y minerales aportados por los alimentos complementarios en niños de 6 a 23 meses de edad. Éstos han sido comparados con las recomendaciones diarias, ajustadas según el nivel de consumo de lactancia materna (alto, medio o bajo); por ello, a mayor consumo de leche materna se estima una menor ingesta proveniente de alimentos complementarios, y viceversa. Para este análisis específico se ha considerado que los niños presentan consumo bajo o medio de leche materna, según la observación realizada en las familias estudiadas.

Teniendo en cuenta lo mencionado, se verifica que los niños de 6 a 8 meses de edad cubren sus recomendaciones nutricionales de vitamina A, tiamina, folato y vitamina C, sea en los consumos de leche materna media o baja. Asimismo, este grupo etario lograría cubrirlas para proteína, riboflavina y vitamina C, siempre y cuando tengan un consumo medio de esta leche. Sin embargo, este grupo presenta un déficit de consumo en energía, niacina, hierro, zinc y calcio, independientemente de su nivel de consumo de leche materna.

Al analizar los grupos etarios de 9-11 meses y 12-23 meses se constata que nutrientes como la vitamina A, el folato y la vitamina C son cubiertos por los consumos medio y bajo de leche materna. No obstante, para un consumo de leche materna medio o bajo se aprecia una ingesta deficiente de tiamina, niacina, calcio, hierro y zinc.

De lo recién anotado se puede colegir que la situación del consumo de energía, proteína, hierro, zinc y calcio —nutrientes claves en el crecimiento y desarrollo del grupo en estudio— es deficiente.



Tabla 1

Provincia de Vilcashuamán: Ingesta promedio de energía y nutrientes provenientes de alimentos complementarios y recomendación de energía y nutrientes según niveles de ingesta de leche materna en niños de 6 a 23 meses, 2011

Energía y nutrientes	Ingesta promedio y recomendación por grupo de edades								
	Ingesta promedio y desviación estándar	Recomendación ⁱ		Ingesta promedio y desviación estándar	Recomendación ⁱ		Ingesta promedio y desviación estándar	Recomendación ⁱ	
		En niños con lactancia materna baja ⁱⁱ	En niños con lactancia materna media ⁱⁱ		En niños con lactancia materna baja ⁱⁱ	En niños con lactancia materna media ⁱⁱ		En niños con lactancia materna baja ⁱⁱ	En niños con lactancia materna media ⁱⁱ
	6 a 8 meses de edad			9 a 11 meses de edad			12 a 23 meses de edad		
Energía ⁱⁱⁱ (Kcal)	186 ± 97,3	465	196	310 ± 186	789	455	517 ± 196,1	1.092	779
Proteínas (gr)	5,54 ± 3,2	5,2	2	9,2 ± 5,8	6,7	3,1	15,61 ± 6,4	9,1	5
Vitamina A (ER)	525,6 ± 1.058,6	164	13	252,8 ± 264,7	214	42	320,8 ± 264,2	313	126
Tiamina (mg)	0,12 ± 0,1	0,1	0,1	0,19 ± 0,1	0,2	0,2	0,34 ± 0,20	0,5	0,4
Niacina (mg)	2,04 ± 1,9	3	3	1,8 ± 1,1	5	4	4,03 ± 2,6	8	7
Riboflavina (mg)	0,2 ± 0,2	0,3	0,2	0,2 ± 0,2	0,3	0,2	0,4 ± 0,25	0,5	0,4
Folato (µg)	31,9 ± 28,8	0	0	45,2 ± 29,2	9	0	78,6 ± 38,2	35	3
Vitamina C (mg)	11,4 ± 7,4	10	0	16,8 ± 13,6	14	0	31,3 ± 34,2	23	8
Calcio (mg)	54,5 ± 28,4	421	336	114,8 ± 121,3	449	353	180,4 ± 171,7	301	196
Hierro (mg) (baja biodisponibilidad)	1,79 ± 0,95	20,9	20,8	2,56 ± 1,3	20,9	20,8	4,4 ± 1,97	11,9	11,8
Hierro (mg) (media biodisponibilidad)	1,79 ± 0,95	10,9	10,8	2,56 ± 1,3	10,9	10,8	4,4 ± 1,97	5,9	5,8
Hierro (mg) (alta biodisponibilidad)	1,79 ± 0,95	6,9	6,8	2,56 ± 1,3	6,9	6,8	4,4 ± 1,97	3,9	3,8
Zinc ^{iv} (mg)	0,88 ± 0,6	4,6	4,2	1,6 ± 1,0	4,7	4,3	2,4 ± 1,5	6,3	5,8

i Estimated nutrient needs from complementary foods on based Recommended Nutrient Intake (RNI) by level of usual breast milk intake from "Complementary Feeding of Young Children in Developing Countries: A review of current scientific knowledge".

ii The categories Low, Average and High correspond to intake from breast milk being: Low (Mean -2 SD), Average (Mean) and High (Mean + 2 SD).

iii Energy needed from complementary foods calculated by difference, i.e. energy requirement minus energy consumed from breast milk.

iv Base on amount of zinc in breast milk from Institute of Medicine (1991) and zinc requirement from British DRV (Department of Health, 1991).

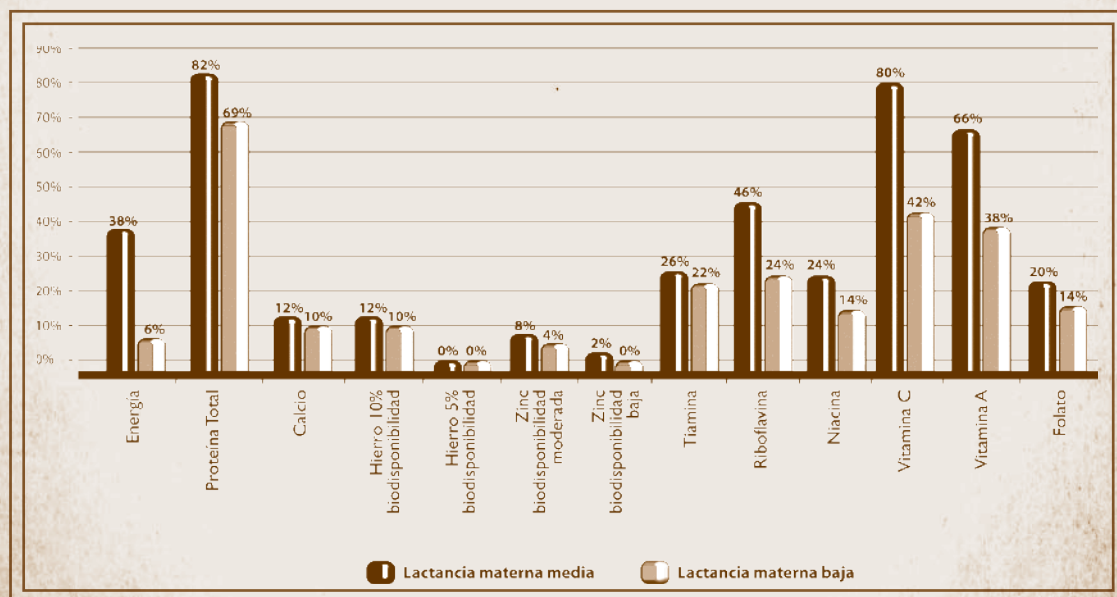


Porcentaje de niños de 6 a 23 meses de edad que cubren sus recomendaciones de energía y nutrientes según ingesta de leche materna.

En la figura 4 se muestra el porcentaje de niños que logran cubrir sus recomendaciones de energía, proteínas y micronutrientes provenientes de los alimentos complementarios, según el consumo medio y bajo de leche materna.

Figura 4

Provincia de Vilcashuamán: Porcentaje de niños de 6 a 23 meses de edad que cubren sus recomendaciones de energía y nutrientes considerando niveles de ingesta medio y bajo de leche materna, 2011



Fuente: Línea de base del Programa Sumaq Kawsay, 2011.

A continuación se describen los resultados que se muestran en la figura anterior.

Energía

En la figura 4 se aprecia que apenas el 38% de los niños alcanzan a cubrir sus necesidades energéticas cuando su ingesta de leche materna es considerada como media; y este valor disminuye aún más cuando el consumo de leche materna es bajo (6%). Cifra muy preocupante si se toma en cuenta que se trata de un grupo etario en pleno crecimiento y desarrollo. Cuando la ingesta de energía es baja, el cuerpo se adapta reduciendo la actividad física y disminuyendo la velocidad del crecimiento, lo que conduce al niño a una pérdida de peso y acarrea serias consecuencias para su salud y calidad de vida futura.

Durante este periodo de edad son los alimentos consumidos a lo largo del día y también la ingesta de leche materna las fuentes de energía y demás nutrientes necesarios para el organismo; no obstante, no basta con ofrecer alimentos variados si éstos no se preparan con una consistencia adecuada, si la cantidad que se consume es muy reducida y si las veces que se les ofrecen alimentos es limitada. Un aspecto que merece ser resaltado es que este estudio se llevó a cabo en el periodo de lluvias (enero y febrero), durante el cual hay altas probabilidades de que los alimentos escaseen.

