

PN-ARH-823
71355

NUMERO 4
1988

PRACTICAS DE ALIMENTACION INFANTIL
Informe final de la investigación formativa
Serie: Educación nutricional en el Ecuador



**MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
MANOFF INTERNATIONAL INC.**

Serie: Educación Nutricional en el Ecuador No. 4

PRACTICAS DE ALIMENTACION INFANTIL

INFORME FINAL DE LA INVESTIGACION FORMATIVA

**Autores: Marcia Griffiths, Ellen Piwoz
MANOFF INTERNATIONAL INC.**

**Yolanda de Grijalva
Programa de Investigación Cualitativa en
Nutrición Infantil: IIDES/MSP**

Agosto, 1988

QUITO - ECUADOR

Titulos de la Serie Educación Nutricional en el Ecuador

- No. 1 Fundamentos de la Educación Nutricional.
- No. 2 Manual sobre Metodología de la Investigación Formativa.
- No. 3 Prácticas de Alimentación Infantil. Revisión de Literatura.
- No. 4 Prácticas de Alimentación Infantil. Informe Final de la Investigación Formativa.
- No. 5 Nuevas Estrategias en Alimentación Infantil. Memorias del Seminario Taller.

Todos los derechos son reservados. Los contenidos pueden reproducirse con expresa autorización de los autores y/o editores, debiendo citarse la fuente. Los editores y/o autores agradecerían enviar una copia del material que se ha producido en base a los contenidos de esta serie.

PRESENTACION

En el afán de contribuir a que los niños ecuatorianos desarrollen óptimamente su potencial biológico en relación con el crecimiento físico y mental, se ha realizado un proceso que parte del conocimiento de la realidad actual, referida a las prácticas alimentarias en niños pequeños de las familias ecuatorianas más pobres, que sirve de base para la ejecución de acciones inmediatas como lo exige la magnitud y gravedad de la situación nutricional del país.

La conclusión a la que hemos llegado después de estos años de trabajo es que, sin desconocer las condiciones sociales y económicas precarias de la población que constituyen las causas básicas de la desnutrición, existe un campo de intervenciones viables para mejorar las prácticas alimentarias de los niños menores de dos años, que sin lugar a dudas determinarán un mejor crecimiento y por ende menor desnutrición. Este campo es el mejoramiento de prácticas alimentarias de niños pequeños.

Podemos aseverar que con lo poco que tiene la familia ecuatoriana, los niños pueden estar en mejores condiciones si se observan adecuadas prácticas alimentarias desde el nacimiento (ojalá desde la concepción) y especialmente durante el periodo de destete, es decir, durante los meses que el niño se incorpora a la dieta familiar y deja de lactar.

El mejorar las prácticas alimentarias en los niños pequeños requiere un cambio de mentalidad tanto del personal responsable como de la familia, la comunidad y especialmente de la madre. Tiene que ver con la importancia y atención que se le da al niño en sus primeros meses o años de vida, con el fenómeno de modernización y patrones sociales, con la formación de recursos humanos e incluso con aspectos de orden legal y político.

La tarea no es sencilla, por lo cual se ha creído necesario compartir algunos conocimientos actualizados y nuestras experiencias en la presente "Serie de Educación Nutricional", para de este modo iniciar una nueva era en relación con cambios de comportamiento adecuados, que favorezcan y preserven los recursos humanos ecuatorianos que en este mismo momento se están formando y creciendo.

Se espera que el material de la serie que estamos presentando aporte los elementos indispensables para encontrar consensos que permitan una acción conjunta, optimizando los recursos existentes y mejorando los mecanismos de coordinación.

Yolanda de Grijalva
Quito - 1988

INDICE

	PAGINA
RESUMEN EJECUTIVO	i
INTRODUCCION	
Justificación del Proyecto	1
El Proyecto	2
LA INVESTIGACION	
Los Objetivos e Implementación de la Investigación ..	4
La Metodología	4
La Muestra	7
LOS RESULTADOS DE LA FASE DE IDENTIFICACION DEL PROBLEMA	
El Ambiente	12
Características de las Familias	13
Actitudes y Percepciones de la Madre	21
Acceso a la Información	26
SITUACION NUTRICIONAL Y PRACTICAS ALIMENTARIAS ACTUALES ...	31
Recién Nacidos	32
Niños de 0-3 Meses	36
Niños de 4-6 Meses	39
Niños de 7-9 Meses	42
Niños de 10-12 Meses	45
Niños de 13-24 Meses	49
Prácticas Alimentarias Durante las Enfermedades	52
LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA: POSIBLES CAMBIOS DE PRACTICAS, MOTIVACIONES Y RESISTENCIAS	54
Niños de 0-3 Meses	55
Niños de 4-6 Meses	62
Niños de 7-9 Meses	71
Niños de 10-12 Meses	81
Niños de 13-24 Meses	91
Niños Enfermos y en Recuperación	95
Niños de 0-24 Meses de la Costa	100

El Proyecto de Investigación Cualitativa en Nutrición Infantil (PICNI) del Ecuador, fue llevado a cabo por el Instituto de Investigaciones para el Desarrollo de la Salud (IIDES), con la ayuda de: la Agencia Internacional de Desarrollo, Misión en el Ecuador y Sede en Washington, a través del Programa de Reducción de la Enfermedad y Muerte Infantil (PREMI), y la asistencia técnica de Manoff International Inc.

Intervinieron las siguientes personas:

Comité Técnico del PICNI:

Dr. Pablo Martínez, Coordinador del PREMI/MSP (hasta abril 1988).
Dr. Julio Alvear, División de Nutrición, MSP.
Dr. Walter Torres, División Materno Infantil, MSP.
Dr. Joseph Baldi, Coordinador PREMI/AID Ecuador.
Dr. Fernando Ortega, Director ININMS (hasta abril 1988).
Dr. José Suárez, Director del IIDES (desde mayo 1988).
Dra. Yolanda de Grijalva, Investigadora IIDES.

Asistencia Técnica:

Marcia Griffiths, Manoff International Inc.
Ellen Piwoz, Manoff International Inc.

Equipo Ejecutor:

Dra. Yolanda de Grijalva, Directora del Proyecto, Investigadora Principal, MSP.
Dra. Maria Elena Acosta, Investigadora Asociada, MSP.
Dra. Ximena Abarca, Asistente de Investigación (contrato)
Lcda. Lilián Mancheno, Asistente de Investigación (contrato)
Lcda. Ana Tamayo, Asistente de Investigación (contrato)
Lcdo. Enrique Contreras, Asistente de Investigación (contrato)
Lcda. Piedad Yerovi, Asistente de Investigación (2da. fase) (contrato)
Lcda. Lucia Valle, Asistente de Investigación (2da. fase)

Personal local: Personal de salud de las áreas seleccionadas, médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y otros

Personal de apoyo: Ana Arcos, IIDES/ESPOCH
Maritza Ponce, IIDES/ESPOCH

Personal Administrativo: Ximena de Romero, Kelly Personal Ejecutivo (contrato)

Secretaria: Ana Maria Merchán, A.T.E.
Paul T. Harrison, Manoff International Inc.

Traducción: Ana Maria Merchán, A.T.E.

Familias de las comunidades de:

Costa

Viche (El Roto), El Cisne, Febres Cordero (Centro de Salud No. 13), Lomas de Sargentillo, Machala, Manabí (Proyecto PEM-PAAMI), Guayaquil.

Sierra

Ibarra, González Suárez, Sta. Rita, Quito, San José de Minas, Riobamba, San Miguel de Pumachaca, Cuenca (Huaynacapac), Nabón, Nambacola, Loja, Cotopaxi (Proyecto PEM-PAAMI).

Oriente

Misahualli, Pununo (Napo)

Personal de salud de:

Maternidad Isidro Ayora, Maternidad Enrique Sotomayor (damas voluntarias), Hospital Guayaquil, Maternidad Santa Marianita, Hospital Carlos Andrade Marín, Hospitales de: Ibarra, Riobamba, Loja, Machala, Cuenca, Hospital Baca Ortiz (damas voluntarias).

RESUMEN EJECUTIVO

El Ministerio de Salud Pública y sus dependencias técnicas han decidido enfrentar el problema de la desnutrición de niños pequeños, dando un enfoque especial en sus nuevas acciones para el mejoramiento de las prácticas de alimentación infantil. Esta tarea requiere, fundamentalmente, de un programa efectivo de educación nutricional, de capacitación de personal y de cualquier otra acción que pueda ayudar a las familias con esta tarea.

Metodología

El proceso para diseñar un programa de mejoramiento y/o cambio de prácticas alimentarias comprende cuatro etapas: investigación, diseño de estrategia, implementación y evaluación.

La fase de investigación, que es el tema de este informe fue encargada al Instituto de Investigaciones para el Desarrollo de la Salud, IIDES, y dio inicio con una revisión documental de los estudios cuantitativos existentes en el País con relación a alimentación infantil. Esta revisión orientó la ejecución de un Proyecto de Investigación Formativa (cualitativa) cuyos resultados permitirán la formulación de un programa coherente que responda a las necesidades de los usuarios de los servicios y de toda la comunidad ecuatoriana.

La investigación formativa utilizó técnicas de investigación antropológica, nutricional y de mercadeo social. La muestra fue pequeña, pero con casos muy cuidadosamente seleccionados a nivel nacional, en base a criterios geográficos, étnicos y de estado nutricional. En su totalidad, la muestra para la investigación cualitativa incluyó 337 madres, 19 padres, 49 integrantes del personal de salud y 33 informantes clave, que viven en 18 comunidades de 9 provincias del País.

La primera fase de la investigación dio a conocer las prácticas actuales en relación con la alimentación de niños menores de dos años, incluyendo una sección sobre recién nacidos y otra sobre niños enfermos, y las razones (por qué) de la realización de dichas prácticas. Esta fase de la investigación se denominó "Identificación de Problemas".

Una vez conocidas, las prácticas reales y sus por qué, se procedió a definir los consejos o recomendaciones que se podrían dar a las madres para cambiar las prácticas erróneas y reforzar las prácticas beneficiosas. Esta fase de la investigación se denominó "Formulación de Conceptos".

Los conceptos o recomendaciones se formularon para las diferentes edades (5 grupos) de niños menores de dos años y para niños enfermos, y fueron sometidos a pruebas en las casas, con niños que representaban a los diferentes grupos. Esto constituyó la tercera fase de la investigación y la parte innovadora que involucrar a las familias en el diseño de las recomendaciones, una etapa que falta en los estudios realizados anteriormente.

Además de las pruebas en hogares, esta tercera fase que se denominó "Prueba de Conceptos", se realizó a través de discusiones con grupos focales, con el objetivo central de determinar cuáles prácticas son factibles de cambiar o reforzar, qué motivaciones son las que dan mejores resultados y qué barreras se presentan.

Resultados

Los resultados obtenidos se pueden dividir en tres: características de las familias que forman el marco general para cualquier acción, las prácticas actuales y los efectos que tienen sobre la salud del niño y la factibilidad de mejorar las prácticas considerando las actitudes y recursos de las familias afectadas.

A continuación se presentan los resultados en forma resumida, dando primero una visión de las familias que participaron en el estudio como representantes de las clases media-baja y baja, con niños sanos y desnutridos. Luego se presentan las prácticas actuales que tiene mayor impacto en la salud del niño y, por último, la factibilidad de mejorar esas prácticas.

Las familias

- o Son familias nucleares con 2 ó 3 hijos menores de 5 años y que generalmente tienen familiares cercanos.
- o Las familias tienen ingresos bajos, provenientes principalmente del trabajo en el sector no formal.
- o La disponibilidad de alimentos en la familia no constituye una severa limitación, a pesar de que la variedad no es óptima, especialmente en los sectores indígenas.
- o Existe un alto índice de analfabetismo en los padres de familia (padre y madre), especialmente en la Sierra rural.

- o Las madres sienten que trabajan duro y que son muy ocupadas. Dicen que ocupan mucho tiempo en el cuidado del niño, aunque se observa que la madre está con el niño, pero no siempre cuidándole.
- o En áreas urbanas muchas madres trabajan diariamente fuera de la casa.
- o La mayoría de las familias se identifican como pobres y tiene una visión fatalista acerca del futuro, tanto para ellas mismas como para sus hijos: "Que sean lo que Dios quiera".
- o La madre no tiene mucho poder de decisión, inclusive en cuanto a la alimentación de su hijo.
- o A las madres les falta un concepto objetivo para medir el crecimiento, desarrollo y salud de su niño, por lo cual fácilmente identifican a su hijo como "sanito" o "enfermizo", sin tener la capacidad de cambiar esta característica. La relación entre salud y nutrición no está muy clara en los padres.
- o La mayoría de las familias tiene acceso a la radio y a la televisión y acude a la Iglesia. No asisten a reuniones comunitarias (con excepción de las poblaciones rurales).
- o Para cuestiones de salud el médico es la persona más calificada entre las familias; sin embargo se busca información de boticarios, comadronas, curanderos, etc., y familiares de mayor edad.

Las Prácticas Más Problemáticas y las Posibles Mejoras

Antes de reportar los resultados específicos, vale la pena señalar que estas familias de clases media-baja y baja, con niños bien nutridos y desnutridos, fueron seleccionados con la seguridad de que si ellas pueden cambiar su situación, entonces las familias con mejor situación pueden cambiar también. Los resultados que siguen indican que la gran mayoría de familias pueden mejorar significativamente sus prácticas y para comienzos de 1988, época en que se hicieron las pruebas, solamente hubo un porcentaje mínimo (5-7%) que no pudo mejorar las prácticas por sus circunstancias.

A continuación se señalan los principales problemas detectados y debajo de cada uno se indican las posibles acciones que pueden contribuir a mejorar las respectivas prácticas.

- o Hay poca lactancia exclusiva (prevalencia y duración) por el uso de biberones en los primeros días/meses de vida.
- o Para la mayoría de los niños (especialmente en la costa y áreas urbanas) disminuye muy rápidamente la contribución de la leche materna a la dieta del niño por las prácticas de amamantamiento no óptimas.

Establecer un patrón de lactancia materna óptimo, comenzando en la maternidad con las normas hospitalarias la capacitación de personal.

Enfatizar las técnicas de amamantamiento de las madres, el "cómo hacer".

- o La consistencia es predominantemente líquida desde que se introducen otros alimentos hasta que el niño tiene dos años.

Cambio del concepto y la práctica de dar comida "aguada" al niño a través de recetas, demostraciones y adiestramiento del personal de salud.

- o El niño no forma parte de los tiempos de comida familiar y los padres no ponen mayor atención a lo que come su hijo; responden sólo por capricho del niño (si le gustan o no los alimentos); si "no quiere comer" no insisten.

Hacer mayor esfuerzo educacional para que los padres pongan más atención al niño y lo traten como miembro de la familia durante las comidas.

También sería importante dar confianza a la madre para que ponga en práctica lo que ha aprendido.

- o En todas las edades los niños comen una cantidad muy pequeña de comida (especialmente el seco) y esta práctica tiene peores consecuencias cuando se relaciona con la edad. En las madres no existe temor a dar de comer, simplemente parece que no existe una idea de la cantidad y que el alimento está en lo seco. En los niños mayores hay también una variedad limitada de alimentos en la dieta y la frecuencia de comidas no es suficiente.

Dar a los padres de familia una visión de un mejor esquema nutricional para sus hijos, dando énfasis a dos aspectos: primero la frecuencia, complementando la comida familiar con entrecomidas nutritivas y, segundo, la cantidad de comida, especificada a través de una medida.

- o No hay conciencia de la importancia que tiene el vigilar o mejorar la dieta del niño enfermo o convalesciente.

Establecer criterios y conceptos de alimentación para los niños enfermos y los que están recuperándose de una enfermedad, y con estos criterios capacitar al personal médico para que pueda trabajar con los padres de familia con el fin de prevenir el deterioro nutricional del niño en cada episodio de enfermedad.

INTRODUCCION

JUSTIFICACION DEL PROYECTO

- o Un análisis de algunos estudios de investigación sobre la nutrición en el Ecuador indica que el problema de desnutrición en infantes y niños pre-escolares es debido a múltiples causas que tienen como base la estructura socio-económica del país. A nivel de hogar se puntualizan las siguientes causas desencadenantes:
 - mala distribución intra-familiar de la comida;
 - prácticas alimentarias inadecuadas para cubrir los requerimientos nutricionales de infantes y niños pequeños;
 - la alta morbilidad, especialmente diarreas y enfermedades respiratorias, que producen anorexia, disminución de la ingesta y menor utilización biológica de los alimentos durante un periodo de infección, cuando las necesidades nutricionales son mayores.

- o Los dos primeros años de vida han sido identificados como de mayor prioridad para un programa de mejoramiento nutricional, primero porque de 0 a 4 meses la leche materna debe ser suficiente y a partir de los 4 meses el organismo del niño requiere alimentos complementarios para asegurar un crecimiento óptimo, y, segundo porque durante este periodo los niños ecuatorianos comienzan a sufrir un deterioro en su crecimiento (en algunos casos irreversible) debido principalmente a las causas anteriormente mencionadas.