En Vilcashuamán se ha observado que más de la mitad de los niños recibe 4 o más comidas al día; sin embargo, no todos llegan a consumir un almuerzo ni una cena, lo que indica que estarían consumiendo más alimentos entre comidas que comidas principales. Entre las preparaciones que han predominado se encuentran además las sopas, los bebibles, los segundos, el pan y los alimentos sancochados, pero todo indica que la porción que se consume no es suficiente, como lo muestran los niveles de ingesta de energía y nutrientes.

El número de veces que un niño de este grupo de edad debe recibir alimentos para cubrir sus necesidades energéticas dependerá de la densidad energética y de la cantidad que consuma en cada comida. Las papillas, purés, segundos, mazamoras con leche y alimentos sólidos son ideales en esta edad, porque aportan densidades a partir de 0,8 Kcal/gr.



Proteína

En relación con la proteína, en la figura 4 se puede observar que 82% de los niños cumplen con las recomendaciones considerando un consumo de lactancia materna media; mientras que un porcentaje menor, 69% de niños, lo cubre si se considerase un consumo bajo de leche materna. Las proteínas son un componente esencial para la estructura y las funciones de todas las células del cuerpo. Estas células necesitan renovarse de tiempo en tiempo, y para ello es indispensable el aporte de proteínas. Aunque el consumo de proteínas de los niños del estudio pareciera estar mejor que su ingesta energética, es importante precisar que si los carbohidratos y la grasa contenidos en su alimentación no pueden proveer una cantidad adecuada de energía, es la proteína la que debe cubrir este déficit, con lo que queda menos proteína disponible para el crecimiento, la reposición celular y otras necesidades metabólicas.⁸ Si se recuerda, una vez más, que se trata de un grupo que está en etapa de crecimiento, resulta de especial importancia asegurar un buen aporte de energía y proteínas.

En cuanto a las proteínas que consumieron los niños del estudio, el 33% del total de este nutriente que es consumido por los niños de 6 a 11 meses de edad corresponde a fuentes de origen animal, porcentaje muy similar en el grupo de niños mayores de un año (35%). Es conveniente tener en cuenta que los alimentos de origen animal constituyen una importante fuente de micronutrientes. Al respecto, no es posible afirmar que estos alimentos se den con la frecuencia y en la cantidad adecuadas.

Calcio

Otro nutriente esencial para la vida y la salud es el calcio. Este trabajo pone en evidencia que apenas el 12% de los niños evaluados presentan ingestas adecuadas de calcio si tuvieran un consumo medio de leche materna, y que este porcentaje se reduce a 10% si se considera una lactancia materna baja.

8

FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION/WORLD HEALTH ORGANIZATION: "Human Vitamin and Mineral Requirements". *Report of a Joint Expert Consultation*. Tailandia: FAO /WHO, 2002.

Las principales fuentes de este mineral son los productos lácteos, y aunque la leche y el queso se reportan entre las preparaciones ofrecidas a los niños, no alcanzan la cantidad suficiente.

Hierro

Los porcentajes de adecuación para el hierro son bastante críticos; para hierro dietario con 10% de biodisponibilidad se encontró que si los niños presentan un consumo medio de leche materna, 12% logra ingestas adecuadas de este mineral, y si este consumo de leche materna es bajo, solo el 10% lo logra. Si se lo compara con el hierro dietario de 5% de biodisponibilidad, ningún niño del estudio logra una ingesta adecuada de hierro. Es de conocimiento general que la deficiencia de hierro es la principal causa de anemia nutricional, asociada también a alteraciones del sistema inmunológico y al bajo rendimiento escolar.

Zinc

El zinc es otro elemento vital para el crecimiento y el desarrollo, y, como en el caso del hierro, su biodisponibilidad está condicionada por los componentes de la dieta. Las más ricas en este elemento son las que contienen carnes, hígado, huevo y mariscos. De tal modo, en este análisis se han considerado dos categorías para comparar su ingesta: con niveles de biodisponibilidad moderada y baja. Así, con zinc dietario de moderada biodisponibilidad, 8% de los niños presenta una ingesta adecuada considerando una ingesta de leche materna media, y este porcentaje se reduce a 4% considerando un consumo de leche materna bajo. En el caso del zinc dietario de baja biodisponibilidad, 2% tiene un consumo inadecuado de zinc si presentan un consumo medio de leche materna, mientras que este porcentaje es de 0% si todos los niños tienen una baja ingesta de leche materna.

Tiamina

Cuando se trata de la tiamina o vitamina B1, la figura 4 indica que el 26% de los niños cumple con las recomendaciones si tienen un consumo de leche materna media, y que este porcentaje se reduce a 22% considerando un consumo de leche materna bajo. Esta cifra resulta pobre si se considera que esta vitamina cumple un rol esencial en el suministro de energía a los tejidos, actuando como una coenzima en el metabolismo de los carbohidratos y de los aminoácidos de cadena ramificada.



En vista de que la tiamina no se almacena en el cuerpo, es la ingesta habitual de alimentos ricos en ella lo que permite cubrir el requerimiento diario. Los alimentos con mayor contribución de tiamina son los granos enteros y los productos derivados de éstos, el germen de trigo, las vísceras, las carnes magras, las leguminosas y los alimentos fortificados.

En la zona de estudio se ha reportado el uso de granos como el maíz, el trigo, la quinua, la cebada y las arvejas, que estarían contribuyendo con su aporte. Los niños tendrían además otras fuentes de tiamina, como la papilla y la mezcla fortificada de cereales y leguminosas, pero la realidad es que las cantidades consumidas y la frecuencia no estarían siendo suficientes.

Riboflavina

La ingesta de riboflavina o vitamina B2 es adecuada en el 46% de los niños considerando un consumo medio de leche materna, pero disminuye hasta 24% cuando hay un consumo bajo de esta leche. Esta vitamina es crucial para la producción de energía, y participa en el metabolismo de las proteínas y de otras vitaminas como el ácido fólico y la vitamina K, de modo que ayuda a preservar la salud de la piel.

Los alimentos que habrían contribuido con el aporte de esta vitamina en la alimentación de los niños considerados en el estudio fueron el huevo, los productos lácteos (sobre todo la leche y el queso), las carnes, los frijoles y los alimentos fortificados.

Niacina

En relación con la ingesta de niacina se observa una gran brecha respecto a las recomendaciones. Apenas un 24% de niños la cubre si se considera un consumo medio de leche materna; y este porcentaje se reduce a 14% considerando un consumo bajo de leche materna. Hay que decir que la función de esta vitamina está asociada con el gasto energético, la síntesis de ácidos grasos, entre otras.

Las principales fuentes de niacina entre los productos de origen animal son las carnes y el pescado. En Vilcashuamán se encontraron preparaciones a base de carnero, aunque su consumo fue inadecuado. Otros alimentos que han apor-

tado niacina a la alimentación de los niños son las leguminosas y los alimentos enriquecidos de los programas alimentarios del Estado.

Vitamina C

La vitamina C (ácido ascórbico) es uno de los nutrientes con mayor presencia en la alimentación de los niños: considerando un consumo medio de leche materna, el 80% de los niños logra una ingesta adecuada; sin embargo, este porcentaje disminuye a casi la mitad (42%) si se toma una ingesta de leche materna baja. Es importante resaltar el efecto promotor de la vitamina C en la absorción de hierro, siendo de gran relevancia en las poblaciones cuyo hierro dietético proviene principalmente de fuentes vegetales.

Vitamina A

La ingesta adecuada de vitamina A fue alcanzada por las dos terceras partes (66%) de los niños del estudio considerando un consumo medio de leche materna. Sin embargo, si se toma en cuenta un consumo bajo de leche materna, solo el 38% tuvo una ingesta apropiada de esta vitamina. Es muy probable que gran parte del aporte de estas vitaminas provenga de las frutas, y de algunas verduras ofrecidas a los niños a lo largo del día. Aunque los alimentos de origen animal —como el hígado— son fuentes muy ricas en vitamina A, su consumo fue escaso durante el estudio.

Folato

El folato es otra vitamina que ha cobrado importancia en la nutrición humana. Como se observa en la figura 4, la alimentación de los niños durante el periodo evaluado tampoco los ha favorecido en este nutriente. Considerando una ingesta media de leche materna, el 20% de los niños evaluados logra una ingesta adecuada; mientras que con un consumo bajo de leche materna, el porcentaje se reduce al 14% de niños con ingesta adecuada de este nutriente. Cabe indicar que se encontraron casos reducidos de ingesta de hígado, buena fuente de folato. Otra fuente disponible en la zona son las hojas de color verde oscuro, las leguminosas y los productos fortificados que entregan los programas sociales del Estado. Es bueno advertir que la prolongada ingesta inadecuada de folato trae como consecuencia la anemia macrocítica.

CONSUMO DE ALIMENTOS

Práctica de lactancia materna continua en niños de 6 a 23 meses de edad

La alimentación óptima en el recién nacido se inicia con la introducción inmediata de la lactancia materna, que aporta un beneficio a la salud y supervivencia del lactante. Abundante evidencia muestra que la lactancia materna protege a los niños contra las infecciones y reduce la mortalidad, beneficia su desarrollo intelectual y motor, previene el posterior riesgo de enfermedad crónica y protege la salud materna.⁹

Una recomendación de salud pública mundial¹⁰ es que durante los primeros 6 meses de vida los lactantes deben ser alimentados exclusivamente con leche materna, para lograr un crecimiento, un desarrollo y una salud óptimos. Cumplida esta edad se incorporan los alimentos complementarios y se continúa con lactancia materna hasta los 2 años o más.