- c Aunque una combinación de intervenciones es lo más aconsejable para romper el círculo vicioso de desnutrición y enfermedad, las básicas para sostener los efectos, tienen que mejorar las prácticas de alimentación infantil. Esta tarea requiere fundamentalmente de un programa de educación nutricional efectiva porque el niño está en la casa, bajo el cuidado diario de los familiares quienes tienen que dar alimentos de buen valor calórico y nutricional en una cantidad adecuada (varias veces al día), sin contaminación, y en el tiempo más apropiado.

- o El programa de supervivencia infantil y futuros programas para el desarrollo del país, requieren una estrategia nacional de educación nutricional para poder incursionar en el difícil camino de cambiar las prácticas alimentarias y lograr verdaderas mejoras en el estado nutricional de los niños ecuatorianos en todo el país.
- o El Gobierno del Ecuador, a través del Plan Nacional para la Reducción de la Morbilidad y Mortalidad Infantil (PREMI), estuvo reforzando la entrega de cuatro actividades básicas de salud prevenible para niños menores de cinco años: inmunizaciones, terapia de rehidratación oral (TRO), el monitoreo (mensual) de crecimiento, y la educación nutricional.
- o El PREMI, que comenzó en el año 1985, ha enfocado la mayoría de sus recursos a la promoción y provisión de inmunizaciones y de sales de rehidratación oral. Recientemente, el gobierno ha puesto su atención en el mejoramiento del programa de monitoreo de crecimiento y educación nutricional. En 1986 la distribución del Carnet de Salud Infantil Ecuatoriano (CSI) y la capacitación de personal de salud en el uso del mismo, han sido extendidos a todo el país. Solamente en el último año el programa de educación nutricional comenzó con algunas actividades generales. Todavía falta definición del programa y el desarrollo de una serie de mensajes con consejos apropiados para dar a las madres como respuesta a la vigilancia de crecimiento.

EL PROYECTO

- o La meta del proyecto es contribuir al diseño y desarrollo (implementación) de una estrategia de educación nutricional que pueda ser aplicable a nivel nacional, y que sea potencialmente capaz del mejoramiento del estado nutricional de niños menores de dos años.
- o Los objetivos del proyecto son:
 - diseñar una estrategia que pueda ser aplicable a nivel nacional para el mejoramiento del estado nutricional de los niños menores de dos años. El enfoque de la estrategia sería un programa de educación nutricional dirigido al mejoramiento de las prácticas alimentarias.
 - llevar a cabo una investigación profunda sobre las prácticas alimentarias que influyen en la alimentación de los niños.

- implementar el programa de educación nutricional con un fuerte componente de capacitación y medir periódicamente su progreso hacia la meta.
- o El financiamiento del proyecto vino de 3 fuentes: (1) El Ministerio de Salud Pública (personal, transporte, oficinas); (2) USAID/Ecuador (costos de viajes, viáticos, materiales, etc.); y (3) AID/Washington (asesoría de Manoff International).
- o En este informe se presenta los resultados en forma resumida de la investigación. La primera fase del proyecto es la realización de una investigación. La versión preliminar del presente informe fue entregado a más de 120 representantes de 62 instituciones y organismos públicos y privados que participaron en el Seminario-Taller sobre "Nueva Estrategias en Alimentación Infantil", llevado a cabo en Quito el 21 y 22 de septiembre de 1988. Las memorias del taller aparecen en otra publicación.
- o Esta versión final del informe también contiene las observaciones del Dr. Nelson Dávila (Director General de Salud) y del Dr. Jaime Benavente (Evaluador del Plan de Supervivencia Infantil) en el Ecuador.

Otras publicaciones relacionadas con la investigación son:

1. Revisión de Literatura sobre Prácticas Alimentarias en el Ecuador.
2. Manual sobre la Metodología de la Investigación Formativa.
3. Memorias del Taller sobre "Nuevas Estrategias en Alimentación Infantil."

LA INVESTIGACION

LOS OBJETIVOS E IMPLEMENTACION DE LA INVESTIGACION

- o La investigación cualitativa tuvo los siguientes objetivos específicos:
 1. Definir detalladamente las prácticas alimentarias actuales y las condiciones/factores asociados con niños menores de 2 años bien nutridos y desnutridos.
 2. Comprender el potencial para reforzar o cambiar prácticas, las maneras más eficaces para motivar ese cambio, y poder desarrollar un programa de educación nutricional.
 3. Redefinir la metodología de la investigación, para que ésta pueda ser utilizada en el desarrollo de otros programas.
- o La investigación cualitativa fue realizada (diciembre 1987-julio 1988) por el Instituto de Investigaciones para el Desarrollo de la Salud (IIDES), anteriormente conocido como ININMS, con asesoría técnica de Manoff International Inc.

LA METODOLOGIA

¿Porqué Utilizar una Investigación Cualitativa?

- o En los últimos años varias instituciones e investigadores han realizado estudios cuantitativos que han documentado la prevalencia de desnutrición en el país, la disponibilidad de alimentos a nivel de hogar, los patrones de morbilidad, y la cobertura de los servicios de salud existentes.

Estos estudios pueden servir para desarrollar políticas pero no para formular programas, porque sólomente identifican el fenómeno y no siempre los por qué.
- o El éxito de la mayoría de los programas de prevención de la salud y atención primaria a nivel mundial, depende no sólo de la disponibilidad de tecnologías apropiadas sino más bien de una educación efectiva.

La educación se considera efectiva cuando no sólo se imparte información, sino cuando se consiguen cambios sostenidos en las prácticas diarias (de salud, nutrición, higiene, etc.) de la población objetivo.

- o Las experiencias con programas de educación nutricional en el Ecuador (con el PEM-PAAMI: Proyecto de Evaluación y Mejoramiento del Programa de Asistencia Alimentaria Materno-Infantil; 1984- 1986) y en otros países, indican que para realizar cambios sostenidos hay que entender las percepciones y deseos de la población, las motivaciones que tengan para su conducta, las barreras que se tienen o se perciben para lograr esos cambios de conducta.
- o En resumen, la formulación de un programa educativo orientado al cambio de conducta requiere de información sobre las percepciones y razones de la población - "los por qué" - para la conducta que están detrás de las estadísticas cuantitativas. Para entender "los por qué" hay que trabajar con comunidades y miembros de la población objetivo del programa. Ellos mismos tienen que ayudar en la formulación de objetivos, materiales, y mensajes de cambio.

Esta participación activa de la comunidad no se puede lograr en estudios cuantitativos y por ésta razón el proyecto escogió la metodología cualitativa: para asegurar la participación comunitaria en todas las fases de la formulación del programa educativo.

Técnicas de la Investigación

- o La investigación es formativa para guiar el desarrollo del programa (ayudar en la toma de decisiones y en el diseño).
- o Combina técnicas de investigación antropológica, nutricional y de mercadeo social para entender prácticas y tendencias, y por qué ocurren.
- o La metodología facilita la toma de decisiones en asuntos cualitativos porque aunque la muestra es relativamente pequeña; los casos son seleccionados cuidadosamente, las entrevistas son a profundidad y se utiliza la observación para confirmar las prácticas reportadas.

- o La muestra pequeña y el corto tiempo de trabajo de campo revierte información válida y confiable, porque cada una de las 3 fases de la investigación está diseñada en base a los resultados de la fase anterior.

Las conclusiones presentadas en este informe son el resultado de este proceso continuo de recolección de información, análisis y síntesis, y refinamiento.

- o La metodología tiene muy limitada capacidad de cuantificar la información, llegar a conclusiones estadísticas, o extrapolar los resultados a poblaciones con características extremadamente diferentes.

Las Fases de la Investigación

1. Identificación del Problema

- a. Revisión de la literatura existente sobre prácticas alimentarias y experiencias en programas de educación nutricional en el Ecuador. Esta revisión documental orientó la planificación de la investigación cualitativa (se presenta en otra publicación).
- b. Entrevistas a profundidad (con familias con niños menores de 2 años e informantes claves) para observar y discutir las prácticas actuales.

2. Análisis del Problema y Formulación de Conceptos

- a. Análisis para identificar las similitudes y diferencias en las prácticas, dentro de poblaciones con diferentes condiciones socio-culturales y demográficas.
- b. Formulación de conceptos y recomendaciones para probar con las familias, en base de lo que es factible, el impacto nutricional de las prácticas reales y las condiciones que favorecen o limitan el cambio.

3. La Prueba de Conceptos

- a. En los hogares para explorar con las familias sus reacciones y la capacidad o habilidad de cambiar las prácticas, y las condiciones bajo las cuales se puede lograr un cambio.
- b. Grupos focales para confirmar las prácticas y lograr reacciones a los conceptos/recomendaciones más exitosas, con nuevas personas que no participaron a nivel del hogar.

LA MUESTRA

Se trata de un estudio nacional, por lo tanto las áreas y los casos fueron seleccionadas muy cuidadosamente.

Áreas seleccionadas para la identificación del problema y la prueba de conceptos en los hogares.

Las áreas para la selección de hogares para las entrevistas y observaciones aparecen en el siguiente cuadro.

PROVINDE	CANTON	PARISH	AREA	COMMUNITY
Azuay	Cuenca	Huaynacapac	Urbana/establecida	La Gloria/Mal Paso
	Nabón	Nabón	Rural	Nabón Centro
Chimborazo	Guamote	Palmira	Rural (indígena)	San Miguel de Pomachaca
Esmeraldas	Guinindé	Viche	Rural (negra)	Viche Centro El Roto
Guayas	Guayaquil	Febres Cordero	Urbana/establecida	Centro de Salud No. 13
	Guayaquil	Febres Cordero	Urbana/recién	El Cisne
	Daule	Lomas de Sargentillo	Rural	Lomas de Arriba Centro
Loja	Gonzanamá	Nambacola	Rural	Nambacola
Napo	Tena	Misahualli	Rural	Misahualli Centro Pununo
Pichincha	Quito	Chillo Gallo	Urbana/recién	Sta. Rita
	Quito	San José de Minas	Rural	San José de Minas Centro La Chonta

- o Las siete provincias fueron seleccionadas para tener una representación socio-demográfica de todo el país. Se comenzó el proceso de selección con las provincias más pobladas de cada región (costa, sierra, oriente). Ya que el Ecuador tiene un porcentaje considerable de población indígena y negra, se incluyó localidades que representan a estos grupos étnicos. Se incluyó la provincia de Loja para tener una población del extremo sur. No se incluyó las provincias de Manabí y Cotopaxi debido a que se dispone de información cualitativa del proyecto PEMPAAMI.
- o Se seleccionó las parroquias según criterios previamente establecidos. En las áreas rurales se tomó las parroquias que correspondieron al punto medio de la provincia en términos de población (habitantes). En las áreas urbanas se listó las parroquias en orden alfabético y se seleccionaron aquellas que estaban en la mitad de la lista.

En Esmeraldas y Chimborazo se listó sólo las parroquias con poblaciones negras e indígenas; en las áreas urbanas de Guayas, Pichincha y Azuay el criterio de migración también se tomó en cuenta en la selección.

- o La selección de las comunidades se realizó conjuntamente con el personal de salud de la parroquia. En las parroquias rurales se tomó la(s) comunidad(es) con una población intermedia en términos de número de habitantes, accesibilidad, organización comunitaria, y nivel socioeconómico general.

En las parroquias urbanas, se tomó barrios (unidades censales) según los mismos criterios, más el criterio de migración (barrios establecidos y recién formados).

Información más detallada sobre la selección de provincias, parroquias y comunidades se encuentra en el informe sobre "La Identificación del Problema" (marzo 1988) del presente proyecto.

Selección de familias para la identificación del problema y prueba de conceptos en los hogares.

- o El personal de las unidades de salud tuvo la responsabilidad de identificar, antes del comienzo del trabajo de campo, a todas las familias de las comunidades seleccionadas con niños menores de 2 años. En cada parroquia se hizo un listado de aquellas familias, su dirección, la edad y estado nutricional del niño.

Se determinó el estado nutricional utilizando la gráfica de crecimiento del Carnet de Salud Infantil. Se consideraron desnutridos a los niños que cayeron por debajo del percentil 10 de los Patrones de Referencia de NCHS.

- o En cada comunidad se seleccionó 12 familias para realizar las visitas al hogar.

Se esperaba seleccionar 132 niños de acuerdo a su edad y estado nutricional distribuidos de la siguiente manera:

ESTADO NUTRICIONAL

<u>EDAD</u>	<u>NORMAL</u>	<u>DESNUTRIDO</u>	<u>TOTAL</u>
0-4 meses	11	11	22
5-9 meses	11	33	44
10-18 meses	11	33	44
19-24 meses	<u>11</u>	<u>11</u>	<u>22</u>
TOTAL	44	88	132

- o Debido a la dificultad de encontrar niños en cada categoría, en cada comunidad, se obtuvo la siguiente distribución de niños para la identificación del problema:

ESTADO NUTRICIONAL

<u>EDAD</u>	<u>NORMAL</u>	<u>DESNUTRIDO</u>	<u>TOTAL</u>
0-4 meses	17	7	24
5-9 meses	18	23	41
10-18 meses	10	33	43
19-24 meses	<u>9</u>	<u>13</u>	<u>22</u>
TOTAL	54	76	130

- o Estuvo planteado regresar a las mismas familias que participaron en la identificación del problema para la prueba de conceptos en los hogares. Desafortunadamente debido al cambio de dirección de las familias, especialmente en las áreas urbanas, esto se hizo imposible. Por tal motivo, la muestra estudiada en la prueba de

ESTADO NUTRICIONAL

EDAD	NORMAL	DESNUTRIDO	DESCONOCIDO	TOTAL
0-3 meses	7	2	9	
4-6 meses	17	4	1	22
7-9 meses	20	5	1	26
10-12 meses	5	15	20	
13 + meses	<u>13</u>	<u>37</u>	—	<u>50</u>
TOTAL	62	63	2	127

(Nota: En este cuadro las edades están presentadas de acuerdo con los grupos etareos utilizados en la prueba de conceptos.)

- o Además de los niños se identificaron tres personas que servirían como informantes claves (líderes de la comunidad, maestros, parteras).

Selección de áreas y participantes para los grupos focales.

- o La muestra para los grupos focales fue seleccionada con el objeto de verificar los resultados de las otras fases de la investigación y obtener reacciones a conceptos que no pudieron ser probados en los hogares con: 1) personas que vivían en las mismas provincias y 2) personas que vivían en otras provincias no incluidas previamente en el estudio. La muestra también incluyó: madres embarazadas, personal que trabaja en maternidades (médicos, enfermeras, auxiliares), padres de familia y madres de clase alta.
- o La muestra incluyó 23 grupos; 10 de la costa y 13 de la sierra. En la costa se trabajó en los provincias de Guayas, El Oro, Esmeraldas, y en la sierra en Imbabura, Pichincha, Chimborazo, Azuay y Loja. En cada grupo participaron 8 personas como promedio.

El total de grupos focales se distribuyó así:

	<u>COSTA</u>	<u>SIERRA</u>	<u>TOTAL</u>
Embarazadas	3	2	5
Madres con niños < de 2 años	4	8	12
Madres de clase alta	1	1	2
Padres con niños < de 2 años	1	1	2
Personal de salud	1	1	2
TOTAL	----- 10	----- 13	----- 23

La muestra en general

- o En su totalidad, la muestra para la investigación cualitativa incluyó 337 madres, 19 padres, 49 personal de salud y 33 informantes claves, que viven en 15 parroquias de 9 provincias del país.

LOS RESULTADOS DE LA FASE DE IDENTIFICACION DEL PROBLEMA

EL AMBIENTE

En esta sección se presenta la información proveniente en primer lugar, de las entrevistas a profundidad en los hogares. Se complementa con algunos datos obtenidos en las discusiones con grupos focales, en las entrevistas con informantes claves y en los perfiles comunitarios.

La información aquí consignada es importante para el diseño de una programa, ya que proporciona el contexto general para impulsar prácticas alimentarias adecuadas en niños menores de 2 años (cambiar prácticas erróneas y reforzar prácticas adecuadas). Ayuda a visualizar la factibilidad de intervenciones de acuerdo con audiencias específicas.

Este tipo de información no es rutinariamente recolectada en programas de salud y nutrición, por lo cual constituye un paso innovador durante la etapa de investigación dentro del proceso para diseñar programas de educación nutricional.

CARACTERISTICAS DE LAS FAMILIAS

La muestra es de 131 familias de 11 comunidades cuidadosamente seleccionadas de 7 provincias del país, de costa, sierra y oriente.

Todas las familias tenían al menos un niño entre 0 y 24 meses de edad, sea en buen estado nutricional o desnutrido. Esta clasificación se realizó de acuerdo con los parámetros que contiene el Carnet de Salud Infantil del Ecuador que considera como límite entre normalidad y desnutrición, al percentil 10 de los patrones recomendadas por OMS (NCHS).

Composición familiar

- o El promedio de miembros por familia fue de 6 en el caso de familias nucleares (padre, madre e hijo) que constituyó un 60% de la muestra.