En el Perú, la ENDES 2010¹¹ reporta 21,7 meses a escala nacional como duración media de la lactancia materna, y 22,8 meses para la región Ayacucho. A su vez, en Vilcashuamán se encontró que el total de niños del estudio entre los 6 y 11 meses de edad continuaba tomando leche materna, y se registró apenas un caso del grupo compuesto por niños de 12 a 23 meses en el que la madre ya no ofrecía pecho a su niño, y que comentó que hacía unos meses que había dejado de amamantarlo (tabla 2).

9 FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION/WORLD HEALTH ORGANIZATION: "Human Vitamin and Mineral Requirements". *Report of a Joint Expert Consultation*. Tailandia: FAO/WHO, 2002.

10 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: *Estrategia mundial de alimentación del lactante y del niño pequeño*. Ginebra: OMS, 2003.

11 INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA: *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2010)*. Lima: INEI, 2010.

Tabla 2

Provincia de Vilcashuamán: Práctica de lactancia materna continua en niños según grupo de edad, 2011

Grupo de edad (meses)	Lacta		No lacta	
	N.º	%	N.º	%
6 a 11	24	100	0	0
12 a 23	25	96,2	1	3,8
Total	49	98	1	2

De acuerdo con la misma fuente (ENDES 2010), para el día anterior a la entrevista, el promedio y el número de veces de lactancia durante el día y durante la noche fue de 5 veces en el día y 7,3 en la noche. Para este estudio se hizo una observación directa del número de lactadas durante el día en el hogar de prácticamente el total de los niños, puesto que el personal permaneció en las casas registrando el consumo de los alimentos; en el caso de la noche, por lo general se tomó como parte de la encuesta de recordatorio de consumo de alimentos de 24 horas, y se registró a primera hora de la mañana del día siguiente.

En la tabla 3 se reporta el número de veces que lactaron los niños durante el día y la noche. Como se puede ver, durante el día (6 a.m. a 6 p.m.) los niños de 6 a 8 meses lactaron 10 veces, los niños del rango 9-11 meses, 8 veces, y los de 12 a 23 meses de edad, 10 veces. Así, el promedio de lactadas para el día fue de 9 veces.

El registro de lactadas de la noche reporta un menor número de veces en las que se ofrece leche materna al niño: el grupo de 6 a 8 meses lacta 5 veces, y los de 9 a 11 meses y 12 a 23 meses lo hacen 4 veces, lo que da un promedio de 4 lactadas.

Los eventos de lactada se registraron cada vez que la madre ofreció el pecho, siempre que el niño estuviera succionando. Cuando se notó que el niño solo jugaba o estaba haciendo el ademán de lactar, no se registró el evento.



Tabla 3

Provincia de Vilcashuamán: Número de lactadas durante el día y la noche según grupo de edad, 2011

Grupo de edad (meses)	N.º de lactadas		
	De día	De noche	Total
6 a 8	10	5	15
9 a 11	8	4	12
12 a 23	10	4	14
Total	9	4	14

Consumo de alimentos ricos en hierro

La anemia es en nuestro país un serio problema de salud pública cuya causa principal es la carencia de hierro, sea porque se lo consume en bajas cantidades o porque se ingiere hierro de baja biodisponibilidad. Otro factor determinante de esta deficiencia está dado por los elevados requerimientos, especialmente en los niños menores de 3 años y en las mujeres en edad fértil.¹²

El hierro contenido en los alimentos se presenta como hierro hemínico (Fe-Hem) en las carnes, o como hierro no hemínico (Fe-No Hem) en los alimentos de origen vegetal, las sales minerales y algunos de origen animal como la leche y los huevos.¹³ El Fe-Hem, fuente importante de hierro dietético, es absorbido más eficientemente que el no hemínico: mientras la absorción del primero oscila entre 5% y 35%, la del segundo puede variar entre 2% y 20%, dependiendo del estado del individuo y de la presencia de inhibidores y promotores de la absorción de hierro en la dieta.¹⁴

- 12 ZAVALETA, N., G. RESPICIO, T. GARCÍA, M. ECHEANDÍA y M. CUETO: *Anemia y deficiencia de hierro en adolescentes escolares en Lima, Perú: Causas, consecuencias y prevención*. Lima: IIN, 1998.
- 13 GAITÁN C., Diego, Manuel OLIVARES G., O. ARREDONDO y A. F. PIZARRO: "Biodisponibilidad de hierro en humanos". *Revista Chilena de Nutrición*, volumen 33, número 2, 2006.
- 14 O'DONNELL, A., F. VITERI y E. CARMUEGA: *Deficiencia de hierro: Desnutrición oculta en América Latina*. Buenos Aires: CESNI, 1997.

En la tabla 4 se muestra el consumo de alimentos de origen animal, como las carnes rojas y vísceras como el hígado, el bazo, la sangrecita, el riñón y el bofe, fuentes de hierro (Fe-Hem) y de zinc, nutrientes por lo general escasos en la dieta ofrecida a los niños pequeños.

Tabla 4

Provincia de Vilcashuamán: Alimentos de origen animal como ingredientes en las recetas y su consumo en niños de 6 a 23 meses de edad, 2011

Grupo de edad (meses)	Alimento de origen animal en la receta		Alimento de origen animal consumido	
	N.º	%	N.º	%
6 a 11	16	66,7	14	58
12 a 23	21	80,8	20	76,9
Total	37	74	34	68

Consumo de alimentos entregados por los programas alimentarios del Estado

La población infantil es un grupo de atención prioritaria en el país. La provincia de Vilcashuamán cuenta con diversos programas alimentarios dirigidos a este grupo de edad que buscan complementar su ingesta y contribuir con su nutrición. En efecto, el 41,7% de los niños cuyas edades fluctúan entre los 6 y los 11 meses consumen alimentos entregados por los programas alimentarios del Estado; pero, a diferencia de lo que ocurre con el consumo de frutas y alimentos de origen animal reportados anteriormente (respecto de los cuales a mayor edad mayor porcentaje de niños que toman comidas con estos alimentos); en este caso, solo el 23,1% de los niños de 12 a 23 meses han recibido raciones de los programas alimentarios del Estado (Tabla 5).

En conclusión, solo el 32% de los niños evaluados, consumieron algún alimento proveniente de los programas alimentarios públicos, como la hojuela de cereal azucarada precocida entregada por el Programa del Vaso de Leche, mezcla

fortificada de cereales y leguminosas del Subprograma Escolar del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (Mimdes)-Programa Nacional de Ayuda Alimentaria (Pronaa), y la papilla del Programa Integral de Nutrición (PIN-Pronaa). Cabe indicar que solo en un caso se evidenció el consumo del suplemento de micronutrientes (“chispita”) como parte de la alimentación de estos niños.

Tabla 5

Provincia de Vilcashuamán: Alimentos de programas alimentarios en la comida de los niños según grupo de edad, 2011

Grupo de edad (meses)	Alimentos de programas alimentarios	
	N.º	%
6 a 11	10	41,7
12 a 23	6	23,1
Total	16	32

Consumo de golosinas

Cuando les son ofrecidos, los alimentos con alto contenido de azúcar suelen ser preferidos por los niños. Considerando que estos alimentos no contribuyen a la buena alimentación, y que el aprendizaje y la adopción de los hábitos alimentarios se gestan durante los primeros años de vida, es importante conocer si los dulces y las bebidas artificiales son parte de la alimentación de los niños de la zona.

Para los fines de esta encuesta se incluyó en la categoría “dulces” el consumo de caramelos, chicles, chocolates y bocaditos tipo chizitos, chips, entre otros. Como refrescos artificiales se tomaron en cuenta las gaseosas, los refrescos en polvo y los líquidos envasados.

Los resultados muestran que a los niños de 6 a 11 meses no se les ofreció ninguno de estos productos, lo que resulta positivo. A partir del año de edad, en el grupo compuesto por niños de 12 a 23 meses se observa que un 23% recibieron algún dulce y también alguna bebida artificial envasada, como se puede apreciar en la tabla 6.

Tabla 6

Provincia de Vilcashuamán: Consumo de dulces y refrescos artificiales en niños según grupo de edad, 2011

Grupo de edad (meses)	Dulces		Refrescos artificiales	
	N.º	%	N.º	%
6 a 11	0	0	0	0
12 a 23	6	23	6	23
Total	6	12	6	12

Tipo de preparaciones ofrecidas a niños de 6 a 23 meses de edad

Una característica importante de la alimentación de los niños pequeños es el tipo de preparaciones que se les brindan, y la manera en que se utilizan los alimentos en su elaboración. La comida ofrecida a los niños entre los 6 y 23 meses de edad en la provincia de Vilcashuamán proviene básicamente de la olla que consume toda la familia.

Una de las preparaciones características del país, con recetas muy populares en todas las regiones, pero sobre todo en el área rural, es la sopa. Vilcashuamán no escapa a esta tradición. La sopa es una preparación líquida compuesta por ingredientes variados que se cocinan en el caldo. Su consistencia y su nombre varían en función de la cantidad de líquido: a más caldo, menor cantidad de ingredientes. Así, tenemos los caldos de gallina y de cabeza. Algo más espesas son las sopas: de morón, de maíz, de fideos. Finalmente encontramos las llamadas cremas: de arvejas, de zapallo, de cebolla. Pero en todas se mantiene su característica común: son líquidas o semilíquidas.

Las sopas pueden llevar alimentos nutritivos, pero su contenido de agua hace que éstos se diluyan, de modo que las concentraciones de energía y de nutrientes son

bajas.¹⁵ Para que el personal del estudio pudiera calificar *in situ* la consistencia de las sopas ofrecidas a los niños —independientemente de si las llamaban caldos, sopas o cremas—, se observó siempre el plato servido al niño, no la preparación de la olla en general, pues pudiera suceder que se cocina una sopa de consistencia normal y se sirve al niño lo más espeso, o viceversa. El calificativo corresponde, entonces, a lo que se encontró en el plato del niño. Igualmente, se hizo una estandarización para calificar el puré como aguado o espeso.

La tabla 7 presenta una lista del tipo de preparaciones que se ofrecen durante el desayuno. Destacan las sopas de consistencia normal o muy líquida, las preparaciones bebibles a base de cereales con leche, el pan, la galleta y los alimentos donados por los programas alimentarios del Estado, como la hojuela de cereal azucarada precocida, la mezcla fortificada de cereales y leguminosas y la papilla del programa PIN-Pronaa. Los alimentos donados se utilizan por lo general en preparaciones bebibles con leche, incluyendo la papilla, que, como su nombre lo dice, debería ser una preparación espesa (tipo puré o mazamorra) pero se da como agua de papilla. Se percibe también una preferencia en el uso de estos alimentos, sobre todo en niños menores de un año.

Las preparaciones sólidas, ideales para los niños de esta edad, no son muy frecuentes: un segundo (12%), huevo cocido (18%), habas sancochadas (8%), junto con los purés, que prácticamente no se reportan, y las mazamorras, que no tuvieron presencia durante el desayuno. Lo dicho ameritaría una reflexión respecto de lo más apropiado para este momento del día.



15 | ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD-ProPAN: *Proceso para la promoción de la alimentación del niño*. Washington, D. C.: OPS, 2004.

Tabla 7

Provincia de Vilcashuamán: Preparaciones ofrecidas a los niños durante el desayuno según grupo de edad, 2011

Tipo de preparación	Grupo de edad (meses)				Total	
	6 a 11		12 a 23		N.º	%
	N.º	%	N.º	%		
Sopa de consistencia normal	8	33	11	42,3	19	38
Bebibles: cereal, harinas con leche	3	12,5	10	38,5	13	26
Pan, galletas	6	25	5	19,2	11	22
Alimentos de programas alimentarios del Estado	7	29,2	4	15,4	11	22
Sopa aguada	6	25	3	11,5	9	18
Alimentos sancochados (huevo, carne)	2	8,3	7	26,9	9	18
Segundos (guisos de legumbres, de leguminosas, de verduras, de carne, estofados, picantes, purés, locros, tacu-tacu, cau-cau, chanfainita, tallarines, entre otros)	1	4,2	5	19,2	6	12
Alimentos sancochados (cereal, tubérculo, habas)	0	0	4	15,4	4	8
Bebibles: cereal, harinas sin leche	2	8,3	2	7,7	4	8
Infusión, mate, agua	1	4,2	3	11,5	4	8
Lácteos	0	0	3	11,5	3	6
Frutas	1	4,2	1	3,8	2	4
Frituras	1	4,2	1	3,8	2	4
Sopa espesa	2	8,3	0	0	2	4
Puré aguado	1	4,2	0	0	1	2
Puré espeso	1	4,2	0	0	1	2

Las preparaciones ofrecidas a los niños durante el almuerzo se detallan en la tabla 8. Como se ve, destacan los segundos como una de las preparaciones que el 52,2% de los niños recibió en esta comida (46 de los 50), sin diferencias significativas según grupos de edad. Estos segundos fueron: guisos de legumbres, de leguminosas, de verduras y con algún tipo de carne; estofados, picantes, purés, locros, tacu-tacu, cau-cau, chanfainita, tallarines, entre otros, lo que muestra que se conoce de preparaciones de este tipo. Nuevamente se presentan las sopas ofrecidas durante el almuerzo, con una consistencia normal preferentemente, notándose que a los que más se les ofrecieron fue al grupo de 12 a 23 meses de edad (33,3% del total de niños que tuvieron esta preparación en su almuerzo).

Siguen en la lista los alimentos sancochados a base de cereal, tubérculos o leguminosas, ofrecidos al 15,2% de los niños que alcanzaron a recibir almuerzo. Estos alimentos tienen especial trascendencia, pues se los puede transportar cuando la familia los consume en la chacra. Durante el almuerzo los niños también comen frutas, aunque en un pequeño porcentaje.

El almuerzo se comparte por lo general a partir del medio día, justamente en horarios en los que gran parte de esta población no se encuentra en sus domicilios, sino trabajando en el campo. Esto puede ser un impedimento para que muchos pobladores tengan un almuerzo como corresponde, especialmente los niños pequeños, ya que la mayoría de madres acostumbra llevarlos fuera de casa cuando trabajan. Es necesario considerar opciones para que el niño no pierda esta comida principal, porque, como hemos dicho ya varias veces, estamos ante una población con alto riesgo de desnutrición.



Tabla 8

Provincia de Vilcashuamán: Preparaciones ofrecidas a los niños durante el almuerzo según grupo de edad, 2011

Tipo de preparación	Grupo de edad (meses)				Total	
	6 a 11		12 a 23		N.º	%
	N.º	%	N.º	%		
Segundos (guisos de legumbres, de leguminosas, de verduras, de carne, estofados, picantes, purés, locros, tacu-tacu, cau-cau, chanfainita, tallarines, entre otros)	2	4,5	2	0	4	2,2
Sopa de consistencia normal	3	3,6	8	33,3	11	23,9
Alimentos sancochados (cereal, tubérculo, habas)	3	13,6	4	16,7	7	15,2
Frutas	3	13,6	2	8,3	5	10,9
Lácteos	3	13,6	1	4,2	4	8,7
Infusión, mate, agua	2	9,1	2	8,3	4	8,7
Alimentos de programas alimentarios del Estado	2	9,1	1	4,2	3	6,5
Verduras	0	0	3	12,5	3	6,5
Alimentos sancochados (huevo, carne)	0	0	3	12,5	3	6,5
Refrescos naturales	0	0	2	8,3	2	4,3
Frituras	2	9,1	0	0	2	4,3
Sopa aguada	1	4,5	1	4,2	2	4,3
Sopa espesa	1	4,5	0	0	1	2,2
Puré espeso	0	0	1	4,2	1	2,2
Mazamorra sin leche	1	4,5	0	0	1	2,2
Mazamorra con leche	0	0	1	4,2	1	2,2
Bebibles: cereal, harinas sin leche	1	4,5	0	0	1	2,2
Refrescos artificiales	0	0	1	4,2	1	2,2



Como se puede ver en la tabla 9, la tercera comida principal, la cena, como el almuerzo, no necesariamente es ofrecida a los niños, probablemente porque se prepara al final de la tarde, de modo que si se invierte mucho tiempo en su elaboración, el niño podría dormirse antes de tomarla. Así, de los 50 niños encuestados, 35 (el 50% del total) alcanzaron a recibirla.

Las preparaciones más ofrecidas en la cena son las sopas de consistencia normal, que consumen un 40% del total de niños que cenó. Siguen en la lista los segundos, con un 22,9%. También se ofrecieron lácteos, básicamente leche, en un 17,1%; no faltaron tampoco las infusiones a base de hierbas de la región y las mazamorras preparadas sin leche (11,4%). Esta comida resulta ser de las más deficientes: además de que no todos los niños la reciben, el tipo de preparaciones ofrecidas no necesariamente estaría contribuyendo con un mejor aporte nutricional a la alimentación de estos niños.

Es importante destacar que la designación de las diferentes comidas como desayuno, almuerzo, cena o entrecomida se registró siempre considerando el parecer de la madre.



Tabla 9

Provincia de Vilcashuamán: Preparaciones ofrecidas a los niños durante la cena según grupo de edad, 2011

Tipo de preparación	Grupo de edad (meses)				Total	
	6 a 11		12 a 23		N.º	%
	N.º	%	N.º	%		
Sopa de consistencia normal	6	33,3	8	47,1	14	40
Segundos (guisos de legumbres, de leguminosas, de verduras, de carne, estofados, picantes, purés, locros, tacu-tacu, cau-cau, chanfainita, tallarines, entre otros)	3	16,7	5	29,4	8	22,9
Lácteos	4	22,2	2	11,8	6	17,1
Infusión, mate, agua	3	16,7	1	5,9	4	11,4
Mazamorra sin leche	2	11,1	2	11,8	4	11,4
Frituras	1	5,6	2	11,8	3	8,6
Alimentos de programas alimentarios del Estado	2	11,1	1	5,9	3	8,6
Alimentos sancochados (cereal, tubérculo, habas)	2	11,1	0	0	2	5,7
Frutas	0	0	1	5,9	1	2,9
Bebibles: cereal, harinas con leche	1	5,6	0	0	1	2,9
Sopa aguada	1	5,6	0	0	1	2,9
Sopa espesa	1	5,6	0	0	1	2,9
Puré aguado	1	5,6	0	0	1	2,9
Puré espeso	1	5,6	0	0	1	2,9

Todos los alimentos que el niño recibió fuera del horario de las comidas principales y que no fueron catalogados como tales se registraron como entrecomidas. Este momento forma parte importante de la alimentación total del día en los niños pequeños: se recomienda ofrecer 1 ó 2 entrecomidas al día según la edad del niño para completar los requerimientos nutricionales, que no pueden ser satisfechos con 3 comidas durante el día, debido a la limitada capacidad gástrica en este periodo de edad, a lo que se suma que las preparaciones ofrecidas son diluidas.