Las familias extendidas (40%) contaban generalmente con los abuelos, maternos o paternos y otros familiares (hermanos, cuñados, etc.).
- o La gran mayoría de familias cuentan con la presencia del padre sea porque son casados o porque viven en estado de unión estable (unión libre). En muy pocos casos son madres solteras que usualmente viven con los padres. Hubo 3 casos en que los niños sólo vivían con el padre.
- o En casi la mitad de las familias se encontró 2 niños menores de 5 años y en un 18%, 3 niños pequeños.
- o Las familias nucleares, especialmente de padres jóvenes, siempre tienen cerca familiares (padres, hermanos) que usualmente ayudan al cuidado del niño pequeño.
- o La presencia de otros familiares en el hogar o cerca de él, no siempre es beneficioso para el niño porque en ocasiones fueron los que reforzaban prácticas inadecuadas como el uso del biberón, por ejemplo.
- o
- o o El tener varios niños pequeños a la vez en la casa creará problemas con la disponibilidad del tiempo de la madre. También hay que tomar en cuenta que otros familiares influyen en el cuidado del niño.

El hecho de que existan varios niños pequeños (2-3) en el hogar hace que la madre disponga de poco tiempo para atender la alimentación del niño menor de 2 años. La educación nutricional debe abarcar a toda la familia.

Ingresos familiares y ocupación de los padres

- o No se averiguaron los ingresos familiares que percibían los miembros de la familia, sin embargo se observó que en áreas urbanas, un mayor número de madres realizaban trabajos remunerados fuera del hogar que aumentaban el presupuesto de la familia: vendedores del mercado, lavanderas, empleadas de almacenes.
- o En pocos hogares (que no tenían padre) el trabajo materno constituía la única fuente de ingresos monetarios.
- o En las zonas rurales, la mayoría de familias disponen de algo de terreno, el cual en ocasiones, se cultiva para autoconsumo, pero en otras zonas (costa), permanece abandonado. En estos lugares los padres son agricultores y trabajan como jornaleros.
- o En la zona indígena existe tradición para la agricultura pero por la falta de agua, esta actividad es limitada. Los padres migran a la ciudad temporalmente y se dedican a las ventas ambulantes, a trabajos en la construcción, o trabajan como cargadores, lo cual complementa en mínima parte los ingresos monetarios de la familia.
- o
- o o La mayoría de familias estudiadas perciben ingresos monetarios bajos que limitan los patrones de compra. Cualquier intervención debe encaminarse al mejor uso de los ingresos familiares y no puede tener mayores costos monetarios.

Horario de trabajo de la madre y cuidado del niño

- o La mayoría de las madres ocupan entre 12 y 17 horas para las actividades diarias, tanto dentro del hogar como fuera de él. Las madres de la sierra son más "trabajadoras" que las de la costa y las madres indígenas se catalogaron como las que realizan trabajos más duros.

Las madres de la costa ocupan algo de su tiempo en cuidar su apariencia personal.

- o En general la madre es la responsable de las actividades del hogar y básicamente tiene como funciones: el cuidar a su esposo, a sus hijos y a otros familiares que viven en el hogar. Ella es quien prepara la comida, atiende en la ropa (lava, plancha, cose), cuida pequeños cultivos para autoconsumo, cuida animales (en zonas rurales especialmente). En resumen realiza muchas actividades rutinarias.
- o En la costa algunas de las actividades domésticas son compartidas con el esposo.
- o Las madres dijeron que pasaban muchas horas "cuidando" al niño menor de dos años: pero lo que se observó es que el niño estaba con la madre pero ella no siempre estaba cuidándole.
- o Cuando realiza trabajos remunerados dentro o fuera del hogar, a más de las actividades domésticas, aporta a la economía familiar, pero generalmente el padre es el encargado de proveer a la familia de lo necesario.
- o El trabajo de la madre fuera del hogar es la causa más mencionada para prácticas erróneas de alimentación infantil (suspensión de lactancia, uso de biberón). En estos casos, el cuidado del niño no es de lo mejor.
- o En zonas urbanas algunas madres trabajan fuera del hogar, hasta en un 80%. En ese caso los niños quedan al cuidado de la abuela, de otros familiares, o a veces de sus hermanos más grandecitos.
- o En términos generales, las madres con niños desnutridos ocupaban más tiempo en el cuidado de los niños, lo cual estaba relacionado directamente con los frecuentes y largos períodos de enfermedad que presentaba el niño.

- o Se observó que los niños desnutridos, por su estado de irritabilidad, eran a veces desdeñados (maltratados) por sus madres. Pasaban mucho tiempo llorando y la madre perdía la paciencia.

- o
- o o El tiempo de la madre es un aspecto que debe ser tomado en cuenta para el cumplimiento de recomendaciones que mejoren las prácticas alimentarias existentes. Si están o no muy ocupadas, todas tienen la percepción de que están ocupadas.

Disponibilidad de alimentos en el hogar

- o La disponibilidad de alimentos en la cocina, en las áreas urbanas de la costa es menor que en el resto de áreas estudiadas, con excepción de la zona indígena en donde la disponibilidad de alimentos fuentes de proteínas es limitado.

En la costa urbana las familias acostumbran a comprar todos los alimentos diariamente y en cantidades pequeñas, primero porque la mayoría tiene ingresos monetarios diarios y segundo porque no tienen medios para guardar los alimentos (es clima cálido y los alimentos se dañan fácilmente). A pesar de ello, las grasas (aceite y manteca) y leche de tarro (para alimentar al niño con biberón) estaban presentes aún en los hogares más pobres.

- o En las zonas rurales los alimentos no sólo son comprados sino que también son producidos para autoconsumo (huertos familiares, animales, aves).
- o El arroz es el alimento que casi siempre está presente en todos los hogares. Se complementa con fideo, papas y otras harinas como fuentes principales de carbohidratos.
- o El consumo de leguminosas es menor, así como el de frutas y verduras. El pescado es consumido casi diariamente por las familias de la costa.
- o El consumo de leche es limitado al igual que el de carne y huevos. A nivel rural, muchas familias disponen de gallinas y huevos que en ocasiones venden para comprar otros alimentos (fideos, arroz, manteca).
- o En la costa rural se observó un mayor uso de leche en polvo.
- o Muy pocas familias reciben alimentos como regalo (programa de Asistencia Alimentaria del Ministerio de Salud: PAAMI) y esto no es permanente. En las zonas rurales aún se acostumbra el regalo de alimentos entre familiares o vecinos, especialmente en época de cosechas.
- o Todas las madres investigadas se quejaron del alto costo de los alimentos.
- o Aproximadamente 5 de cada 100 familias no contaban con alimentos disponibles.

o
o o

A pesar del alto costo de los alimentos, la disponibilidad de alimentos en la familia no constituye una severa limitación para ninguno de los nutrientes, excepto en áreas de población indígena. Pero, hay que enfrentar la percepción de que "no hay suficiente" y concentrarse en la distribución de alimentos entre los miembros de la familia. .PA

Nivel de Escolaridad - Alfabetismo

- o Se encontró un 17% de madres analfabetas y un 16% de padres analfabetos, más acentuado en zona rural de la sierra (indígenas). Estos datos son mayores que los promedios nacionales (12% para 1986). (Los datos de analfabetismo corresponden al idioma español que es el idioma oficial en el Ecuador).
- o Las madres tienen un nivel más bajo de escolaridad que los padres. De la muestra total la mitad no tiene educación primaria completa. Aquí se incluye el alto porcentaje de analfabetos.
- o Los indígenas tienen su propio idioma (quichua) que es básicamente hablado. Todos hablan y entienden el español, aunque prefieren hablar en su propio idioma.
- o
- o o El analfabetismo debe ser considerado para la producción de materiales escritos. (También el mensaje gráfico deberá ser cuidadosamente escogido). Los mensajes hablados deberán ser traducidos al quichua (40% de la población ecuatoriana es indígena) a pesar de que la mayoría de indígenas son bilingües.

ACTITUDES Y PERCEPCIONES DE LAS MADRES

Visión de la vida.

- o La mayoría de las madres (personas entrevistadas) se identifican como "pobres" y relacionan todos sus problemas y estilo de vida con esta condición.
- o Existe una manifiesta conformidad con lo que son y tienen actualmente a pesar de que la gran mayoría de las personas no están felices ni satisfechas con esa realidad.

Concretamente las madres embarazadas, con excepción de muy pocas, no desean estar encinta, pero ahora "que no hay más remedio", aceptan esa condición con resignación. En esta resignación influye también un fuerte sentimiento religioso.
- o Tanto en zonas rurales como urbanas, de costa y sierra, la visión que tienen las madres de la vida es muy limitada, cualquier cambio posible está condicionado al factor económico fundamentalmente.
- o En la costa, especialmente en las áreas urbanas las madres viven en función de hoy -- no tienen muchas expectativas para el futuro.
- o En la sierra, especialmente en el área urbana, las madres tienen una visión del futuro para sus hijos y se preocupan pero en forma fatalista aún "en contra de su propio bienestar."
- o En las áreas rurales, especialmente en las áreas indígenas, no hay ilusión (expectativas) para la vida.
- o
- o o La visión de la vida influye en cada decisión. Sería difícil lograr cambio sin enfrentar este "fatalismo" y la apatía para cambiar esa condición.

Seguridad y capacidad de decisión de la madre

- o La madre está obligada a observar obediencia y sumisión al marido. (Sobre todo en comunidades rurales e indígenas). Tal es el caso que inclusive para contestar preguntas o permitir que un extraño entre al hogar, se requiere la "autorización" del padre de familia.
- o Muchos aspectos de alimentación del niño son decididos por el padre, la madre sólo obedece. Esta decisión se extiende incluso a la suegra, cuñados u otros familiares políticos que conviven en el hogar, sobre todo en madres jóvenes.
- o El hecho de que la madre no tome decisiones es más acentuado en madres solteras, allí decide la abuela.
- o
- o o Muy pocas madres son capaces de tomar decisiones por si solas tanto en lo referente a la alimentación del niño como en otros aspectos de la vida familiar. Obligatoriamente un programa debe contemplar la participación del padre de familia.

Aspiraciones para los niños

- o Fue muy notorio el hecho de que las personas investigadas no manifestaron mayores aspiraciones para con sus hijos. Luego de mucha insistencia se obtuvo respuestas de que desean lo "mejor". Hubo una tendencia generalizada al indicar que quieren que los hijos sean mejores que los padres, especialmente referido a términos de situación económica. Hay un fatalismo religioso al expresar "que sean lo que Dios disponga" o que "ojalá Dios les ayude".
- o Aspiraciones según el sexo:
 - En general los padres (madre y padre) tienen más aspiraciones para con los hijos varones, quieren que estudien y que tengan un buen trabajo.
 - En relación con las hijas mujeres, esperan que se casen y sean unas buenas madres de familia.
 - Para ambos aspiran, en un futuro inmediato, que sean "sanitos e inteligentes".
 - En un futuro mediano desean que los hijos sean "lo que ellos quieran". Manifestan que los padres no deben hacerse "ilusiones" sobre el futuro de los hijos porque al final "ellos son los que deciden".
 - En la costa (Guayaquil) los padres manifestaron que desde pequeñas las mujeres tienen más responsabilidades (ser amas de casa y madres de familia) y por lo tanto merecen que se preparen mejor.
- o
- o o Debido a que se aprecia una tendencia a diferenciar las aspiraciones de los hijos según el sexo dentro de los mensajes debería especificarse que las mejoras en las prácticas alimentarias conciernen tanto a niños que a niñas. Además mencionar que el futuro de los hijos depende de lo que los padres hagan hoy.

Visión sobre el crecimiento y desarrollo del niño

- o Los niños pequeños son considerados como individuos que están cambiando día a día. Ellos, según las madres, pueden decidir lo que quieren o lo que les gusta, especialmente en el área de alimentación. Desde el nacimiento "deciden" (los niños) si quieren de uno o ambos senos, si quieren más en la noche o en el día, si quieren el seno o el biberón.
- o Posteriormente este criterio de hacer lo que "el niño decide", se acentúa y especialmente las madres con niños desnutridos dicen que "no les dan de comer porque el niño no quiere, porque al niño no le gusta."
- o Las madres identifican con bastante exactitud, las etapas de desarrollo psicomotor del niño, saben cuando se sientan, cuando caminan, cuando comienzan a hablar; así como otros períodos críticos como: nacimiento de los dientes. Este conocimiento ocurre tanto en áreas urbanas como rurales y en las diferentes regiones estudiadas.
- o El crecimiento físico está más identificado con el aumento de tamaño del niño (es más grande cada vez). La gordura es signo de buena salud. Casi todas las madres tienen el CSI (Carné de Salud Infantil) y se interesan por ver gráficos los pesos, lo cual ocurre muy ocasionalmente.
- o Casi todas las madres ven "normales" a sus hijos pequeños. Pocas están preocupadas porque su hijo está un "poco flaco o chiquito". Dicen que "así mismo" son los otros niños de la comunidad y sus hijos anteriores.
- o Las madres con niños en buen estado nutricional siempre están más preocupadas por el crecimiento y desarrollo de sus hijos.
- o Todas las madres desean que sus hijos crezcan sanos, fuertes e inteligentes.
- o
- o o Si bien las madres en general, tienen criterios sobre el crecimiento de sus niños, esos no son muy objetivos. Existe la necesidad de relacionar mejor "el crecimiento", con la gráfica del Carné de Salud Infantil, como uno de las motivaciones para las madres.

Conocimientos acerca de salud y nutrición

- o El concepto de salud está relacionado con la ausencia de enfermedades, pero en la mayoría de casos, algunas enfermedades (diarrea, resfriados, enfermedades de la piel) son consideradas como estados normales en las etapas tempranas de la vida. Son tan comunes algunas enfermedades que pasan desapercibidas para la madre.
- o Hay el concepto de que un niño nace "enfermizo" o "saludable" para calificar si tiene muchos periodos de enfermedad o si casi nunca se enferma. Hay expresiones como "éste hijo me salió enfermizo" los otros han sido "sanitos".
- o Es muy fuerte el convencimiento de que muchos "alimentos" hacen daño al niño y por lo tanto su administración es limitada. Los alimentos "saludables" o adecuados para el niño son de consistencia líquida o administrados en cantidades mínimas.
- o La mayoría de personas investigadas no reconocen la relación entre alimentación y salud y no reconocen tampoco la necesidad de ingerir más nutrientes durante o después de las enfermedades.
- o En áreas urbanas las madres manejan conceptos de vitaminas, proteínas, como factores de buena alimentación. Algunas usan productos comerciales para niños como LACTOBLEVIT.
- o La mayoría de las madres poseen el Carnet de Salud Infantil y la mayoría lo guardan con mucho cuidado.
- o
- o o Hay la necesidad de establecer mejor el vínculo entre alimentación, crecimiento y salud y que con el cuidado apropiado; un niño aunque haya nacido enfermizo, puede ponerse sano.

El uso del CSI debe ser mejorado y la implementación de un buen programa de monitoreo de crecimiento tiene posibilidades de éxito.

ACCESO A LA INFORMACION

Esta información es tomada primordialmente de las entrevistas a profundidad y de los informantes claves. Se complementa con los datos de los perfiles comunitarios y de las discusiones con grupos focales. Los datos aquí sintetizados servirán de base para la selección de medios (masivos, interpersonales, grupales) dentro de la estrategia de comunicación del programa de Educación Nutricional.

Medios masivos: Radio, televisión, impresos

- o La mayoría de familias acostumbran escuchar la radio en todas las áreas estudiadas. Inclusive en remotas zonas rurales indígenas (San Miguel de Pumachaca-Palmira) donde no existe servicio de luz eléctrica, se encontró radios a pilas. En zonas urbanas, el radio es un compañero inseparable de las amas de casa que tienen el radio prendido todo el día.
- o La televisión es también bastante generalizada, especialmente en zonas urbanas. Las madres ven televisión especialmente en la tarde (telenovelas). Quienes carecen de aparato de televisión acostumbran visitar a sus vecinos.
- o Se encontró escaso material impreso en los hogares. Cuando existía, este estaba referido a material escolar (cuando habían niños en edad escolar), calendarios o posters.
- o Pocas familias tenían una grabadora a pilas (las pilas son muy costosas) y excepcionalmente se encontró equipos de sonido en los hogares. Estos aparatos existen en aquellas familias de mejores recursos económicos.
- o Algunas madres dijeron haber escuchado un programa de nutrición transmitido por la radio y dijeron haber visto un spot en la televisión (dar solo horchata de arroz al niño de 4 meses).
- o
- o o Los medios masivos, especialmente la radio, deben ser utilizados al máximo para difundir mensajes. También serian adecuados materiales impresos para conservarlos en las casas.

Reuniones populares y comunitarias.

- o Es muy limitada la organización y participación comunitaria. En áreas urbanas es nula, cada familia vive su vida y no le interesa lo que ocurra con los vecinos. En áreas rurales existe una incipiente organización.
- o Algunas mujeres pertenecen al "Club de Madres" de las unidades de salud que tienen actividades educativas y sociales y en las cuales les reparten el complemento alimentario "leche-avena", les dan "consejos nutricionales" y de salud.
- o La comunidad indígena sí tiene una muy buena organización. Existen actividades comunitarias bien planificadas. Las autoridades son respetadas y todos cumplen sus obligaciones.
- o La mayoría de personas tienen la costumbre de acudir a la iglesia, tanto en zonas urbanas como rurales, de costa y sierra. Nuevos grupos religiosos (evangelistas y otros) tienen aceptación en comunidades inclusive indígenas.
- o En cada comunidad existe una feria (mercado) a donde acuden la gente a comprar alimentos u otras cosas.
- o Con motivo del momento político (elecciones presidenciales) existente en el país, se han formado "comités" en varias localidades.
- o
- o o A pesar de la incipiente organización comunitaria, este recurso debe ser tomado en cuenta, especialmente en las comunidades indígenas. También las organizaciones religiosas deben ser utilizadas.