La energía es uno de los componentes más difíciles de cubrir, junto con el hierro;¹⁶ por lo tanto, ofrecer alimentos con más energía entre las comidas principales es una buena forma de contribuir a completar las necesidades energéticas y proveer otros nutrientes. Sin embargo, no se debe perder de vista que estas comidas adicionales no reemplazan a las principales.

La tabla 10 muestra que casi todos los niños llegaron a recibir alguna entrecomida (48 de los 50, esto es, 96% de los niños evaluados). Entre los alimentos que predominan en las entrecomidas se encuentran las frutas, sobre todo en el grupo entre los 12 a 23 meses de edad (88,5% de quienes recibieron entrecomidas). En segundo lugar encontramos a los productos de panadería, como el pan y las galletas, con un 45,8%. Les siguen los alimentos sancochados, tipo cereal, papa y habas, y los lácteos, como la leche, el queso y, en un caso, el yogurt.

El segundo es otra preparación ofrecida a un 20,8% de los niños que tuvieron entrecomida, aunque ésta no fue preparada especialmente para este momento sino que quedó de otro evento o fue parte de la porción que el niño no terminó en su comida anterior. Las infusiones también se ofrecen en las entrecomidas; es el caso de la manzanilla, la muña, la hierba luisa, el paico y el wawillay; o la cocoa y el café (un solo caso). Los alimentos de los programas sociales del Estado fueron ofrecidos al 16,7% del total de niños con entrecomida, sobre todo a los más pequeños. Y aunque son alimentos de preparación rápida que podrían tener una mayor aceptación, esto no sucede.

16 | WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Infant and Young Child Feeding Counseling: An Integrated Course. Participant's Manual*. Génova: WHO, 2006.

En resumen, las preparaciones que más se ofrecieron a lo largo del día, sea como comida principal o como entrecomida, fueron las frutas, las sopas de consistencia normal, los segundos, el pan y las galletas, junto con los lácteos; les siguen los alimentos sancochados (cereal, tubérculo) y los alimentos que brindan los programas sociales del Estado.

Tabla 10

Provincia de Vilcashuamán: Preparaciones ofrecidas a los niños durante la entrecomida según grupo de edad, 2011

Tipo de preparación	Grupo de edad (meses)				Total	
	6 a 11		12 a 23		N.º	%
	N.º	%	N.º	%		
Frutas	11	50	23	88,5	34	70,8
Pan, galletas	9	40,9	13	50	22	45,8
Alimentos sancochados (cereal, tubérculo, habas)	4	18,2	12	46,2	16	33,3
Lácteos	4	18,2	9	34,6	13	27,1
Segundos	6	27,3	4	15,4	10	20,8
Infusión, mate, agua	3	13,6	7	26,9	10	20,8
Alimentos de programas alimentarios del Estado	6	27,3	2	7,7	8	16,7
Dulces	0	0	6	23,1	6	12,5
Refrescos artificiales	0	0	6	23,1	6	12,5
Sopa de consistencia normal	2	9,1	4	15,4	6	12,5
Alimentos sancochados (huevo, carne)	2	9,1	2	7,7	4	8,3
Bebibles: cereal, harinas con leche	1	4,5	2	7,7	3	6,3
Sopa aguada	2	9,1	1	3,8	3	6,3
Verduras	1	4,5	0	0	1	2,1
Mazamorra sin leche	2	9,1	0	0	2	4,2
Puré espeso	1	4,5	1	3,8	2	4,2
Frituras	1	4,5	0	0	1	2,1
Bebibles: cereal, harinas sin leche	1	4,5	0	0	1	2,1
Sopa espesa	1	4,5	0	0	1	2,1
Mazamorra con leche	1	4,5	0	0	1	2,1

Frecuencia diaria de comidas ofrecidas a niños de 6 a 23 meses de edad

Tan importante como contar con una alimentación variada en los primeros años de vida es la frecuencia con la que los niños reciben estos alimentos a lo largo del día. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, las frecuencias mínimas de comidas son:

- 2 veces para niños amamantados de 6 a 8 meses.
- 3 veces para niños amamantados de 9 a 23 meses.
- 4 veces para niños no amamantados de 6 a 23 meses.

Estas indicaciones son recogidas para el cálculo correspondiente a este punto.¹⁷ Se tiene que precisar que el aporte nutricional dependerá del número de comidas que se ofrecen a los niños de esta edad, así como de la consistencia de las preparaciones ofrecidas y de la cantidad consumida. La frecuencia de la alimentación y la densidad de la energía de estos alimentos están relacionadas con la cantidad de energía que los niños consumen.¹⁸

La tabla 11 describe la frecuencia con la que los niños de la provincia de Vilcashuamán reciben los alimentos complementarios. Como se puede ver, entre los 6 y 11 meses se les dan como mínimo 2 comidas y hasta 4 comidas al día, lo que estaría dentro de lo establecido por los lineamientos para este grupo de edad. Los niños comprendidos entre los 12 y 23 meses de edad están recibiendo como mínimo 3 comidas y hasta 4 comidas durante el día, cuando lo óptimo sería 5.

De este modo, aunque la frecuencia con la que se viene ofreciendo los alimentos a los niños está muy cerca de lo establecido, hay que decir que esto no basta para concluir que se encuentran bien alimentados, pues ello depende también del tipo de preparaciones que reciben en cada comida.

17 | ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: *Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño*. Ginebra: OMS, 2009.

18 | WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Complementary Feeding of Young Children in Developing Countries*, op. cit.



Tabla 11

Provincia de Vilcashuamán: Número de comidas consumidas por los niños según grupo de edad, 2011

Grupo de edad (meses)	Mínimo de comidas ofrecidas/día	Máximo de comidas ofrecidas/día	N.º de niños
6 a 11	2	4	24
12 a 23	3	4	26

La tabla 12 muestra cómo se distribuyen las comidas principales de los niños durante el día (desayuno, almuerzo y cena), además de la entrecomida. La primera comida del día es recibida por todos los niños; el almuerzo, por un poco más del 90%; y la cena, por 75% de los niños entre los 6 y 11 meses y por 65,4% entre los niños de 12 a 23 meses de edad. Hay que recordar que la definición de las comidas principales estuvo sujeta a lo que las madres señalaban cuando ofrecieron los alimentos a los niños en los diferentes tiempos de comida.

En relación con los alimentos ofrecidos y que no fueron considerados como una comida principal, se halló que el 91,7% de los niños entre los 6 y 11 meses de edad recibe alguna entrecomida, mientras que el total de los niños de 12 a 23 meses de edad consume alguna preparación o alimento durante la entrecomida.

En términos generales, todos los niños están consumiendo el desayuno, 92% el almuerzo, 70% la cena y 96% alguna entrecomida durante el día. De lo que se colige que el momento más descuidado en la alimentación de los niños sería la hora de la cena, aunque puede que muchos niños estén recibiendo algún alimento o preparación a esta hora, que la madre no califica como una cena propiamente dicha.

Tabla 12

Provincia de Vilcashuamán: Número y porcentaje de niños que consumen comidas principales y entrecomidas según grupo de edad, 2011

Grupo de edad (meses)	Comida principal						Entrecomida	
	6 a 11		12 a 23		Cena			
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
6 a 11	24	100	22	91,7	18	75	22	91,7
12 a 23	26	100	24	92,3	17	65,4	26	100
Total	50	100	46	92	35	70	48	96

La tabla 13 presenta a los niños que reciben 3 a 4 comidas en el día, sean éstas principales o entrecomidas. En el grupo de 6 a 11 meses la cuarta parte de ellos recibe por lo menos 3 comidas, y el 66,7%, 4 ó más. En este mismo grupo se encontró que un 4% de los niños recibe menos de 3 comidas al día. Para los niños comprendidos entre los 12 y los 23 meses se muestra que cerca de la mitad (42,3%) recibe solamente 3 comidas al día, y un poco más de la mitad (57,7%), 4 ó más.

De ahí que, con base en estos resultados relacionados con la frecuencia mínima de comidas, y teniendo en cuenta las recomendaciones de la OMS para niños amamantados, que indican que debe ser 2 veces en el grupo de 6 a 8 meses y 3 en el grupo de 9 a 23 meses, podemos concluir que el 100% de niños de 12 a 23 meses cumple con la recomendación; además, se puede afirmar que un alto porcentaje de los niños de 6 a 11 meses también la cumplen, a juzgar por los datos que muestra la tabla 13.

Tabla 13

Provincia de Vilcashuamán: Número y porcentaje de niños que consumen 3 a 4 comidas al día según grupo de edad, 2011

Grupo de edad (meses)	3 comidas		4 ó más comidas		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
6 a 11	6	25	16	66,7	22	91,7
12 a 23	11	42,3	15	57,7	26	100
Total	17	34	31	62	48	96



PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN Y SALUD

Prácticas de la madre durante la alimentación de niños de 6 a 23 meses de edad

Como se puede ver en la tabla 14, fueron evaluados 7 comportamientos de la madre cuando alimenta a su niño.