Personas

- o El médico y el personal de salud son las personas "calificadas" por las familias para dar consejos sobre salud y alimentación. Sin embargo estas personas no siempre están accesibles y las madres acuden a otras personas como abuelas, vecinas, con más experiencia. También reciben consejos de boticarios, comadronas y otros recursos de la comunidad.
- o El personal de salud es más comunmente consultado en los casos de enfermedad.
- o El voluntariado (que trabaja especialmente en hospitales) tanto nacional como de organizaciones internacionales (Cuerpo de Paz) realiza algunas actividades de salud y nutrición y tiene prestigio especialmente en las localidades rurales.
- o
- o o El médico, por su prestigio, puede ser la voz autorizado siempre y cuando los médicos de los servicios de salud puedan impartir los mensajes correctos (se necesita capacitar a los médicos). Además, sería importante utilizar las fuentes de información como comadronas, boticarios o voluntarias (especialmente damas voluntarias) después de una capacitación.

Utilización de los servicios de salud y nutrición

- o En todas las parroquias seleccionadas existe una unidad de salud (fue uno de los criterios de selección), sin embargo dos comunidades carecían de este servicio, una contaba con un líder en salud (San Miguel de Pumachaca) y otro no tenía ningún recurso de salud (El Roto-Viche)
- o Si bien el médico, como profesional, tiene prestigio dentro de la comunidad, los servicios de salud del gobierno, carecen de prestigio. Las madres se quejan de falta de atención regular, de mal trato, de pasar mucho tiempo, de falta de medicamentos y falta de leche avena (complemento alimentario).
- o Casi todas las madres manifestaron que les gusta que les pesen a sus hijos y que les digan como está el peso (esto no siempre ocurre en los servicios de salud).
- o Muchos médicos privados son consultados especialmente cuando los niños están enfermos.
- o Otros recursos de salud: boticarios, comadronas y personas que conocen medicina no occidental (curanderos, brujos), también tienen influencia (esto último especialmente en comunidades negras (Viche).
- o En las maternidades y hospitales existen grupos voluntarios (damas voluntarias) que ayudan a las madres y tienen también prestigio con ellas.
- o El uso de "remedios caseros" es muy común así como la automedicación.
- o
- o o Tanto los servicios de salud públicos como privados, tradicionales y no tradicionales deben ser tomados en cuenta para impartir mensajes nutricionales. El médico y enfermera puede ser utilizado para dar autoridad a los mensajes.

SITUACION NUTRICIONAL Y PRACTICAS ALIMENTARIAS ACTUALES

La mayoría de la información que se presenta en este capítulo proviene de las entrevistas en los hogares y en algunos casos se complementa con los resultados de las discusiones con grupos focales, especialmente en lo referente a niños recién nacidos.

La agrupación por edades para los fines de análisis se decidió luego de varias discusiones, basadas en las similitudes en prácticas observadas en todas las áreas estudiadas.

- o Niños recién nacidos.
- o Niños de 0 - 3 meses.
- o Niños de 4 -6 meses.
- o Niños de 7 - 9 meses.
- o Niños de 10 - 12 meses.
- o Niños de 13 - 24 meses.

La información se presenta en forma global para todas las áreas estudiadas, pero se mencionan grupos étnicos o áreas geográficas específicas, cuando las prácticas son muy diferentes o muy propias de estos grupos.

RECIEN NACIDOS

Situación General

- o Casi todos los niños de esta edad estaban en buen estado nutricional.

Alimentación Prelacteada

- o Casi la mitad de los niños reciben aguas azucaradas o aromáticas (agua de anís) u otros "alimentos" durante las primeras 24 u 48 horas después del nacimiento, especialmente en la costa. La excepción es en el uso de prelaacteales en el área indígena.
- o En casi todas las maternidades se da biberón al recién nacido (incluyendo Chimborazo que es la provincia con mayor prevalencia de desnutrición infantil).
- o En los hospitales de la costa (Guayaquil), a todos los niños se les "prueba tolerancia oral" con "dextrosa" y luego se les da "leche de tarro en biberón" cada 3 horas.
- o En el área rural del sur acostumbran a dar "miel rosada" durante este período.
- o Las razones para dar prelacteados a los niños recién nacidos son: (esto dijo el personal de salud)
 - Para calmar la sed de los niños.
 - Para evitar la hipoglicemia.
 - Para que el niño deje de llorar.
 - Porque a las madres aún no les "baja" la leche.
 - La miel rosada es para que les "limpie el estómago".

Calostro

- o La gran mayoría de madres sí dan el calostro porque:
 - Por consejo médico y del personal de salud.
 - Es bueno y se tiene la costumbre de dar calostro.
 - Tiene más alimento y está más concentrada.

- Les limpia el estómago.
- Leyó en un folleto que debía dar el calostro.
- o Algunas madres (aproximadamente un 20%) de la costa y de otras áreas (las que dan a luz en el hospital) descartan el calostro (en la mayoría de estos casos fue solamente poco calostro) porque:
 - Es leche guardada y puede hacerle daño al niño.
 - Porque es fea, espesa y pegajosa.
 - Por consejo del personal de salud.
 - Porque los antiguos (personas viejas) dicen que es malo.
- o El nombre no es conocido por todas las madres: muchas madres saben que el calostro es "lo de las vacas". Más generalizado y comprendido es el nombre de "Primera leche". La mayoría no conoce las ventajas.
- o En la zona rural de Esmeraldas (población negra), al calostro se le conoce con el nombre de postrera y en la zona rural de Chimborazo (población indígena), como zamorra.

Alimentación Con El Seno Materno

- o La tercera parte de las madres intento' dar el seno dentro de las primeras dos horas. La mayoría de estas madres están en las áreas rurales y dan a luz en el domicilio. Hay una excepción en el área urbana -- es donde los hospitales tiene el sistema de "rooming-in": Quito y Guayaquil.
- o Las dos otras terceras partes inician la lactancia después de las 24 horas. Estas madres son del área urbana y algunas del área rural que dieron a luz en hospitales.
- o Se puede notar que en el área de Esmeraldas hay la tendencia de iniciar más tardíamente por la influencia del hospital más cercano.
- o Algunas madres (especialmente primerizas) tienen problemas en los senos cuando comienzan a dar de lacter (fisuras, tumefacción).

- o Muchas madres se quejan de que no tienen leche durante los primeros días después del parto.
- o Las madres ponen al seno a su niño generalmente cada vez que el niño llora, o cuando se despierta.
- o La madre sigue dando el seno hasta que el niño suelta el pezón, o se queda dormido, algunas madres estimulan a sus hijos (les hacen cosquillas en los pies) para que continúen lactando.
- o Durante este período, la gran mayoría de madres dan siempre de los dos senos en cada lactada.
- o La duración de cada lactada varía entre unos pocos minutos hasta media hora o más (de cada seno).

Introducción de Otros Alimentos Complementarios: Uso de Biberón

- o La mayoría de niños son alimentados con el seno de su madre durante este período.
- o Aproximadamente la tercera parte de los niños comienzan a recibir biberón (generalmente con leche de tarro) en especial cuando nacen en el hospital. Muy excepcionalmente el recién nacido recibe otros alimentos (además de leche de tarro).
- o Es muy común la administración de agua de anís: para que no le de cólicos; para los gases; por consejo de médico.
- o Algunas madres, durante el post-parto inmediato (Maternidad Isidro Ayora de Quito), dan de lactar a otros niños cuando sus madres no tienen suficiente leche. Dichas madres están dispuestas a compartir su leche pero no el calostro (que ellas saben es el mejor alimento para el recién nacido).
- o
- o o Las prácticas alimentarias del recién nacido dependen del lugar en donde la madre dio a luz (domicilio/hospital y de las normas hospitalarias).

El problema mayor es que muchas madres inician el uso de biberón durante el período pre-lacteal y durante los primeros días (costa y áreas urbanas). Para enfrentar este problema las "normas" de alimentación de recién nacidos en maternidades deberán ser urgentemente cambiadas y el personal de salud debe recibir capacitación.

Los consejos sobre lactancia materna y alimentación del niño (y de la madre) deberán constituirse en actividades obligatorias en la atención de embarazadas. En los hospitales los consejos sobre técnicas de amamantamiento son de alta importancia y puede ser actividad de los grupos de damas voluntarias y estudiantes, previamente capacitados.

NIÑOS DE 0-3 MESES

Situación General

La mayoría de niños estaban bien nutridos en este período de edad. Fue difícil encontrar niños desnutridos para completar la muestra en todas las localidades estudiadas.

Alimentación con el seno materno

- o El 100% de madres estudiadas dieron, alguna vez, de lactar a su hijo.
- o De los niños menores de dos años un porcentaje (alrededor de 15%) serán destetados a los tres meses. Dentro de este período (los niños 0-3 meses solamente) se puede esperar que un porcentaje de madres (alrededor de un 50%) va a destetar completamente a sus hijos. Los razones son:
 - que se le secò la leche o tenía poca leche
 - el niño no quería
 - enfermedad de niño
 - enfermedad de la madre

Es interesante notar que si la madre sigue con el seno después de los tres meses hay una probabilidad mayor que siga con el seno hasta el año (especialmente en el área urbana de la costa).

- o De los niños que estaban amamantado solamente la tercera parte daba lactancia exclusiva. La tendencia de dar el seno exclusivo fue más en la sierra y áreas rurales.
- o La lactancia, en la mayoría de casos, es a demanda a pesar de que algunas madres dan con horario.

Las razones para dar a demanda son:

- "El niño llora cuando está con hambre y hay que darle el seno cuando quiera."
- "Es mejor dar a demanda para que estén tranquilos y así la madre tiene tiempo para hacer las cosas."

Las razones para dar con horario son:

- "El niño quiere estar sólo con el seno y no deja hacer las cosas del hogar."
- "Se debe dejar que duerman 2-3 horas, eso leyo' en un libro."

- o Muchas madres dan de lactar sólo de un seno en cada lactada. Unas pocas siempre daban de los dos senos.

Las razones para dar de un seno son:

- "Se secó la leche de un seno."
- "Sólo le daba de un lado por comodidad."
- "Tengo bastante leche y sólo con el un seno ya se llena."

Las razones para dar de los dos senos son:

- "Porque no se tiene suficiente leche, se da de los dos senos en cada lactada."
- "El personal de salud aconseja que se debe dar de los dos senos."

- o El tiempo que la madre da de lactar de cada seno fue de aproximadamente de 10 minutos, en la mayoría de los casos.
- o La cuarta parte de madres se quejan de falta de leche.

Otros Alimentos:

- o Se puede decir que la gran mayoría de niños comenzó el destete -- recibiendo aguas aromáticas o agua simple, en la costa porque: "El niño tiene sed y hambre." En la sierra: "Para los gases, para que no tenga cólicos" y "para que se crien sanos."
- o Dos terceras partes de madres dan a sus niños otros alimentos, antes de los 4 meses (especialmente en áreas urbanas) "por consejo médico". Estos alimentos son: otras leches, jugos de frutas, caldos en pequeñas cantidades, "para que prueben".

Estilo de Alimentación: Uso de Biberón

- o La mitad de niños reciben biberón durante este período de edad porque:
 - "La madre trabaja fuera del hogar."
 - "El niño se quedaba con hambre, se ayuda con el biberón."
 - "La leche de tarro es mejor leche" (pocas madres tenían este conocimiento).
 - "Por consejo médico."
 - "Para que el niño se acostumbre al biberón."

El uso de biberón es más generalizado en la costa y en áreas urbanas sin embargo hay una fuerte tendencia a usar biberón inclusive en áreas rurales de la sierra e indígenas.

- o Las aguas aromáticas y caldos son generalmente administradas en biberón.
- o El agua que dan para la sed, casi nunca es hervida y tampoco se esteriliza el biberón. (El agua no es potable.)
- o Cuando el niño recibe biberón, generalmente es administrado por otros familiares.
- o Las madres que dan alimentos a los niños lo hacen en muy pequeñas cantidades porque tienen el temor de que les haga daño.
- o
- o o El problema mayor es el uso del biberón con agua u otros alimentos durante este período. Por eso, la promoción de lactancia materna exclusiva en niños menores de 4 meses es una necesidad urgente.

Las prácticas alimentarias durante esta edad son algo diferentes en costa, sierra y áreas urbanas y rurales. En la costa y áreas urbanas se inicia el destete más tempranamente y el uso de biberón es más común.

NIÑOS DE 4-6 MESES.

Situación General

- o Muchos niños en esta edad están bien nutridos y siguen creciendo optimamente, sin embargo durante este periodo comienza el deterioro en el estado nutricional en todas las áreas estudiadas.
- o El deterioro en el estado nutricional es debido en parte a la inadecuada dieta que reciben los niños, la cual tiene adecuaciones bajas de calorías.
- o La otra causa para el deterioro nutricional es la frecuencia (14%) y duración de enfermedades (diarrea, infecciones respiratorias, infecciones de la piel).

Lactancia Materna

- o La mayoría de niños de esta edad continúan recibiendo el seno pero sólo la cuarta parte lo reciben exclusivamente (áreas indígenas/rurales).
- o De entre las madres con niños en esta edad, una cuarta parte destetó a su hijo completamente. Del universo de niños menores de dos años se puede esperar que al cumplir seis meses la cuarta parte de niños sean destetados.
- o Las madres que han suspendido el seno lo hicieron porque:
 - Se secó la leche.
 - Nuevo embarazo.
 - Consejo médico.
- o Las madres que dan el seno, lo hacen a demanda, pero se encontró:
 - Poca frecuencia de lactadas al día.
 - Corta duración de cada lactada.
 - Escasa cantidad de leche.
 - Algunas madres dan un sólo seno en cada lactada y no pocas han suspendido la lactancia de un seno.
 - Algunas madres "guardan" la leche para darle durante la noche.

Otros Alimentos

- o Más de la mitad de madres comienzan el destete a esta edad.

Las razones para iniciar el destete (dar comida) son:

- Por consejo médico.
- Para que se endure el estómago y se acostumbren.
- Porque el seno ya no es suficiente.

Las razones para NO iniciar el destete son:

- Los niños son muy tiernitos para darles otra comida.
 - La comida les daña el estómago antes de los 6 meses.
 - Tienen miedo de darles de comer porque los niños pueden enfermarse.
- o Los alimentos mas usados son frutas (jugo) caldos, horchata de arroz, purè de papa (poco).
 - o La característica fundamental de la comida que reciben los niños es que tiene consistencia líquida y se administra en mínimas cantidades, porque:
 - Los caldos son alimentos livianos.
 - En el caldo se concentra el alimento.
 - Porque el niño toma (el líquido) con más facilidad.
 - Para que no le haga daño.
 - Porque son muy tiernitos.
 - Por consejo médico.
 - o Algunos niños participan de una comida familiar pero sólo reciben el caldo, (a veces el jugo de carne) porque a esa edad "el niño no come mucho."
 - o Generalmente no se preparan alimentos especiales para el niño, y cuando se lo hace estos son de muy bajo contenido nutricional especialmente en calorías. (Se quita la grasa para dar de comer al niño). No se conocen mezclas alimentarias adecuadas para niños en esta edad.
 - o Algunos niños reciben entrecomidas (zonas urbanas y niños bien nutridos) para que se "llene bien la barriga" y "no lllore."
 - o Algunas madres creen que dar comida en la tarde "es pesado" y otras no dan de comer mucho a su niño porque se hace "glotón".

Estilo de alimentación

- o La mayoría de los niños de esta edad toma biberón. Algunos niños que suspenden el seno, comienzan a recibir biberón.
- o Las preparaciones más comúnmente administradas en biberón son:
 - leche de tarro
 - aguas aromáticas
 - colada de: avena, maicena, verde
- o Algunas madres dan comidas licuadas en biberón o con cuchara (sopa de verduras, carne).
- o La mayoría de niños tiene platito propio. Algunos tienen pero no lo usan.
- o Los alimentos complementarios (de destete) se dan usualmente 2-3 veces al día: una comida familiar y una o dos entrecomidas.
- o Las madres con niños bien nutridos tienen la tendencia a alimentar mayor número de veces que las de niños desnutridos.
- o Los alimentos del destete son administrados indistintamente antes o después del seno.
- o Las madres no tienen conciencia de la cantidad de alimentos que pueden comer sus hijos a esta edad. (No tienen noción de la capacidad gástrica del niño).
- o Especialmente las madres con niños desnutridos no estimulan a sus hijos a comer, todo lo contrario, dejan que el niño decida lo que quiere comer, cuánto comer y a qué hora.
- o Las madres no saben que a esta edad el niño necesita más cantidad de alimentos para seguir creciendo y por lo tanto no se preocupan de aumentar la cantidad de lo que come su hijo, más bien se limita la cantidad por el temor de que le haga daño.
- o
- o o El mayor problema en niños entre 4-6 meses es que se comienza la alimentación del destete con comidas de consistencia líquida y en mínima cantidad porque no existe un concepto de las necesidades del niño y la cantidad o consistencia que debe comer. Sería importante enfrentar el temor que tiene las madres en dar comida a los niños.

NIÑOS DE 7-9 MESES

Situación General

- o Durante este período, se encuentran aún niños bien nutridos, pero el estado nutricional se va deteriorando cada vez más. Es más fácil encontrar niños desnutridos, especialmente en áreas rurales de la sierra.
- o La morbilidad sigue con la misma prevalencia (15%) pero dura mayor tiempo en niños de esta edad en comparación con los menores.
- o Hay más niños con una adecuación baja de calorías y de proteínas en esta edad. Las fuentes de hierro también son limitadas en la dieta.

Lactancia Materna

- o Una cuarta parte de los niños de 7-9 meses fueron destetados completamente. De todos los niños menores de 2 años, los dos tercios estaban recibiendo leche materna, pero más de la mitad de las madres se quejaron de que tenían poca leche.
- o Algunas madres dan el seno a sus hijos "sólo para entretenimiento" y la mayoría lo hace por 2-3 veces en 24 horas, con excepción de las madres indígenas que dan el seno incontables veces pero por segundos (pocos minutos).
- o Las pocas madres que sólo dan el seno exclusivo a niños entre 7 y 9 meses lo hacen porque:
 - El niño aun es muy tiernito para comer (zonas rurales de sierra).
 - Es costumbre (indígenas).
- o En esta edad es más común el que la madre dé un sólo seno en cada lactada, o que definitivamente amamante con un seno (el otro se secó).

Otros Alimentos

- o La gran mayoría de niños a esta edad ya han comenzado a recibir otros alimentos a más de la leche materna o biberón.
- o Durante este período muchos niños han iniciado su dentición, pero este acontecimiento no ayuda a las madres a mejorar la consistencia de los alimentos que dan a sus hijos, los cuales siguen siendo "aguados".
- o Más de la mitad de niños toman biberón especialmente en la costa y áreas urbanas, aunque no es raro que niños que viven en áreas rurales concentradas también tomen biberón.
- o Las preparaciones más comúnmente administradas en biberón son:
 - En la sierra:
 - Colada de avena con agua o leche.
 - Aguas aromáticas con azúcar.
 - Maicena con agua o leche.
 - Jugos de frutas, caldos.
 - Leche-avena.
 - En la costa y oriente:
 - Colada de verde en agua o leche.
 - Leche de vaca con agua (en líquido o en polvo).
 - Leche maternizadas (NAN, LACTOGENO).
 - Leche-avena.
- o Pocos niños reciben alimentos espesos pero algunos reciben pedacitos al final de este período de edad (generalmente, pan, plátano).
- o Los alimentos complementarios vienen de la comida familiar (pero no siempre el seco) y los más comunes son: sopa de fideo, arroz, papas, verduras, harinas. Esta limitado el consumo de frutas, hortalizas, grasa y proteínas de origen animal.
- o Está limitada también la preparación de alimentos (recetas) especiales para el niño.

Estilo de Alimentación

- o En el período de 7-9 meses, la mayoría de niños come una comida familiar en su propio plato y no se les da entrecomidas. Algunos comen 2-3 entrecomidas, pero inadecuadas (alimentos "chatarra": colas, gelatina).
- o La cantidad de alimentos "sólidos" que comen por vez es mínima, por ejemplo: 2 cucharadas, 1/2 yema de huevo.
- o Muchas madres dejan que el niño decida si come o no, en qué cantidad y qué tipo de alimentos. Cuando los niños no quieren comer la madre no estimula para que el niño siga comiendo; dicen que "si el niño no quiere comer, no se le puede exigir porque le hace daño" (vomita).
- o Pocas madres dedican tiempo y paciencia para dar de comer a sus hijos.
- o Cuando se introducen otros alimentos se lo hace sólo para que pruebe.
- o En esta edad el niño ya pide alimentos para comer.
- o
- o o Entre los 7-9 meses de edad, el mayor problema es la falta de transferencia de la comida familiar, hacia el niño, lo cual determina un déficit en la ingestión de nutrientes especialmente de calorías y la falta de atención a la alimentación del niño. El extenso uso de biberón significa una comodidad para la madre, pues con ello satisface el pedido de comida que el niño hace.

Se requiere que el niño sea tomado en cuenta como miembro de la familia en los tiempos de comida y en las entrecomidas.

El uso del platito propio para el niño y el visualizar el crecimiento en el Carnet de Salud Infantil, pueden ser las mejores motivaciones para que la madre se interese en brindar un momento de su tiempo para la alimentación del niño.

NIÑOS DE 10-12 MESES

Situación general

- o La desnutrición afecta a muchos niños al final del primer año de vida. La falta de adecuación de proteínas es particularmente aguda durante este período de edad.
- o La morbilidad durante este período aumenta a un 20%.
- o La curva de crecimiento de estos niños aparece muy frecuentemente aplanada (horizontal).
- o Ningún niño de esta edad tuvo un consumo adecuado de calorías, la mitad tenía adecuaciones bajas de proteínas.

Lactancia Materna

- o Aproximadamente un 15% de los niños que cumplieron 10-12 meses dejaron de recibir la leche materna. De todos los niños menores de dos años, casi los dos tercios siguen tomando el seno, pero lo hacen casi exclusivamente durante la noche. Los que suspenden el seno comienzan a dar biberón porque:
 - Las madres creen que su leche ya es mala.
 - Tienen un nuevo embarazo.
 - El niño ya es muy grande para seguir con el seno. (Hay costumbre de quitar el seno al año).
 - Al niño ya no le gusta el seno.
 - Como ya tiene dientes, le muerde.
 - Se le secó la leche.
 - Comenzó a tomar anticonceptivos.
 - Consejo médico, del esposo o de familiares.
- o Hay diferencias en relación al sexo (no muy acentuadas). En general a los niños varones se les amamanta por períodos más largos, a las niñas se les suspende el seno antes porque se "hacen muy fecundas."

En ambos casos (niños y niñas) si se les amamanta por largos períodos, "se hacen engreídos" (mimados, consentidos, muy pegados a la mamá).

- o Otras características de la lactancia a esta edad son similares que en edades anteriores (7-9 meses). Muchas madres dan sólo un seno en cada lactada.

Otros Alimentos

- o Los niños que han "aprendido" a comer desde los 4 meses, al año de edad ya están comiendo todo lo que come la familia, con excepción de granos secos (las madres creen que son pesados), comidas condimentadas o guardadas.
- o Aquellos niños que no empezaron a comer antes, están comenzando cuando cumplen un año (en las áreas indígenas) porque ya "tienen dientes y pueden comer."
- o En la mayoría de casos, la comida de los niños a esta edad sigue siendo líquida (aguada).
- o Casi la mitad de niños de 10-12 meses toman biberón; en la mayoría de casos, desde antes de los 6 meses.
- o Las preparaciones más frecuentes que se administran en biberón son:
 - Colada de harina de verde en agua y con azúcar (costa)
 - Leche con gelatina (costa).
 - Avena con leche o con naranjilla (sierra).
 - Jugo de zanahoria, tomate u otras frutas.
 - Maicena en agua o en leche.
 - Leche-avena.
 - Caldos.
 - Agua para la sed (esto se da desde el nacimiento) en la costa.
 - Aguas de remedio, en la sierra (manzanilla, orégano, maíz, hierba luisa).
- o La mayoría comen de la comida familiar, pero particularmente la parte aguada - sopa, caldo, coladas, en su platito propio.
- o Hay niños, especialmente en la sierra para cuales la lactancia materna sigue siendo la base de la alimentación. Los otros alimentos se dan al niño sólo para que pruebe.
- o La variedad de alimentos depende de la disponibilidad que tiene la familia. En general la dieta es más variada en la costa que en la sierra y en las zonas urbanas más que en las rurales.

Los niños bien nutridos tienen mayor variedad de alimentos que los niños desnutridos. En estos la característica fundamental es que comen un sólo tipo de alimentos durante todo el día.

- o Cuando comen alimentos sólidos en la costa, los niños de este grupo de edad ya comen pescado y en todas las áreas geográficas ya comen pedacitos de carne, granos tiernos, frutas de la temporada en pedacitos. De las verduras, hortalizas se acostumbra el tomate riñón, la zanahoria amarilla, cebolla, col y muy ocasionalmente vainitas, espinaca, nabo.
- o De entre las harinas se usa: mánchezica, harina de trigo, plátano, haba, maíz.
- o El uso de alimentos chatarra es mayor que en edades anteriores: por ejemplo, colas, gelatinas, Kchitos, que a los niños les gusta mucho. El uso de este tipo de alimento es marcadamente más frecuente en niños desnutridos.

Estilo de Alimentación

- o Generalmente los niños al final del año comen 2-3 comidas al día de la comida familiar y una entrecomida.
- o La cantidad de comida que se da a los niños es poca, por lo cual "no aprenden a comer" y las madres muy frecuentemente dicen "mi hijo no quiere comer", "mi hijo es malo para comer", o "mi hijo no tiene apetito".
- o En esta edad los cuidados que la madre presta al niño durante los períodos de alimentación, son cada vez menores.
- o Las entrecomiditas son dadas a los niños, no con el propósito de complementar la alimentación sino para "que se entretenga", "para que no moleste". Los niños bien nutridos pasan comiendo "todo el día," varios tipos de alimentos aunque sea en pequeños cantidades.
- o La mayoría de niños tienen un plato propio (exclusivo para él) y se le da de comer con cuchara. Cuando comienza a comer sólo, lo hace con la mano (arroz).
- o Pocos niños de esta edad, comparten los tiempos de comida con la familia. Cuando esto sucede generalmente se le da primero al niño y luego a los otros miembros de la familia comenzando por el padre; al final se sienta la madre a comer (a veces cuando el resto de la familia ya ha terminado).

- o
- o o El mayor problema de estos niños de 10-12 meses de edad es que no están integrados a la dieta familiar: siguen con el patrón alimentario de los niños menores. A esta edad ya comienza un poco de anorexia y el niño no quiere comer. En esta edad es importante que la madre tenga suficiente confianza para insistir con el niño.

NIÑOS DE 13-24 MESES

Situación General

- o Durante este período de edad la mayoría de niños son desnutridos.
- o El porcentaje de niños que estaban enfermos subió a un 30%.
- o La ingestión de alimentos ha sido aumentada pero sigue insuficiente para cubrir las necesidades de los niños en el segundo año de vida. Casi todos los niños tienen deficiencia de calorías y casi la mitad con deficiencia severa. Dos tercios de los niños tienen una adecuación baja de proteína.
- o Los niños gravemente desnutridos tienen tendencia al marasmo (hueso y pellejo); en muy rara ocasión se encontró un niño con tendencia al kwashiorkor ("hinchados").

Lactancia Materna

- o Una tercera parte de niños pasado el año de edad, continúan recibiendo el seno materno especialmente en las áreas rurales de la sierra porque:
 - El niño se enfermó y lo único que tomaba era el seno.
 - Le da pena quitarle.
 - No quiere quedarse embarazada (le han dicho que si sigue dándole el seno no puede quedarse embarazada).
 - El niño no quiere dejar el seno.
- o En ocasiones, la lactancia se suspende bruscamente para lo cual la madre se pone substancias desagradables en su senos (aji, verbena). Esto se hace cuando la madre se ha quedado encinta mientras estaba lactando.

Las preparaciones que dan en biberón a esta edad son: leche, gelatina, avena con leche, jugos, caldos, comida licuada, leche avena, coladas de harina (màchica, plátano, maicena).

Otros Alimentos

- o Hay una gran tendencia al uso de biberón, así la gran mayoría de niños usa biberón a esta edad inclusive en zonas rurales de la sierra. (La única comunidad que no usa biberón es la indígena).
- o Muchas madres comienzan a dar biberón cuando suspenden la lactancia para substituir la leche materna.
- o Además de biberón, los niños a partir del año ya comen todo de la comida familiar pero sigue siendo en pequeñas cantidades y se continúa con alimentos aguados (menos que en edades anteriores).
- o Muchas madres insisten en que sus niños coman la "sopa" antes que el seco, porque creen que en el caldo se "concentran" los nutrientes. (Caldo de carne/hueso, verduras bien hervidas).
- o Existen algunos alimentos que las madres creen que no son adecuados para los niños como: granos secos, queso, mariscos, embutidos, enlatados, condimentos porque se consideran "pesados" (el cual puede comer un niño pero en caldo).
- o El uso de alimentos chatarra es aún más frecuente.

Estilo de Alimentación

- o La mayoría come tres comidas diarias, aunque algunos comen sólo 2 veces.
- o Las 2/3 partes de los niños comen entrecomidas pero de inadecuado valor nutricional (dulces, gelatinas...)
- o La mayoría de niños comen solos; algunos usan cuchara y otros comen con la mano. En áreas rurales de costa y sierra, el niño come sentado en el suelo (muchas veces parte de su comida se come el perro, gato, pollos, que existen en el hogar).
- o Algunos niños (los que ya caminan) reciben pequeñas porciones de comida (1-2 cucharaditas) de cada uno de los miembros de la familia durante los tiempos de comida (almuerzo).

- o Cuando el niño está comiendo, mucha comida que ha sido asignada para él, se desperdicia (ya sea porque se riega, se comen los animales o los otros hermanos) quedando para el real consumo del niño una mínima cantidad.
- o De los doce a los 24 meses de edad existe una marcada diferencia en el estilo de alimentación de niños bien nutridos y los desnutridos. Los bien nutridos comen varias veces al día (pasan sólo comiendo), comen más variedad de alimentos. Los desnutridos comen casi un sólo tipo de alimentos, de consistencia eminentemente líquida y comen alimentos chatarra.
- o
- o o A pesar del cambio en percepciones de la madre sobre su niño de un año de edad, siguen algunos patrones alimentarios no óptimos.

El mayor problema es con la cantidad total de alimentos, la concentración de calorías, y la vigilancia del niño cuando está comiendo para que no desperdicie la comida.

La dieta del niño desnutrido es monótona.

PRACTICAS ALIMENTARIAS DURANTE LAS ENFERMEDADES

Situación General

- o Las tasas de morbilidad en niños menores de 2 años son muy altas en todas las áreas estudiadas. Todos los niños habían tenido al menos un episodio de enfermedad durante su corta vida. Las enfermedades reportadas más frecuentemente fueron: infecciones respiratorias agudas, diarreas, infecciones de la piel y otras.
- o Las enfermedades están presentes en todos los grupos de edad pero son más frecuentes a partir de los 6 meses.
- o Los niños desnutridos se enfermaron más frecuentemente que los niños bien nutridos.
- o El estado nutricional de los niños se vió claramente deteriorado (eso dijeron las madres) por la presencia de la enfermedad y por las malas prácticas alimentarias durante y después de los períodos de morbilidad.

Lactancia Materna

- o Durante los períodos de enfermedad (IRA o diarrea), las madres continúan dando el seno a sus hijos, primero porque muchas diarreas no se consideran "enfermedad" (muchos períodos de desarrollo del niño: sentarse, caminar, dentición, cursan con episodios de diarrea), y segundo porque la leche materna ayuda a curar la diarrea, según las madres.
- o Cuando la diarrea es producida por un nuevo embarazo (este conocimiento es generalizado) la madre suspende el seno.

Alimentación complementaria y otros alimentos

- o Generalmente el uso del biberón (y su mala preparación) se asocia con diarrea, sin embargo las madres no prestan mucho cuidado en la esterilización de biberones aun durante una enfermedad.
- o A pesar de que las madres no refieren mayores cambios de alimentación, durante las enfermedades, a los niños enfermos no les dan de comer porque:

- Las madres creen que los niños no quieren comer.
 - Muchos niños realmente no quieren comer.
 - Las madres creen que la comida les hará más daño.
 - Por recomendación del médico, personal de salud u otros familiares.
- o La dieta de los niños más grandes (que generalmente ya no es exclusivamente líquida) se cambia a más líquida y suave cuando los niños están enfermos (diarrea).
 - o Cuando los niños presentan vómito o no quieren comer, se suspenden todos los alimentos (el seno es lo único que se continúa en la mayoría de casos).
 - o La cantidad de alimentos que reciben los niños enfermos es menor, no se da grasas (ni color - aceite con achiote) y no tiene variedad alguna (caldos).
 - o La gran mayoría de madres no reconoce la necesidad de mejorar la alimentación durante el período de recuperación de las enfermedades. Al contrario, cuando ha pasado la enfermedad, las madres tienen miedo de dar comida a sus hijos porque se pueden volver a enfermar.
 - o La madre con niños enfermos, se preocupa de llevarle al médico o hacerlo curar y darle los medicamentos, pero no hay la misma preocupación por la alimentación de sus hijos.
 - o
 - o o Las enfermedades son muy frecuentes en todas las áreas estudiadas y contribuyen importantemente al deterioro del estado nutricional en niños menores de dos años. El problema mayor con la alimentación del niño enfermo es que no quiere comer y la madre no quiere insistir por su propio temor del daño que cree que pueden causar los alimentos. Sería importante crear un concepto de alimentación recuperativa.

RESULTADOS DE LA PRUEBA: POSIBLES CAMBIOS DE PRACTICAS, MOTIVACIONES Y RESISTENCIAS

La información de este capítulo proviene de la prueba de conceptos en los hogares y en los grupos focales. Las dos técnicas de investigación pertenecen a la disciplina del mercadeo social y no son incluidas en los estudios tradicionales de alimentación y nutrición.