Tabla 14

Provincia de Vilcashuamán: Prácticas de la madre al momento de ofrecer comida al niño de 6 a 23 meses de edad, 2011

Práctica observada	Grupo de edad (meses)				Total	
	6 a 11		12 a 23			
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Le lava las manos al niño	8	33,3	15	57,7	23	46
Le sirve la comida primero al niño	19	79,2	18	69,2	37	74
Le sirve la comida en plato propio	24	100	25	96,2	49	98
El niño come cerca de la madre/ cuidadora	23	95,8	24	92,3	47	94
El niño come con otros miembros de la familia	19	79,2	18	69,2	37	74
El niño recibe alimento o preparación solo para él	6	25	14	53,8	20	40
No le ofrecen alimento o preparación que come el resto de la familia	16	66,7	14	53,8	30	60

En la tabla 14 podemos observar que una práctica poco usada por las madres en el grupo de 6 a 11 meses es el lavado de manos del niño antes de comer. Solo el 33,3% lava las manos del niño en algún momento del día, mientras que en el grupo de 12 a 23 meses este porcentaje aumenta a 57,7%. Esta práctica es muy importante, pues a esta edad los episodios de enfermedades diarreicas son recurrentes, lo que se puede prevenir con un adecuado lavado de manos.

El 79,2% de madres del grupo de 6-11 meses y el 69,2% de las del grupo de 12-23 meses sirven la comida primero al niño. Esta práctica es interesante, porque deja ver que la madre prioriza la atención al niño quizá por considerarlo más pequeño, o para evitar que se enfríe la comida, o porque cree que es la hora a la que debe comer, entre otras razones posibles.

El 100% y el 96,2% de madres de los grupos de 6-11 meses y de 12-24 meses, respectivamente, sirve la comida al niño en plato propio. Esto indica que el niño es percibido como un miembro más de la familia, de modo que no debe compartir la comida con la madre o cuidadora. Más del 90% de los niños come cerca de sus madres o cuidadoras, práctica muy importante sobre todo para que ellas se den cuenta de si el niño consume o bota la comida, desea más comida o se atora.

Comer con otros miembros de la familia es una práctica importante para los niños pequeños, debido a que esta interacción motiva y estimula su proceso de aprendizaje para comer. El 79,2% y el 69,2% de madres con niños de 6-11 meses y de 12-23 meses, respectivamente, realiza esta práctica.

Preparar una comida especialmente para el niño no es algo que se haya observado en la población estudiada, pero sí se notó que algunos alimentos se ofrecieron únicamente al pequeño —por lo general huevo, pero también sucedió con la leche, fruta y, muy específicamente, hígado—.

La práctica de no darles el alimento o las preparaciones que come el resto de la familia se observó en el 66,7% y el 53,8% de las madres con niños de 6-11 meses y de 12-23 meses, respectivamente, tal vez porque consideran que la comida de los adultos no es adecuada para el niño. Entre los alimentos que no se ofrecieron se encuentran el mote, el charqui, la carne de cerdo, la cancha tostada y las bebidas gaseosas.



Tal como lo muestra la tabla 15, la práctica de animar verbalmente al niño a comer es realizada por el 91,7% de las madres con niños de 6-11 meses y por el 96,2% de las madres con niños de 12-23 meses. Es interesante que esta práctica sea realizada por la mayoría de las madres observadas, lo que indica que hay una preocupación por estimular al niño para que coma.

Tabla 15

Provincia de Vilcashuamán: Prácticas de la madre durante el momento de comer del niño, 2011

Práctica observada	Grupo de edad (meses)				Total	
	6 a 11		12 a 23			
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Anima verbalmente al niño a comer	22	91,7	25	96,2	47	94
Motiva al niño a comer con gestos, juegos	13	54,2	14	53,8	27	54
Le ofrece más comida al niño	4	16,7	7	26,9	11	22
Presta atención al niño	24	100	26	100	50	100

Con respecto a motivar al niño a comer con gestos o juegos, solo algo más de la mitad de las madres observadas realizan esta práctica: 54,2% de madres con niños de 6-11 meses y 53,8% de madres con niños de 12-23 meses. Ofrecer más comida al niño no es frecuente: solo lo hace el 16,7% de madres con niños de 6-11 meses y 26,9% de las de niños de 11-23 meses.

Todas las madres observadas (100% en ambos grupos) prestan atención a sus niños durante las comidas, lo que indica la preocupación de las madres por sus hijos; sin embargo, esto también se puede deber a la presencia y observación del equipo.

Todas las prácticas observadas responden a lo que se considera la alimentación responsiva, componente importante de la alimentación en los niños pequeños, dado que contribuye a una adecuada nutrición y desarrollo. La OMS/OPS recomienda que la alimentación sea responsiva, es decir, responda a las acciones del niño. Dentro de los principios de la alimentación responsiva o interactiva se considera:

- a) Alimentar a los niños pequeños y asistir a los niños mayores cuando comen por sí solos, respondiendo a sus señales de hambre y satisfacción.
- b) Alimentarlos despacio y pacientemente y alentarlos a comer, pero sin forzarlos.
- c) Si los niños rechazan varios alimentos, experimentar con diferentes combinaciones, sabores, texturas y métodos para animarlos a comer.
- d) Minimizar las distracciones durante las horas de comida si el niño pierde interés rápidamente.
- e) Recordar que el momento de la comida es una oportunidad de aprendizaje y amor.

De las prácticas observadas con respecto a la alimentación responsiva, se aprecian en particular dos que deberían ser trabajadas con las madres: ofrecer más comida al niño y motivarlo a comer con gestos o juegos.

Práctica de lavado de manos de las madres

La práctica de lavado de manos fue observada en distintos momentos del día. Así, la tabla 16 informa que lo hace antes de preparar la comida el 75% de las madres con niños de 6-11 meses y el 69% de madres del grupo de 12-23 meses. Antes de dar de comer se lava las manos el 54,2% de madres del grupo de 6-11 meses y 42,3% de las de 12-23 meses.

Una de las prácticas con menor representación porcentual es el lavado de manos después de cambiar el pañal: solo la realizaron el 37,5% de las madres con niños de 6-11 meses y el 19,2% de madres con niños de 12-23 meses. Asimismo, el lavado de manos después de ir al baño llega apenas al 50% de las madres observadas del grupo de 6-11 meses y al 42,3% en las del grupo de 12-23 meses. A lo que hay que agregar que lo hacen, por lo general, solo con agua.



La práctica del lavado de manos ha sido objeto de atención dentro de las medidas de promoción de la higiene.¹⁹ Es conocido también el efecto protector del lavado de manos sobre todo cuando se usa jabón. Su importancia como barrera es muy grande contra la transmisión fecal de persona a persona, o contra la contaminación de agua y comida, así como el hecho de que se enfrenta a uno de los entero-patógenos más agresivos, la *Shigella*, y al más común, la *Escherichia coli*.²⁰

Un estudio de alcance nacional realizado en zonas rurales y urbano-marginales permite apreciar que la práctica del lavado de manos por parte de las cuidadoras de niños menores de 3 años está más concentrada en los eventos que giran alrededor de la comida que en aquellos vinculados al contacto con heces.²¹

Tabla 16

Provincia de Vilcashuamán: Práctica de lavado de manos de las madres observadas en el hogar, 2011

Práctica observada	Grupo de edad (meses)				Total	
	6 a 11		12 a 23			
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Se lava las manos antes de preparar la comida	18	75	18	69,2	36	72,0
Se lava las manos antes de dar de comer	13	54,2	11	42,3	24	48
Se lava las manos después de ir al baño	12	50	11	42,3	23	46
Se lava las manos después de cambiar pañales	9	37,5	5	19,2	14	28

- 19 YEAGER, B. A. C. *et al.*: "Defecation Practices of Young Children in a Peruvian Shanty Town". *Social Science and Medicine*, vol. 49, 4, 1999.
- 20 ALMEDOM, A. M., U. BLUMENTHAL y L. MANDERSON: *Hygiene Evaluation Procedures: Approaches and Methods for Assessing Water and Sanitation Related Hygiene Practices*. London: International Nutrition Foundation for Developing Countries (INFDC), 1997.
- 21 AB PRISMA: Evaluación PANFAR. Informe final, 2003.

Prácticas de la madre para el cuidado de niños de 6 a 23 meses de edad

Con respecto a las prácticas de cuidado del niño, en la tabla 17 se aprecia que elogian a sus niños el 70,8% de las madres con niños de 6-11 meses y el 61,5% de las del grupo de 12-23 meses, con lo cual el promedio de madres observadas que realizan esta práctica alcanza un 66%.

Las palabras cariñosas son empleadas por el 79,2% de madres con niños del grupo de 6-11 meses y el 80,8% de las del grupo de 12-23 meses.