En este proyecto, Las Pruebas de Conceptos (o nuevas recomendaciones) son indispensables porque a través de este proceso se obtienen las reacciones inmediatas, problemas reales, y beneficios percibidos por la gente, cuando ellos mismos tratan de cambiar los hábitos y probar prácticas nuevas. Esta importante información se utilizará en el desarrollo de la estrategia de educación nutricional y en el diseño de materiales efectivos de comunicación.

Las decisiones sobre las recomendaciones a probarse fueron tomadas en base a los resultados de la identificación del problema y a la experiencia previa dentro del proyecto PEN-PAAMI. La segmentación de las edades para la prueba, se hizo en base a las características de crecimiento y desarrollo del niño, sus necesidades nutricionales, y a los cambios manifiestos que las madres realizan en relación con las prácticas alimentarias.

Se probaron recomendaciones para niños de los siguientes grupos etáreos:

- Niños 0-3 meses.
- Niños 4-6 meses.
- Niños 7-9 meses.
- Niños 10-12 meses.
- Niños 13 + meses.
- Y con niños enfermos o recuperandose de diarrea.

Los participantes en los grupos focales para la prueba fueron:

- Madres embarazadas.
- Madres con niños menos de 2 años.
- Padres de familia.
- Personal de salud.

NIÑOS 0-3 MESES

Recomendaciones para las pruebas en hogares y discusiones con grupos focales.

1. Comenzar la lactancia materna inmediatamente después del parto y dar el calostro.
2. Dar de lactar a demanda (al menos 8 veces al día).
3. Dar de los dos senos en cada lactada, 10 minutos cada uno.
4. Quitar el biberón y otros alimentos.

RECOMENDACION 1:

- Comenzar la lactancia materna inmediatamente después del parto y dar el calostro.

MOTIVACIONES:

- Les limpia el estómago.
- Se crían mejor.
- Da buena salud.
- Les hace bien.

RESULTADOS DE LA PRUEBA EN LOS HOGARES:

- o Esta recomendación no se probó en los hogares porque ninguna de las participantes tuvo un niño recién nacido.

RESULTADOS DE LOS GRUPOS:

- o La mayoría de las madres no reconoce la palabra "calostro", ni tienen un nombre específico para la primera leche materna aunque la ven con características diferentes de la leche en sí: amarilla, espesa o aguada, pegajosa.

- o No hay mucha resistencia a la recomendación de dar el calostro o iniciar la lactancia materna de inmediato por parte de las madres. Las barreras más fuertes son las normas hospitalarias. Algunas madres reportaron que el personal de salud dijo que hay que botar la primera leche; en cambio muy pocas madres dijeron que le dio' al niño el calostro por consejo médico.
- o En cuanto a las normas hospitalarias, la mayoría de las madres urbanas dan a luz en una maternidad. Generalmente, después del parto, el niño recién nacido es separado de su mamá por 12 horas y hasta por 2-3 días. Las mamás están sujetas a las órdenes del personal del hospital y no tienen derecho a pedir un cambio de práctica.
- o Muchas madres embarazadas temen que no van a tener leche. La mayoría no sabe por qué no tendrá, o qué se puede hacer para evitar esta situación. Las madres en todas las áreas estudiadas creen que es una cuestión familiar: "si su madre no tenía leche, ella no va a tener tampoco."
- o
- o o Es importante desde que nace el niño establecer un patrón de alimentación materna (alimentación natural) fuerte. La estrategia para promover el inicio temprano de la lactancia materna tiene que abordar las normas hospitalarias y buscar cómo se las pueden cambiar. Esta misma estrategia debe incluir un componente de información/motivación para las madres sobre la producción normal de leche. Un programa de promoción del consumo del calostro no debe usar la palabra calostro (se confundiría a la gente). Debe promover el consumo de "la primera leche", que es un concepto entendido en todo el país.

NIÑOS 0-3 MESES

RECOMENDACION 2:

- Dar de lactar a demanda (al menos 8 veces al día).

MOTIVACIONES:

- Para que no llore.
- Tiene hambre.
- No hay más que darles.
- Para que estén tranquilos.
- Para mantener bien al guagua.

RESULTADOS DE LAS PRUEBAS EN LOS HOGARES:

- o De los niños de 0-3 meses, se dió esta recomendación en tres casos (Costa 1; Sierra 1, y Oriente 1); la aceptaron y cumplieron todos.
 - En la Costa rural se aceptó la recomendación porque "la niña está flaca y enferma y quiero que sea igual que mi otro hijo alimentado con leche materna."
 - Las madres creen que los niños crecen bien con la leche materna. No les gusta la idea de darles a demanda porque "se mal acostumbran" si les dan a cada rato.

RESULTADOS DE LOS GRUPOS:

- o Las madres tenían reacciones mezcladas en cuanto a la recomendación. Algunas madres estuvieron de acuerdo con la sugerencia de dar de lactar cada vez que el niño quiera porque la lactancia materna "es la base", "hay que dar cuando el niño quiera o cuando tenga hambre".
- o Las madres que estuvieron en contra de la recomendación dijeron que no les gustó porque: "se mal acostumbra el niño", "porque prefieren un horario fijo", "porque los niños pequeños duermen mucho", o "por consejo médico" (de dar con un horario); otras dijeron que "quita mucho tiempo dar el seno cada vez que el niño quiere" y "porque las madres trabajan."

- o Algunas madres no estuvieron de acuerdo en dar 8 veces, les parecía mucho porque: "no tienen suficiente leche", "hay que guardar para la noche."
- o Algunas madres dijeron que el concepto de que mientras más lacte el niño, se produce más leche, se puede introducir siempre y cuando la madre coma más y tome más líquidos.
- o La lactancia a demanda es apoyada por los padres de familia y otros familiares.
- o
- o o El cumplimiento de esta recomendación depende en la actitud de la madre acerca de su tiempo y de su propia salud; para que pueda producir la leche necesaria, hay que darle confianza y incluir consejos específicos sobre técnicas de amamantamiento y sobre su propia alimentación.

NIÑOS DE 0-3 MESES

RECOMENDACION 3:

- Dar de los dos senos en cada lactada y de 10 minutos cada vez.

MOTIVACIONES:

- Hay que dar siempre de los dos senos para que se llene bien y esté sanito.
- Para que el niño quede satisfecho.
- Para que no se endurecen los senos (si se da sólo de uno, se puede hacer absesos).

RESULTADOS DE LAS PRUEBAS EN HOGARES:

- o Esta recomendación se dio en dos casos (costa 1, sierra 1); fue aceptada en los dos casos y fue cumplida en ambos.
 - En la costa se cumplió porque "duerme mejor si se le da de los dos senos."
 - En la sierra se cumplió porque "no se llena si lacta de un sólo seno."

RESULTADOS DE LOS GRUPOS FOCALES:

- o La mayoría de madres confirmaron la tendencia de dar de lactar al niño de un sólo seno en cada lactada, lo cual aseguraron que se debía a la creencia de que el niño "quedaba satisfecho sólo con el un seno." Dijeron que "se queda dormido sólo con un seno" y que no desean hacerle despertar.
- o A pesar de lo anotado, todas las madres estuvieron de acuerdo en aceptar la recomendación porque: "dar de los dos senos es lo normal"; "el niño mismo se demora 10-20 minutos en cada seno", a "veces se duermen pero si se insiste, siguen mamando."
- o
- o o No existen barreras manifiestas para el cumplimiento de esta recomendación, a pesar del factor de tiempo. El concepto de amamantamiento completo (frecuencia, duración y de los dos senos) debe ser prioritario para estos meses.

NIÑOS DE 0-3 MESES

RECOMENDACION 4:

- Quitar el biberón y otros alimentos.

MOTIVACIONES:

- La leche materna es la mejor y no hay nada que le iguale.
- La leche de la mujer es para el niño, porque cada especie produce su propia leche (la leche de vaca es para los terneros).
- El biberón produce enfermedades y es muy costoso.
- El biberón es muy costoso por la leche que necesita.
- Las madres tienen leche suficiente hasta los 4-5 meses.

RESULTADOS DE LAS PRUEBAS DE HOGARES:

- o Esta recomendación se dio en 6 casos (costa 3, sierra 3). Fue aceptada por todos, pero se cumplió en 4 (costa 2, sierra 2).

Las razones para el cumplimiento en costa y sierra fueron:

- "Se convenció de que el biberón produce infecciones."
- "El biberón le da gases."
- "Es mejor dar el seno porque así no tiene que preparar la teta."

No se cumplió esta recomendación porque:

- "Darle con cuchara lleva mucho tiempo."
- "Me con le teta porque ando lavando, si no, ¿cómo se mantiene la niña?" (sierra sur).
- "¿Cómo se va a quitar el biberón si sólo le cuida la hermana (niña)?" (costa urbana).

RESULTADOS DE LOS GRUPOS FOCALES:

- o En todos las áreas estudiadas se encontró una fuerte resistencia a quitar el biberón una vez que ya se ha indicado esta práctica. Casi todas las personas que participaron en los grupos focales conocen las ventajas de la leche materna y las desventajas de dar biberón, pero sin embargo hay una gran tendencia al uso de biberón.

- o Las madres que tuvieron más resistencia a quitar el biberón fue porque: "trabajo fuera del hogar", "el médico mismo me aconsejó dar biberón", "porque no tengo suficiente leche" y "hay que ayudarse con el biberón." "Los niños se quedarían con hambre y se deshidratarían por falta de líquidos." (costa)
- o La decisión de dar biberón no sólo depende de la madre, sino de otras personas.
 - "Cuando una va a dar a luz en la maternidad, lo primero que le hacen comprar es el biberón y un tarro de leche."
 - "Cuando el niño está llorando, el padre ordena: "dale pronto el biberón para que se calle esa criatura."
 - "Las madres dicen que los esposos también tienen la culpa". Otras dijeron: "Si se ha inventado el biberón ha de ser para que se use."
- o Cuando los niños ya se han acostumbrado a tomar biberón es muy difícil quitarles porque "ya no quieren coger el seno", "si no se les da el biberón, no callan, siguen llorando y llorando."
- o Las pocas madres que estaban de acuerdo en quitar el biberón dijeron:
 - "Debería prohibirse la importación y fabricación de biberones, así se podría erradicar el uso de biberón." "Es cuestión de que la madre se organice, si se tiene paciencia sí se puede quitar el biberón."
 - "A todos mis hijos (8) les he criado sólo con mi seno, ahora las jóvenes (madres) sólo quieren dar biberón."
- o
- o o El quitar el biberón, es la recomendación que presentó mayores resistencias. Cuando la madre y/o el niño ya se han acostumbrado al uso de biberón, es casi imposible que se puede suspender antes de los 4 meses; de allí que la estrategia debe contemplar la PREVENCIÓN en el uso de biberón. La actividad más importante en este estrategia sería el cambio en las prácticas en las maternidades y en las recomendaciones de la profesión médica. En cuanto a la estrategia para madres hay que enfrentar el tema del tiempo y su comodidad. También vale la pena dirigir mensajes a los padres porque influyen la decisión de dar biberón.

NIÑOS DE 4-6 MESES

Recomendaciones Para Las Pruebas en Hogares y Discusiones Con Grupos Focales

Para este grupo de edad se probaron los siguientes recomendaciones:

5. Dar lactancia materna adecuada. (A demanda, 10 minutos cada seno, ambos senos 6 veces al día).
6. Quitar biberón.
7. Iniciar el destete a los 4 meses con al menos una comida familiar espesa.
8. Preparar un alimento especial para iniciar el destete en niños de 4-6 meses y dar 10 cucharaditas cada vez, al menos 1 vez al día, como entrecomida.

NIÑOS DE 4-6 MESES

RECOMENDACION 5:

- Dar lactancia materna adecuada: a demanda, 10 minutos cada seno, ambos senos, 6 veces al día.

MOTIVACIONES:

- El seguir con el seno lo más que se pueda hace que el niño siga creciendo bien y no se desnutra.
- El seguir dando el seno, al menos seis veces al día (24 horas), impide que se seque la leche.
- Siempre hay que dar de los dos senos para que el niño se llene bien.

RESULTADOS DE LAS PRUEBAS EN LOS HOGARES:

- o En esta edad se encontraron 22 casos (costa 8, sierra 13 y oriente 1), de los cuales 7 tenían el problema de poco tiempo en cada lactada. Se dió la recomendación en 5 casos y cumplieron 3. En 2 casos se recomendó dar los dos senos pero se cumplió en un caso.
- o Entre las razones de aceptación de esta recomendación se encontraron:
 - "Dándole (el seno) más veces y más tiempo la niña duerme mejor y está más alegre."
 - "Por no darle el seno (bien) se ha estado muriendo la niña."
 - "Los niños se desnutren cuando no toman bastante leche materna."
 - "Ahora que le doy ambos senos, mi hijo se queda satisfecho y parece que tengo más leche."
- o Las madres que no aceptaron la recomendación dijeron:
 - "Yo guardo la leche para darle en la noche porque no tengo suficiente, todo he hecho pero no me aumenta."
 - "Por el sufrimiento no tengo leche."

RESULTADOS DE LAS DISCUSIONES CON GRUPOS FOCALES:

- o Esta recomendación fue probada en todos los grupos; todas las personas estaban de acuerdo en que la leche materna es buena durante este período de edad.
 - Algunas dijeron que no se puede dar a demanda porque "a esta edad ellos mismos (los niños) ya tienen un horario", y "en la noche se les da más porque de día ya se les da la comida", y porque "de día se trabaja."
- o En este período de edad un mayor número de madres comenzaron a dar sólo un seno en cada lactada porque "es según lo que quiere el niño a veces coge de ambos, a veces sólo mama el uno."
- o
- o o Parece que es factible seguir en este grupo con el concepto de lactancia materna completa: reforzando la recomendación de seguir dando el seno a demanda y de los dos senos cada vez para que no se mal acostumbren, para que se produzca más leche, y para llenar o satisfacer el niño.

NIÑOS DE 4-6 MESES

RECOMENDACION 6:

- Quitar el biberón.

MOTIVACIONES:

- El biberón es muy difícil de lavar, se queda con muchos microbios que producen enfermedades en los niños.
- En esta edad el niño perfectamente puede comer con cucharita lo mismo que se le da en biberón.
- Si el niño esta tomando biberón se puede quitar ahora, después es más difícil.

RESULTADOS DE LAS PRUEBAS EN HOGARES:

- o De los 22 niños de 4-6 meses, 12 estaban recibiendo biberón. A todos se les dió la recomendación; aceptaron cumplir 7 (costa 4, sierra 3) y cumplió sólo 1 caso de la sierra. Los otros casos comenzaron a disminuir la frecuencia de administración de biberón porque: "no se puede quitar de golpe, poquito a poquito hay que irle quitando."
- o Las razones para quitar o disminuir el biberón fueron siempre las mismas: "El biberón es antihigiénico, les daña el estómago." Otra madre dijo que fue fácil quitarle el biberón porque "desde chiquita la niña come con cuchara."
- o Las razones para no cumplir la recomendación fueron entre otras: "Lloraba mucho y me daba pena darle con cuchara." "Una se arruina mucho dando el seno." "Siempre he dado biberón a mis hijos y se han criado bien, ya están acostumbrados." "Paso todo el día ocupada, ¿a que' hora le voy a dar con cuchara?"

RESULTADOS DE LOS GRUPOS FOCALES:

- o Existe mucha resistencia para el cumplimiento de esta recomendación especialmente en la costa, porque la mayoría de niños a esta edad, ya están tomando biberón.

- o Esta resistencia se manifestó así:
 - "Es una ayuda para la madre (el biberón), en caso de que la madre no tenga mucha leche," y "para los niños también porque no se llenan; eso es cuando la mamá tiene leche gatuna (aguada) que le hace daño."
 - "El mismo médico le prohíbe."
 - "La leche NAN es buen alimento, la leche de vaca también, el médico me receta."
 - "La madre tiene que decidir dar el seno o dar el biberón."
 - "Para darle con cuchara, me demoraría 3 horas porque el (niño) toma 6 onzas."

- o El uso de biberón es generalizado especialmente en la costa y lo más importante es que el médico lo recomienda. Cuando se les preguntó a los médicos sobre este consejo indicaron que "Si yo no le receto, otro médico lo va a hacer." "La madre está preocupada y para calmarle, se le receta biberón." "Si se le exige que dé el seno, aumenta la preocupación."

- o
- o o Parece que la estrategia más eficaz para disminuir el uso de biberón es no comenzar a usarlo. Entonces, un fuerte programa para promover y apoyar mejores prácticas de lactancia materna (para personal de salud, padres y otros miembros de familia) es fundamental. También en esta edad hay que prevenir el uso de biberón para alimentos con un programa promoviendo alimentos espesos como lo mejor y más conveniente.

NIÑOS 4-6 MESES

RECOMENDACION 7:

- Iniciar el destete a los 4 meses con al menos una comida familiar espesa.

MOTIVACIONES:

- A los cuatro meses, a pesar de que la leche materna sigue siendo buena, ya no es suficiente para cubrir las necesidades del niño.
- A los cuatro meses, el estómago del niño ya puede recibir comida espesa.
- A esta edad los niños tienen más hambre y hay que darles la comida de la familia, hecho puré (papilla).