Tabla 17

Provincia de Vilcashuamán: Prácticas de la madre durante el cuidado del niño de 6 a 23 meses de edad, 2011

Práctica observada	Grupo de edad (meses)				Total	
	6 a 11		12 a 23			
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Elogia a su niño	17	0,8	16	61,5	33	6
Emplea palabras cariñosas	19	9,2	21	80,8	40	80
Le canta al niño	7	29,2	5	19,2	12	24
Acaricia a su niño	20	83,3	21	80,8	41	82
Abraza a su niño	22	91,7	19	73,1	41	82
Besa a su niño	17	70,8	19	73,1	36	72

Cantar a los niños es una práctica que realizan en menor porcentaje (29,2%) madres con niños de 6-11 meses y 19% de madres del grupo de 12-23 meses. Este resultado se debe quizá a que las madres se sintieron cohibidas de cantar ante la presencia de un observador.

Acariciar al niño es practicado por el 83,3% de las madres de niños de 6-11 meses y por el 80,8% de aquéllas del grupo de 12-23 meses. A su vez, el 91,7% de madres con niños de 6-11 meses y el 73,1% de madres del grupo de 12-23 meses abrazan a sus niños. Besan a sus hijos el 70,8% de madres del grupo de niños de 6-11 meses y el 73,1% de las del grupo de 12-23 meses.

Alentar a los niños a observar y a expresarse por su cuenta, a jugar y a explorar, los ayuda en su aprendizaje y en su desarrollo social, físico e intelectual.²² Los resultados de los comportamientos anteriormente descritos son parte del desarrollo infantil temprano, por lo que resulta de vital importancia reforzarlos constantemente, pues los niños comienzan a aprender desde que nacen.

Los niños crecen y aprenden más rápidamente cuando reciben atención, afecto y estímulos, además de una buena nutrición y una atención adecuada de su salud.



22 | WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Guiding Principles for Feeding Non-Breastfed Children 6-24 Months of Age*. Washington, D. C.: WHO, 2005.

V

DISCUSIÓN

Diferentes documentos y las estadísticas nacionales dan cuenta que realidades como la de la provincia de Vilcashuamán, donde predomina el ámbito rural, presentan condiciones desfavorables e indicadores sociales críticos. Este trabajo muestra principalmente los aspectos relacionados con el consumo alimentario en niños menores de 2 años, una de las causas inmediatas de la desnutrición crónica infantil.

El estudio informa que la gran mayoría de los niños evaluados presentan un inadecuado consumo de energía, proteínas y micronutrientes, y que no alcanzan las recomendaciones nutricionales requeridas para sostener la alta velocidad de crecimiento y desarrollo en este periodo de vida. Este inadecuado consumo de alimentos estaría contribuyendo con la alta prevalencia de desnutrición crónica infantil en la provincia (31,5%).

La alta tasa de desnutrición infantil colabora con el incremento de la vulnerabilidad de la población infantil ante infecciones diarreicas y respiratorias; asimismo, la recuperación de estos procesos infecciosos se haría más lenta, y así se perpetúa en este proceso el círculo vicioso malnutrición-infecciones-malnutrición.

Las familias campesinas observadas en la provincia de Vilcashuamán tienen a la producción local, los programas alimentarios y compras en las ferias locales como mecanismos para el abastecimiento de alimentos. La frecuencia de consumo es variada, como lo demuestra el estudio elaborado por el Programa Sumaq Kawsay en la provincia de Vilcashuamán. Al respecto, si bien se observa un consumo adecuado del número de comidas, esto no se traduce en niveles apropiados de energía y nutrientes, lo que muy probablemente se deba a que las cantidades utilizadas son escasas, de modo que los bajos consumos de éstos podrían ser consecuencia de un desconocimiento de las bondades nutricionales y poca disponibilidad de los alimentos.

En relación con la lactancia materna, vemos que es altamente positiva en la alimentación de los niños de 6 a 23 meses de edad del estudio: casi todos los niños lactan, y con una frecuencia alta, elemento muy positivo, pues la leche materna es un alimento de alto valor nutritivo.



VI

CONCLUSIONES

El estudio arroja las siguientes conclusiones:

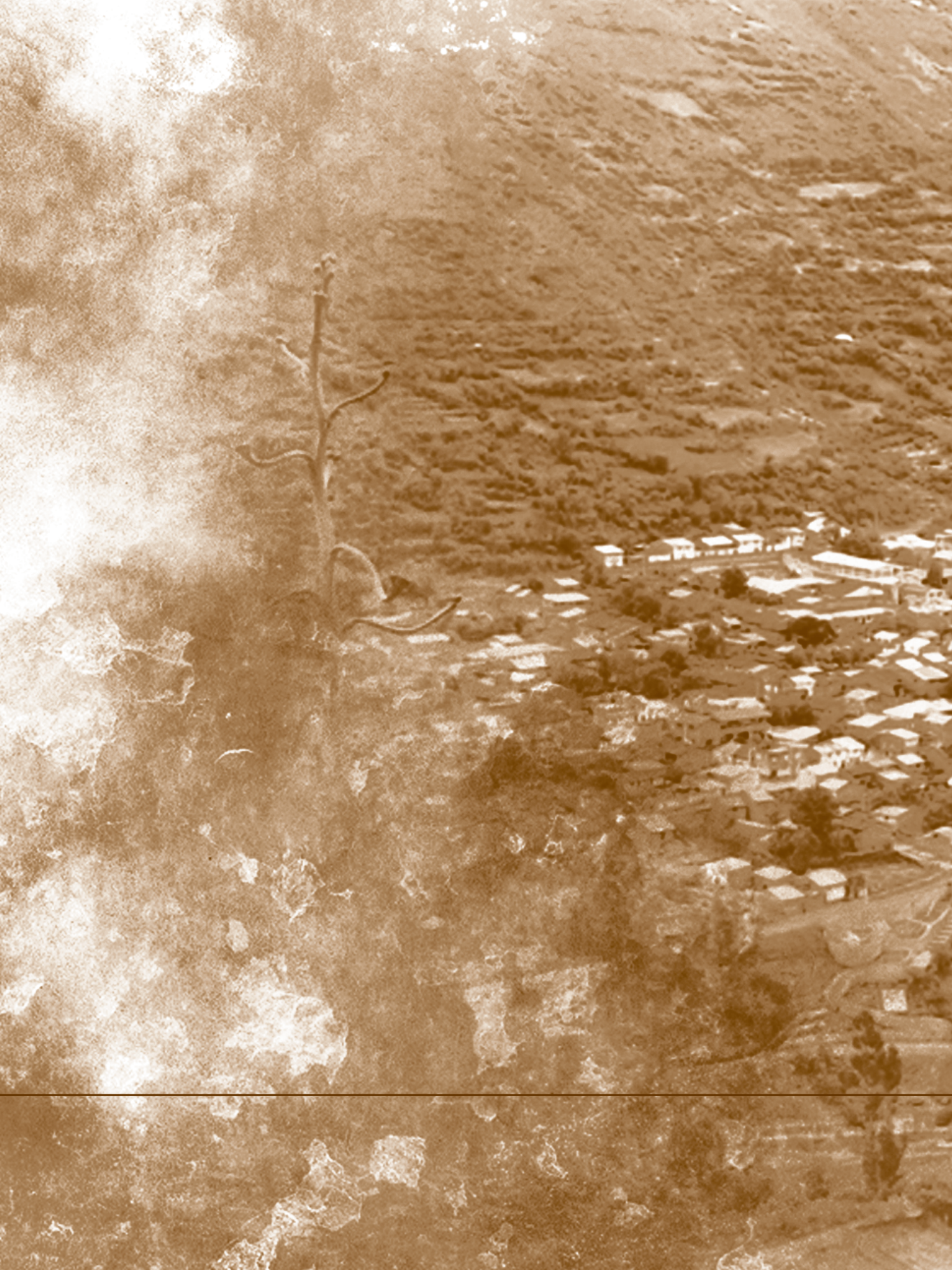
1. La ingesta calórica promedio en el grupo de estudio es menor a la recomendada, y es el grupo de 9 a 11 meses de edad el que presenta la mayor deficiencia. En porcentajes, solo el 38% y el 82% de los niños con lactancia materna media cubren sus recomendaciones de energía y proteínas diarias respectivamente. Por otro lado, existe una deficiente ingesta de micronutrientes, como hierro, zinc y calcio.
2. La lactancia materna es continuada hasta los 23 meses de edad en casi todos los niños del estudio. Así se asegura que los menores de 23 meses reciben un alimento de alto valor nutricional.
3. La frecuencia mínima de comidas es adecuada en un alto porcentaje de los niños de 6 a 23 meses, según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. Pero esto no es suficiente para completar las recomendaciones nutricionales para este grupo de edad.
4. Las comidas diarias más consumidas por los niños son el desayuno (100%) y el almuerzo (92%), siendo algo menor los niños que consumieron la cena (70%). Asimismo, el tipo de alimento preferido para el desayuno y la cena son las sopas de consistencia normal, mientras que, en el almuerzo, los alimentos preferidos son los segundos. Por otro lado, la mayoría de los niños consumen entrecomidas, en las que prevalecen las frutas y los productos de panadería (pan o galletas).
5. El consumo de alimentos donados por los programas alimentarios estatales, durante el periodo del estudio, es parte de la alimentación de un tercio de los niños, siendo mayor en el grupo de 6 a 11 meses de edad.
6. Se evidencia el consumo de dulces o bebidas artificiales en los niños a partir de los 12 meses de edad: la cuarta parte de ellos los consume. Sin embargo, no lo hacen los menores de un año.
7. Se han identificado comportamientos de la madre en relación con la alimentación del niño que deben ser reforzados, como el ofrecimiento de más comida, la motivación al niño para que coma y el lavado de manos de los niños.
8. El lavado de manos en las madres es aún un aspecto crítico. Se observó que el momento más álgido es el referido al "lavado de manos después de cambiar pañales", seguido por "después de ir al baño" y "antes de dar de comer". Se detectó, además, que no siempre se usa el jabón.