RESULTADOS DE LAS PRUEBAS EN HOGARES:

- o De los 22 casos, 16 tienen problema de consistencia en costa 6 y sierra 10 (se incluyen 6 casos que aún no habían iniciado el destete). Aceptaron la recomendación 15 casos y cumplieron 7 (costa 2, sierra 5). En 9 casos no daban comida familiar, se les recomendó a todos y cumplieron dos.
- o Las razones para aceptar la recomendación fueron:
 - "Lo espeso es bueno para que aprenda a comer desde ya."
 - "A esta edad tienen más hambre y el espesito les sostiene."
- o Los que no aceptaron dijeron:
 - "Todavía es muy chiquito para darle yapi" (sierra).
 - "La comida espesa le hace daño en la noche."
 - "A esta edad los niños no pueden comer espeso."
- o Los casos que no cumplieron la recomendación de dar comida familiar son aquellos a quienes se recomendó iniciar el destete con comida familiar y entrecomidas, pero prefirieron hacerlo con entrecomidas.

RESULTADOS DE LOS GRUPOS FOCALES:

- o En todos los grupos investigados no se encontraron mayores resistencias a dar la comida familiar desde los 4 meses, las resistencias se encontraron en dar comida espesa (consistencia).
- o Las razones para aceptación fueron:
 - "Si se les da lo que uno come, ¿por qué no se les va a dar?". "Así mismo hemos acostrumbrado".
- o El aumentar la consistencia fue aceptado porque "Si se les dá sólo aguado, viven sólo con diarrea, no les sostiene." "Yo si doy puré de guineo y papa, comen no más."
- o Las barreras para dar espeso fueron:
 - "Siempre los médicos recomiendan dar calditos y sopitas a esta edad." "Los mismos médicos dicen que hay que dar sólo horchata."
 - "Si se les da espeso escupen, no pueden tragar, se "atracan."
 - "¿Cómo se les va a dar espeso? Se pueden morir."
 - "Yo todo le doy licuado, eso es lo mejor, así me recomendó el médico."
- o
- o o En general no se encuentran mayores resistencias para introducir comida familiar a esta edad. Aunque hay barreras para dar comida espesa no parecen barreras demasiado fuertes.

Por lo tanto se puede promover esta recomendación, enseñando a los madres que los niños pueden comer la comida espesa (aunque no tengan dientes) y pueden aprender a comerla. Como siempre, el componente de educación médica es crítico en la estrategia; de otro modo, las madres se quedarían confusas con recomendaciones contradictorias.

NIÑOS 4-6 MESES

RECOMENDACION 8:

- Preparar un alimento especial para iniciar el destete en niños de 4-6 meses - ALIDE 4 (alimento del destete a los 4 meses). Dar 10 cucharaditas cada vez, al menos una vez al día, como entrecomidas.
- o Se probaron las siguientes mezclas de ALIDE 4:
 - puré de papa
 - rallado de zanahoria

MOTIVACIONES:

- o El niño necesita comenzar a comer alimentos, no en grandes cantidades, pero que sean "comidas", algunas veces al día.
- o El ALIDE 4 proporciona al niño más energía para que pueda seguir creciendo normalmente. La leche materna ya no es suficiente, y los "calditos" solo contienen agua.
- o El ALIDE 4 puede ser preparado con lo que la madre dispone en el hogar (aun en los más pobres).

RESULTADOS DE LAS PRUEBAS EN LOS HOGARES:

- o Esta recomendación se dio en 20 casos (de los 22) y cumplieron 15 (costa 5, sierra 9, oriente 1) debido al buen sabor de las preparaciones, la facilidad y la aceptación por parte del niño.
- o Se obtuvo las siguientes razones para la aceptación:
 - "Son ricas, fáciles, no se demora para preparar."
 - "El puré es un buen alimento para el bebé."
 - "El aceite ayuda a la digestión y da energía."
 - "La zanahoria es buena para todos y para la vista."
 - "Son baratos, cualquiera puede hacer, por más pobre que sea."
 - "Así espesito, sí han sabido comer y les gusta."

- o Algunas razones para rechazar la recomendación:
 - "Es difícil comprar otros alimentos porque no hay dinero." (costa rural)
 - "A la niña le dió gases el rallado."
 - "Ya le voy a dar comida familiar y no es necesario comida aparte."
 - "No tengo tiempo para hacer las entrecomidas."
- o Muchas madres estuvieron impresionadas al ver que el niño de 4 meses podía comer 10 cucharaditas (o más) de las preparaciones. Dijeron que: "Nunca habían comido tanto."

La demostración de preparar ALIDE 4 sirvió también para explicar a la madre (hacerle ver) la consistencia espesa que debe tener la comida del niño (sea familiar o entrecomida).

RESULTADOS DE LOS GRUPOS FOCALES:

- o Durante las discusiones con grupos focales se puso más énfasis en la cantidad (10 cucharaditas). Las opiniones fueron a favor y en contra.
 - Los que estuvieron a favor dijeron "Sí puede comer esa cantidad, sólo hay que darle poquito a poquito." "Mi hijo tiene tanta hambre que desde los 4 meses ya se comía más que eso."
 - Los que estuvieron en contra expresaron: "A los 4 meses sólo puede comer media cucharadita de caldito blanco o de juguito con agua; si se le da más, le viene la infección (diarrea)."
 - "Es mucho esa cantidad, se puede darle un día una cucharadita y si no le siente mal, se puede ir aumentando hasta 3, más no."
 - "Todo depende si el niño quiere, la mayoría botan."
- o o La introducción de preparaciones especiales para iniciar el destete a los cuatro meses tiene posibilidades de éxito, y deben ser introducidos con la idea de dar comida familiar aplastando. No se presentaron barreras con las preparaciones de alimentos sino más bien con la cantidad. Estas barreras pueden ser vencidas cuando la madre ve que el niño es capaz de comer mucho más de lo que actualmente esta comiendo y tiene la confianza para darle.

NIÑOS DE 7-9 MESES

Recomendaciones Para las Pruebas en Hogares y Discusiones Con Grupos Focales

Al igual que el grupo de edad anterior, este grupo resultó ser crítico porque muchas madres inician el destete a los 7-9 meses.

Para este grupo de edad se probaron las siguientes recomendaciones:

9. Continuar con lactancia materna adecuada. (Énfasis en 10 minutos de cada seno y dar ambos senos siempre en cada lactada).
10. Quitar biberón.
11. Dar dos comidas familiares espesas, medio plato cada vez (consistencia y cantidad).
12. Dar dos entrecomidas - ALISAN y FUERSAN.

NIÑOS DE 7-9 MESES

RECOMENDACION 9:

- Continuar con lactancia adecuada:
 - cuando el niño quiera (a demanda)
 - 10 minutos cada seno
 - siempre con los dos senos en cada lactada
 - 6 veces (en 24 horas) durante el día y la noche.

MOTIVACIONES:

- La leche materna es todavía beneficiosa para el niño de esta edad.
- El que el niño siga recibiendo la leche materna le ayuda a seguir creciendo fuerte y sano.
- La leche materna contiene sustancias (nutrientes) importantes para los niños de 7-9 meses.

RESULTADOS DE LAS PRUEBAS EN HOGARES:

- o En esta edad se encontraron 26 casos (costa 9, sierra 14, oriente 3).
 - Casi la tercera parte de casos (9) habían suspendido la lactancia varios meses atrás y no se recomendó reiniciarla.
 - En 7 casos se dio la recomendación de dar 10 minutos de cada seno; aceptaron todos y cumplieron 5 casos (costa 2, sierra 3).
 - En 3 casos se dio la recomendación de dar 6 veces al día; se cumplió en 2.
 - En 2 casos se recomendó dar de los dos senos y cumplieron ambos.
 - En 6 casos se recomendó dar el seno después de las comidas porque la lactancia estaba reemplazando totalmente los tiempos de comida (almuerzo). La recomendación fue aceptada en dos casos, pero no cumplió ninguno.
- o Las razones para aceptar la recomendación de lactancia adecuada fueron:
 - "Dio más tiempo el seno y el niño está más animado y duerme mejor."

- "Si puedo hacer todo eso porque tengo suficiente leche."
- o Las razones de rechazo fueron:
 - "No le di' más porque ya no quiso (el niño)."
 - "No tengo mucha leche, casi seco está' el seno (indígena)."

RESULTADOS DE LOS GRUPOS FOCALES:

- o La mayoría de personas estuvieron de acuerdo en que para el cumplimiento de esta recomendación depende del niño; dijeron:
 - "Depende del hambre del niño, y de cómo se le haya acostumbrado." "Cuando se llenan se duermen y no se puede dar más."
 - "Depende del niño, a veces se llena sólo con el un seno."
- o Estuvieron de acuerdo en siempre dar de los dos senos porque:
 - "El seno que no mama se queda duro y duele."
 - "Tiene que vaciarse ambos senos."
- o o El aumento de frecuencia de lactadas y del tiempo en cada lactada puede lograrse con la motivación de que el niño estará más satisfecho con más leche. Como para las madres con niños más pequeños, hay que dar información y consejos de como tener más leche.

NIÑOS DE 7-9 MESES

RECOMENDACION 10:

- Quitar biberón.

MOTIVACIONES:

- El biberón es caro y produce más enfermedades al niño.
- El niño ya puede comer con cuchara y no necesita biberón.
- Si se acostumbra al biberón en esta edad, después es muy difícil quitarle.

RESULTADOS DE LA PRUEBA EN HOGARES:

- o De los 26 niños de 7-9 meses, 10 estaban usando biberón: costa 6, sierra 3, oriente 1. Todos aceptaron la recomendación y cumplieron 2 (sierra 1, costa 1). En 3 casos, disminuyeron el número de biberones porque: "el niño no quiso tomar en taza y con cuchara."
- o Las razones de aceptación fueron:
 - "Es fácil quitarle el biberón porque ya le doy la comida."
 - "Ya no me levanto a preparar la teta (por la noche)."
- o Las razones de rechazo fueron:
 - "El niño está enseñado al biberón y no le gusta otra cosa."
 - "Yo sí quiero quitarle pero hay mucho trabajo en la casa. Los hermanos no tienen paciencia para darle con cuchara."

RESULTADOS DE LOS GRUPOS FOCALES:

- o Al igual que en otras edades, hay una fuerte resistencia a cumplir esta recomendación porque:
 - "Si uno no tiene leche, ¿con qué se va a criar el niño?" -"Si la mamá trabaja no es posible quitar el biberón."
 - "Como toma desde chiquito, no quiere dejar."
"Solito toma el biberón."

o Las opiniones a favor de la recomendación fueron:

- "Mi hijo se esta olvidando (el biberón) y sólo quiere con cucharita."
- "A mi el doctor me dijo que le quite el biberón."
- "A esta edad, ellos mismos ya quieren coger la tacita (jarro especial con tapa y huecos) y hay que enseñarles."

o
o o Las mayores barreras para el cumplimiento de esta recomendación a los 7-9 meses, están compartidas entre "comodidad" de la madre y "decisión" del niño.

La motivación para quitar el biberón en niños de esta edad debe ser para que "el niño aprenda a comer", ya puede comer espeso con platito y cucharadita y es fácil.

NIÑOS DE 7-9 MESES

RECOMENDACION 11:

- Dar comida familiar espesa: medio plato cada vez, en plato propio, 2-3 veces al día.

MOTIVACIONES:

- El niño puede comer lo que come la familia pero espeso porque en el espeso esta el alimento.
- Necesita más alimentos para que crezca fuerte y sano.
- Hay que darle de comer varias veces al día para que reciba lo que necesita.

RESULTADOS DE LAS PRUEBAS EN HOGARES:

- o De los 26 niños de 7-9 meses, 15 estaban comiendo muy poco se les recomendó aumentar la cantidad, aceptaron todos y cumplieron 13. (costa 5, sierra 8). Otros 3 casos aumentaron algo, pero menos de la recomendación.

En 15 casos la comida era líquida, se recomendó aumentar consistencia en 15 y cumplieron 9 (costa 7, sierra 2).

En 8 casos sólo estaban dando 1 vez de la comida familiar, se dio la recomendación para incrementar el número de veces a todos y cumplieron 6 (costa 3, sierra 3). Siete niños no comían en plato aparte, en 4 casos ni siquiera aceptaron la recomendación, 3 casos la aceptaron y cumplió 1 (sierra).

- o Las razones de aceptación fueron:
 - "Debe comer más veces para que aumente de peso, crezca y se desarrolle bien."
 - "Daré comida espesa para que no baje de peso y no se enferme." "Para que se endure el estómago y para que le sostenga."
 - "Antes no sabíamos que el espeso es bueno y que es mejor."
 - "De lo que nosotros comemos, le damos al niño."
 - Una abuela dijo que "he estado matando de hambre el niño, dándole sólo "chuya" y tan poquito."

- o Las razones de rechazo fueron:
 - "La niña no puede comer tanto porque es tiernita." (áreas rurales). "A esta edad comen poco."
 - "No puedo hacerle despertar para darle de comer en el almuerzo."
 - "Le doy sólo líquidos porque le gusta al niño y así es más rápido."
 - "Sólo una vez come en el día porque tengo que salir y no hay quien le dé."

RESULTADOS DE LOS GRUPOS FOCALES::

- o Hubo muy diversas opiniones en relación con la recomendación.
- o Las personas que estuvieron de acuerdo en cumplir la recomendación tuvieron expresiones como éstas:
 - "Conforme va creciendo se le va aumentando la cantidad, ya uno mismo se da cuenta cuándo puede comer más."
 - "Se le debe dar en un plato aparte para ver más o menos cuánto come e ir calculando la cantidad."
 - "Siempre come el almuerzo con nosotros y hasta 3 veces al día."
 - "La carne chupan pero la estopa botan."
- o Las razones para rechazar la recomendación fueron:
 - "A veces se esta comiendo uno y el guagua quiere, entonces hay que darle del mismo plato."
 - "La mía no quiere comer, sólo el seno coge."
 - "Los médicos dicen que sólo se les dé caldito, inclusive hasta más grandes."
 - "Los aceites son malos, hay que usar la mínima cantidad posible."
 - "Depende de lo que uno coma para poderle dar al niño. A veces uno no se tiene para cocinar."
- o o El problema está en cantidad y consistencia (en algunos casos en frecuencia).

En la estrategia hay que explicar que "en el espeso está el alimento" y darles a las madres una orientación hacia la cantidad que puede y debe comer el niño, reforzando que debe aumentar la cantidad de comida todos los días para que el niño crezca fuerte y sano. Hay que mostrar gráficamente un niño cogiendo el plato y la cuchara, para que las madres vean que es posible.

NIÑOS DE 7-9 MESES

RECOMENDACION 12:

- Dar dos entrecomidas - ALISAN o FUERSAN.
- o Las mezclas de ALSIAN (alimento sano) fueron:
 - Tallarín con tomate
 - Arroz verde
 - Sango de pescado
- o Ingredientes de FUERSAN (fuertes y sanos):
 - harina de cebada (máchica).
 - harina de haba.
 - aceite.

MOTIVACIONES:

- Los niños necesitan comer más comida adecuada para ellos, que les de energía para crecer, moverse, jugar.
- A esta edad deben aprender a comer alimentos como de los adultos.

RESULTADOS DE LAS PRUEBAS EN LOS HOGARES:

- o De los 26 casos, ninguno estaba recibiendo entrecomidas adecuadas. Se recomendó en todos y cumplieron 20.
 - El FUERSAN se recomendó en 19 casos y cumplieron 13.
 - El ALISAN se recomendó en 17 casos y cumplieron 8.
 - Se notó una mejor predisposición a preparar y dar FUERSAN en todas regiones del país.
- o Razones para aceptación:
 - "Les gustó, son fáciles de preparar."
 - "El FUERSAN hasta se puede guardar, no necesita tiempo, es una maravilla, a todos nos gusto' mucho."
 - "Son baratas, en la casa siempre hay esos ingredientes."
 - "El FUERSAN le quito' la diarrea al niño."
 - "Daría entrecomidas porque entre más crece necesita comer más veces."

- o Razones para el rechazo:
 - "Tiene duda de poner el aceite, porque es "condimento" y le puede hacer daño al niño."
 - "Tuvo dificultades para conseguir los ingredientes." (harina de haba; áreas rurales).
 - "No hay dinero para hacer las recetas (ALISAN).
 - "Di poco de tallarín porque ya se lleno' con la comida."

RESULTADOS DE LOS GRUPOS FOCALES:

- o En los grupos focales se discutió' especialmente la posibilidad de utilizar el FUERSAN y la frecuencia de entrecomidas. En varios grupos se hizo demostración de cómo preparar el FUERSAN.
- o Hubo acuerdo de que el FUERSAN sería un buen alimento porque:
 - "La mánchezica y el haba son muy buenos alimentos."
 - "Hay costumbre de comer chapo."
 - "Los abuelos comían esto y eran más fuertes, ahora se les acostumbra a los niños a comer pan que no sirve para nada."
 - "Con el chapo duermen bien."
- o La aceptación incluye zonas de la costa, a pesar de que allí (especialmente en el sur) hubo un poco de dificultad para conseguir harina de haba.
- o El añadir aceite tampoco fue difícil porque el chapo frito o mánchezica traposa si se acostumbra y gusta mucho; mejor si se añade queso.
- o Algunas personas que estaban en contra del FUERSAN dijeron que:
 - "Antes si había costumbre, pero ahora ya no se come chapo, las harinas están tan caras como el pan y no se consigue si no en el mercado."
 - "El chapo es pesado para los guaguas y les da gases."

o
o o

El aumento del consumo a través de entrecomidas nutritivas tiene muchas posibilidades de que se pueda cumplir. El uso de FUERSAN fue aceptado en todo el país, en forma de entrecomidas para niños a partir de los 7 meses de edad. Parece importante promover esto para aumentar la comida familiar. El FUERSAN es fácil de preparar en casa o puede prefabricar la mezcla FUERSAN para vender a madres que trabajan y no tienen tiempo para cocinar y para aquellas áreas donde existe poca disponibilidad de los ingredientes.