VII

RECOMENDACIONES



1. Organizar estrategias comunicacionales orientadas a mejorar la alimentación complementaria teniendo en cuenta, principalmente, aspectos de cantidad, calidad y consistencia de los alimentos.
2. Desarrollar investigaciones que expliquen de manera más precisa la utilización, aceptabilidad, distribución familiar y consumo de los alimentos de los programas alimentarios estatales; así como su costo-efectividad.
3. Implementar estrategias comunitarias que promuevan los espacios de análisis y reflexión entre padres (papá y mamá) para impulsar la adopción de comportamientos apropiados en el marco de la alimentación infantil responsiva.
4. Poner énfasis en la promoción del adecuado lavado de manos, priorizando los momentos más críticos identificados en el estudio y teniendo en cuenta los aspectos socioculturales.
5. Identificar y promover redes y espacios comunitarios seguros que apoyen a la madre en la alimentación y el cuidado infantil, sobre todo cuando trabaja fuera de casa.



An aerial, sepia-toned photograph of a town nestled in a valley. A bright, glowing trail of light or smoke descends from the top right towards the center of the town. The town features numerous buildings, including a prominent church with a tall steeple. The surrounding landscape is hilly and covered in vegetation. The image has a vintage, textured appearance with some graininess and a vertical line running down the left side.

ANEXOS

EVALUACIÓN DE LÍNEA DE BASE DEL PROGRAMA SUMAQ KAWSAY:

Madre: Dirección de vivienda:

[illegible]

Urbano =1 Rural = 2

Código: madre: encuestador

--	--	--	--

Fecha nacimiento : niño						
Niño enfermo sí = 1 no = 2						
Fecha						
Día						
Hora de inicio						
Hora de fin						
N.º de página						
Es un día festivo sí = 1 no = 2						

[illegible]

EVALUACIÓN DE LÍNEA DE BASE DEL PROGRAMA SUMAQ KAWSAY:

Segmento:

--	--	--	--

Vivienda:

--	--

Hogar:

Distrito: _____

Madre: _____ Dirección de vivienda: _____

		Tipo de preparación			
		1	2	3	4
		1	Agua/infusión, mate/té/ café	8	Puré aguado
		2	Leche, yogurt, queso	9	Puré espeso
1	Desayuno	3	Bebible: cereal/harinas c/leche	10	Segundo
2	Almuerzo	4	Bebible: cereal/harinas s/leche	11	Mazamorra c/leche
3	Cena	5	Caldos/Sopa/crema: aguada	12	Mazamorra s/leche
4	Entrecomida	6	Sopa/ crema: normal	13	Fruta
5	Lactancia	7	Sopa/crema: espesa	14	Verdura

[illegible]

OBSERVACIONES :

ANEXO 2 : Carta de Aprobación del Estudio



Instituto de
Investigación
Nutricional

Av. La Molina 1885 - La Molina
Telf.: (51-1) 349-6023 Fax: (51-1) 349-6025
RUC 20117792634

07 de Febrero, 2011
306-2011/CEI- IIN



Doctora
NELLY ZAVALETA
Investigadora Principal del IIN
Av. La Molina N° 1885
La Molina.-

Estimada Dra. Zavaleta,

Con referencia a su carta N° 152-2010/IIN-NZ-287 emitida el 30 de Diciembre de 2010 y carta N° 007-2011/IIN-NZ-287 del 07 de Febrero 2011, el Comité de Ética del Instituto de Investigación Nutricional (IIN) tiene el agrado de informarle que ha sido revisada la documentación enviada y luego de recibir la documentación con las modificaciones sugeridas, se aprueba el proyecto titulado:

**“Estudio de Línea de Base del Programa SUMAQ KAUSAY”
con código No. 306-2011/CEI-IIN.**

Los documentos aprobados para este proyecto, son los siguientes:

1. **Protocolo del Estudio**, versión: 30 de Diciembre de 2010, en español.
2. **Formato de Consentimiento Verbal para Entrevista en el Hogar y Encuesta de Alimentación Infantil**, versión 1 : 31 Enero 2011, en español.
3. **Formato de Consentimiento Verbal para Entrevista en el Hogar**, versión 3 : 31 Enero 2011, en español.

Esta aprobación tendrá validez de un año a partir de la fecha y su solicitud de renovación deberá estar acompañada de un resumen de avance de actividades en el caso de continuar y un informe final al terminar el proyecto.

Es nuestro deseo recordarle que si hubiera alguna reacción inesperada en el estudio, así como cualquier modificación que se le haga al protocolo, éstas deberán ser informadas inmediatamente a nuestro Comité de Ética.

Agradeceremos que en el futuro cite el número de aprobación en su correspondencia, u otro documento referente al estudio.

Arentamente,

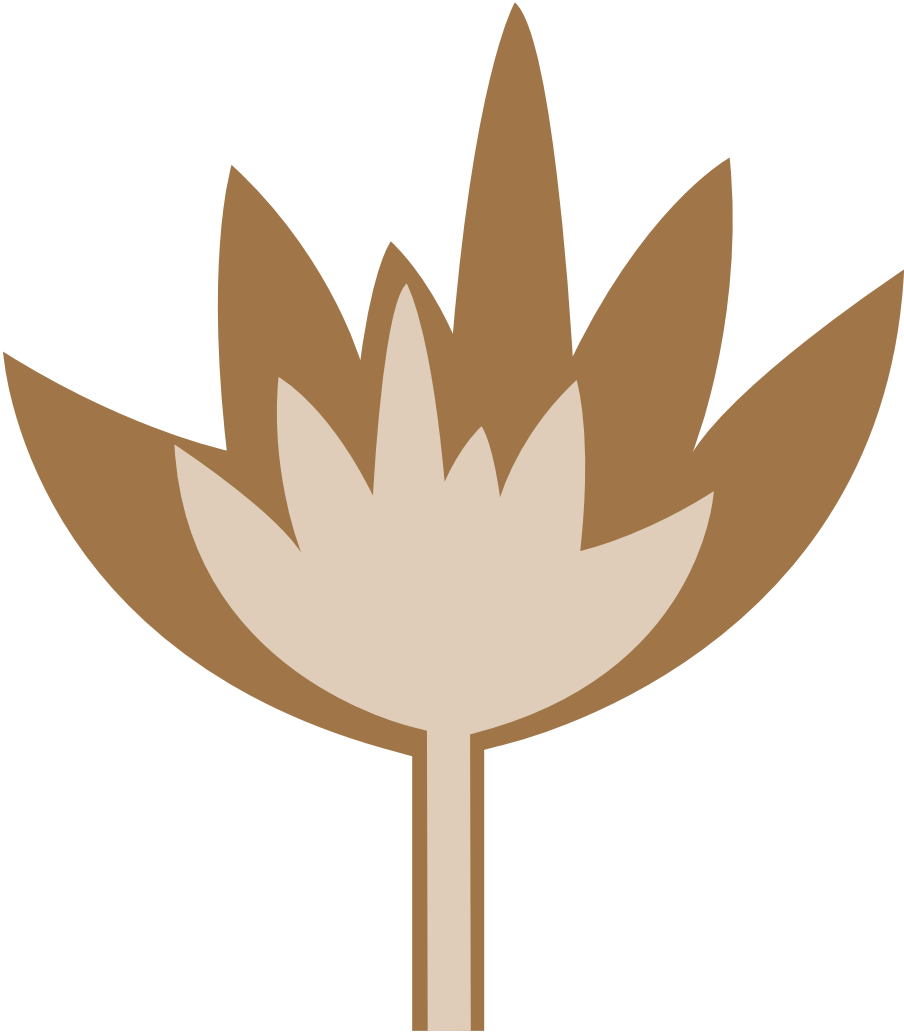


Hilary Creed-Kanashiro, B. Sc., M. Ed.
Presidenta, Comité de Ética de Investigación
Instituto de Investigación Nutricional – IIN

C.c. Dirección General / Dirección Administrativa

Apartado 12 - 133 Lima 12, PERU
Comité de Ética www.iin.sld.pe





Con el apoyo financiero de:



"El contenido de este material es responsabilidad exclusiva de la Fundación Acción Contra el Hambre - Perú y en ningún caso debe considerarse que refleja los puntos de vista de la AECID, la Generalitat Valenciana y el Gobierno de Navarra"

Fundación Acción contra el Hambre

Calle Francisco del Castillo 235 2do. Piso
Urb. San Antonio – Miraflores - Lima, Perú
Tlf.: (51 1) 628 28 35 / (51 1) 628 28 36
acfe-pe@acf-e.org / www.accioncontraelhambre.org

Se terminó de imprimir en los talleres gráficos de
Tarea Asociación Gráfica Educativa
Pasaje María Auxiliadora 156 - Breña
Correo e.: tareagrafica@tareagrafica.com
Página web: www.tareagrafica.com
Teléf. 332-3229 Fax: 424-1582
Agosto 2012 Lima - Perú