NIÑOS 10-12 MESES

Recomendaciones Para Las Pruebas en Los Hogares Discusiones Con Grupos Focales:

13. Dar lactancia materna adecuada de los dos senos cada vez, 6 veces al día, por 10 minutos cada seno después de la comida.
14. Quitar el biberón.
15. Dar comida familiar, 3/4 a un plato cada vez (cantidad), 2 a 3 veces al día (frecuencia), de la comida de sal y de dulce (variedad) en plato aparte.
16. Dar dos entrecomidas; 3/4 plato cada vez, recetas probadas: fuersan, alisàn.

NIÑOS 10-12 MESES

RECOMENDACION 13:

- Dar lactancia materna adecuada. Dar de los 2 senos cada vez, 6 veces al día, 10 minutos cada seno, después de las comidas.

MOTIVACIONES:

- Hay que dar el seno porque todavía la leche es buena.
- Para que el niño crezca fuerte y sano.
- Se debe dar el seno como el postre, para completar lo que el niño necesita a esta edad.

RESULTADOS DE LAS PRUEBAS EN LOS HOGARES:

- o Se probó en 13 casos de las 20 familias que tenían niños en este grupo de edad; 12 de la sierra y 1 de la costa. En los 7 restantes ya se había suspendido la lactancia.
- o De las madres entrevistadas, 4 daban de lactar de un sólo seno. Las razones para darle de un seno, más que todo, fueron por decisión del niño, "no le gusta el otro" o "no quiere." Una sola madre dijo que iba a tratar de dar de los senos pero no cumplió la recomendación. El problema que tienen las madres es la falta de leche en el seno que no utilizan ("casi no tengo leche en el otro").
- o En cuanto a la recomendación de aumentar la frecuencia de lactadas a 6 veces al día, se probó en 3 casos y cumplieron todos porque sí tienen suficiente leche.
- o Se dio la recomendación de dar de lactar 10 minutos de cada seno a 3 madres, pero sólo cumplió una. Las madres creen que es mucho tiempo. Las madres que trabajan fuera del hogar rechazan esta recomendación porque no tienen tiempo.
- o Se probó el concepto de dar la leche materna como postre (después de la comida familiar) con 2 madres de la sierra urbana. Cumplieron la recomendación los 2, porque comprobaron que comen más cuando dan el seno después de las comidas: "ya no pasa colgado del seno y come más."

RESULTADOS DE LOS GRUPOS FOCALES:

- o Las reacciones a la recomendación de dar de un seno son iguales a las indicadas en el grupo de edad de 7-9 meses.
- o En cuanto a frecuencia, no había ninguna resistencia a dar de lactar con la frecuencia recomendada, sólo algunas madres prefieren dar de lactar con un horario (cada 3 horas), mientras otras prefieren lactar a demanda.
- o La recomendación de dar el seno durante 10 minutos en cada lactada fue rechazada por algunas madres porque "el niño no se quedaría tranquilo con este período de tiempo." Aquellas madres creen que se debe dar de lactar hasta que el niño no quiera más.
- o
- o o No existe un concepto de lactancia materna adecuada para los niños de este grupo de edad. El problema de dar de lactar de un sólo seno está muy generalizado en todas las áreas del país (pero no con todas las madres) y el cambio a los dos senos, en esta edad, será muy difícil.

La recomendación de aumentar la frecuencia de lactadas sería factible pero no fue bien aceptada el incrementar la duración de cada lactada.

NIÑOS 10-12 MESES

RECOMENDACION 14:

- Quitar el biberón.

MOTIVACIONES:

- Iguales a otras edades.

RESULTADOS DE LAS PRUEBAS EN HOGARES:

- o De los 20 casos en este grupo de edad, 13 estaban usando biberón. Aceptaron 9 y cumplieron 5 (costa 2, sierra 3).
- o De los 4 casos que no cumplieron la recomendación, 3 disminuyeron porque consideraron que no pueden quitar de golpe, sino "poco a poco esperando que el niño lo deje solo."
- o Las razones de aceptación fueron: "se enferman menos cuando no se les da biberón," "ya no tengo que hacer hervir las tetas," y "ya agarra la cuchara y toma en vaso."
- o Las razones de rechazo se observaron más en zonas urbanas:
 - "Es más cómodo dar en biberón los líquidos y quita menos tiempo." "Salgo a vender en el mercado y es lo único (el biberón) que le pueden dar los hermanos." "Al niño no le gusta en taza, llora y llora hasta que le den el biberón."

RESULTADOS DE LOS GRUPOS FOCALES:

- o Muchas madres admitieron que dan biberón por comodidad de la madre dijeron que por ociosas no les quitan.
- o Otras dijeron que tanto ellas como los padres se dejan dominar por los niños y no tienen la suficiente "fuerza de voluntad" para decidir no dar el biberón. Indicaron que "les da pena dejarles llorar y hay que darles el biberón."

- o Muchas madres (especialmente las que trabajan) expresaron que los niños no toman el biberón porque no se les dio desde chiquitos. "Si no se les da desde que nacen, después no cogen el biberón."
- o
- o o A pesar de que hay un acuerdo en que es "por costumbre" que se da el biberón o "para que se acostumbren," hubo muchas madres que iniciaron el biberón cuando suspendieron la leche materna a los 10-12 meses.

Para los mensajes se debe reforzar que el niño normalmente a partir de los 9 meses ya puede tomar en jarro. También a esta edad los niños ya pueden coger la cuchara.

Los mensajes para suspender el biberón deben asociarse con el mensaje general de que la lactancia materna, debe prolongarse siquiera hasta cuando el niño cumpla un año de edad.

NIÑOS DE 10-12 MESES

RECOMENDACION 15:

- Dar comida familiar
 - 3/4 -- 1 plato cada vez (cantidad).
 - 2 - 3 veces al día (frecuencia).
 - De la comida de sal y de dulce (variedad)
 - En plato propio y tarro.

MOTIVACIONES:

- Al año de edad el niño puede comer todo lo que come la familia.
- Porque ya camina, necesita más comida y mas variado, de sal y de dulce.
- Siempre hay que darle en su platito (y jarro) para saber cuánto come.

RESULTADOS DE LAS PRUEBAS EN HOGARES:

- o De los 20 casos, 16 recibían poca cantidad de comida. Se recomendó aumentar la cantidad en todos los casos y cumplieron 12 (costa 4, y sierra 8) porque:
 - "El niño está creciendo, tiene más hambre y necesita comer más. "Ahora que come está contenta, rosadita y más pesada." "No ha sido suficiente lo que estaba comiendo."
- o Las madres que no cumplieron esta recomendación fue porque "no se puede aumentar de golpe sino poco a poco." "No se si pueda comer tanto." "Mi hijo no quiere comer mucho."
- o En 14 niños, de los 20 había problema de consistencia. Se recomendó dar más espeso a todos y cumplieron 13 porque:
 - "El espeso ayuda bastante para que se engorden y no se enfermen."
 - "Comiendo espeso se quedan tranquilos."
 - "Le di espeso y le gustó."
 - "En el espeso ha sabido estar el alimento."
 - "La comida para los niños debe ser espesa, así no se riegan."

- o Las madres que no cumplieron fue porque dejaron la decisión al niño: "Al niño no le gusta la comida espesa, escupe."
- o En 5 casos no daban 2-3 comidas familiares. Se recomendó a todos y cumplieron 3.

Las que cumplieron fue porque: "El niño esta flaco."
"Sí pudo comer 3 veces."

El caso de rechazo fue porque la familia no acostumbra 3 comidas (costa rural).
- o En 10 casos se aconsejó dar también comida de dulce y cumplieron 5 porque a "los niños si les gusta lo de dulce," y "porque si se acostumbra darles las coladas de dulce."

RESULTADOS DE LOS GRUPOS FOCALES:

- o La gran mayoría de personas que participaron en los grupos focales estuvieron de acuerdo en que sí podrían cumplir las recomendaciones si es que aconsejaría el doctor. "Si el doctor ordena hay que hacer como sea".
- o La decisión de comer o no, recae fuertemente en el niño. Dijeron: "Ellos mismos comen cuando quieren, cuando no quieren, por más que se les exige, no quieren."
- o Cuando los niños tienen buen apetito y están sanos dijeron que si pueden comer hasta 3 comidas (más también), medio plato, e inclusive de sal y de dulce porque: "A esta edad tienen bastante hambre." "Será porque algunos pasan correteando (o gateando)." "Quieren estar comiendo a cada rato." "Como pajaritos son."
- o En relación con lo espeso y el seco dijeron: "Claro que puede comer espeso y hasta pedacitos ya ta:car porque ya tienen dientes." "Claro que es mejor darles seco, asi no derraman, comen nomás con la manito; arroz, papita, platanito." "Algunos ellos mismos quieren comer con la cuchara."
- o Con referencia a dar comida de sal y dulce expresaron: "Lo que hay se les da nomas." "Comen de sal y de dulce, lo que la familia come."

- o
- o o Debido a que el niño ya pide comida y permanece despierto durante el día, la recomendación de dar comida familiar no tiene mayores barreras. El cambio más importante y que puede tener éxito es lo de dar más comida en cada comida (2-3 veces al día) y de segunda importancia sería lo de dar la comida espesa.

Las indicaciones del médico son decisivas para que la madre cumpla o no las recomendaciones. El hecho de que el niño pueda comer solo, o que varios familiares le den de comer hace que se pierda la noción de cantidad en cada comida. Es importante el mensaje de que la madre vigile lo que el niño come de la comida familiar.

NIÑOS 10-12 MESES

RECOMENDACION 16:

- Dar DOS entrecomidas: 3/4 plato cada vez de FUERSAN, ALIDE o ALISAN.

MOTIVACIONES:

- Los niños a esta edad necesitan comer, a más de la leche materna, 5 veces al día (3 comidas familiares y 2 entrecomidas) porque están creciendo rápido, ya caminan y se mueven.
- Las entrecomidas deben ser de alimentos adecuados para que el niño este sano y fuerte.

RESULTADOS DE LAS PRUEBAS DE HOGARES:

- o De los 20 casos, 19 no recibían entrecomidas adecuadas. Se recomendó en 18 casos y cumplieron 17 porque: "Las recetas son ricas, les gusta." "El arroz verde cambia el sabor de lo que se come todos los días y es mejor." "Son fáciles de preparar."
- o En relación a usar FUERSAN, dijeron: "Es un gran alimento." "Las harinas tienen vitaminas." "La máchica les ayuda a dormir."
- o Algunas de las posibles barreras para el cumplimiento de las recetas son:
 - No se consiguen las harinas (para el FUERSAN en la costa urbana tienen que salir al mercado).
 - En la sierra extremo sur, no hay costumbre de consumir harinas, especialmente harina de haba.

RESULTADOS DE LOS GRUPOS FOCALES:

- o Se probó específicamente la aceptabilidad de la mezcla FUERSAN. Se obtuvo buena aceptación, inclusive en la sierra sur. Parece que la resistencia encontrada en la prueba de hogares (en Nambacola), por falta de costumbre o disponibilidad de harinas, estaba circunscrita a esta localidad porque en Loja urbano dijeron que las harinas si se encontraban y que si había costumbre de consumir.

- o En los grupos focales también se discutió el uso de alimentos chatarra para niños: colas, gelatina, café, Kchitos, encontrándose que las madres desconocían que estos "alimentos" no tienen nutrientes; hay una marcada influencia de medios masivos que favorecen el consumo de este tipo de productos. Las madres compran porque les gusta a los niños.

- o En la sierra central y sur se encontró un gran uso de café como alimento para niños. Las madres dijeron que era costumbre, que no han observado ningún daño en los niños y que les gusta mucho (el café se da en biberón). Cuando se les dijo que es mejor dar otros alimentos en lugar de café, las madres aceptaron.

- o
- o o Parece muy factible el cumplimiento de la recomendación de dar entrecomidas adecuadas a niños de esta edad, siempre y cuando sea el médico el que aconseje; de allí que la aprobación del médico y/o del personal de salud es importante. Esta premisa incluye a las preparaciones recomendadas para dar como entrecomidas: FUERSAN, ALISAN, ALIDE.

El cambio de alimentos chatarra y otras entrecomidas no nutritivas, a alimentos adecuados, no parece tener mayores barreras por la aceptación que tuvieron las preparaciones en base a la disponibilidad de alimentos en el hogar o la factibilidad de comprar en la localidad (harinas y otros ingredientes).

NIÑOS DE 13-24 MESES

Recomendaciones Para Las Pruebas en Hogares y Discusiones Con Grupos Focales

17. Continuar con lactancia materna.
18. Quitar el biberón.
19. Dar 5 comidas al día (frecuencia) - 3 comidas familiares y 2 entrecomidas.
20. Aumentar la cantidad a 1 plato y 1 taza de comida de sal y de dulce en cada tiempo de comida.

Para todas estas recomendaciones se utilizaron las mismas motivaciones que en edades anteriores por lo cual no se presentan en forma separada, en este grupo de edad. Las reacciones de las madres también tuvieron muchas semejanzas por lo cual se presentan los resultados en conjunto. Algunas diferencias se puntualizan cuando amerita.

RESULTADOS DE LAS PRUEBAS EN HOGARES:

- o La prueba en hogares se realizó en 50 niños de 13-24 (26) meses de edad.
- o La mayor resistencia se presentó para quitar (suspender) el biberón especialmente en áreas urbanas, en la costa y en madres que trabajan. De los 50 niños de esta edad, 21 usaban biberón y quitaron 7.

En las madres que no trabajan y que permanecen en el hogar, cuidando a los niños; la alimentación que daban a sus hijos no era la primera preocupación.

A medida que aumenta la edad, hay una tendencia a que se imponga la voluntad y el gusto del niño. Así para quitar el biberón dijeron que se debe hacerlo poco a poco y que hay que esperar que el niño mismo deje.

- o De los 50 casos, 5 tenían como alimento básico de su dieta, la leche materna; lo cual significa que aún no se les enseñaba a comer (indígenas). Las razones fueron: "Le sigo dando el seno porque no come bien, si le quito se va a adelgazar." "Mi hijo está bien, sólo con mi seno". (Caso particular en el oriente).

El 90% de madres restantes habían susperdido el seno materno o lo harían durante el segundo año de vida del niño, para lo cual dieron las siguientes razones: "Ya no tengo leche." "Ya está grande el niño para seguir con el seno." "Ya come otra comida."

- o El dar comida espesa tuvo un 80% de aceptación y las razones fueron que el niño mismo come "de todo." "A partir del año, como ya tiene dientes, todo se le puede dar."
- o El aumento de cantidad sólo se cumplió en un 40% porque "el niño no alcanza a comer tanto." Se notó un marcado desconocimiento de la capacidad gástrica del niño (esto en todas las edades), pero específicamente en esta edad dijeron. "¿Cómo va a comer tanto, ni que fuera mayor?" "Si se les da mucho se empacian." "No hay como darles mucho porque se hacen glotonas."
- o Para las entrecomidas se prefirió preparar el FUERSAN por las mismas razones ya señaladas en otros grupos de edad.

RESULTADOS DE LOS GRUPOS FOCALES

- o En las discusiones con grupos focales fue manifiesta la consistencia de respuestas a cada recomendación que se dieron para otras edades por lo cual no se repiten en esta sección.
- o Entre algunas de las respuestas específicas para esta edad estuvo el hecho de que pasado el año, el niño ya se ha definido como de "buen o mal comer." Si el niño es mal comer generalmente no habrá mucho que hacer. Tal vez se puede empezar "como que fuera de 4 meses." "Hay que enseñarle de nuevo." Mientras que cuando son de buen comer, sí se puede cumplir todas las recomendaciones "siempre y cuando diga el doctor:" porque "no hay como dar nomás lo que uno se imagine, hay que seguir las órdenes del doctor o de la Señorita enfermera.
- o En esta edad, se confirmó con las discusiones con grupos focales la gran resistencia para quitar el biberón y de nuevo se concluyó que es mejor quitarle antes, porque cuando ya son grandes "ya no quieren dejar."
- o Los participantes hicieron énfasis en que la alimentación del niño durante el segundo año, depende de cómo se le haya acostumbrado. Cualquier cambio es difícil en esta edad. Se necesita el doble de paciencia.
- o A pesar de que todos los niños al año de edad ya tienen dientes, las madres siempre sienten temor de darles cosas secas; dijeron: "Al año se puede dar carne para que chupe," "depende de la costumbre;" "se da arroz mojado con sopa porque es importante darle el caldito para que no se atore."
- o En cuanto a tiempos de comida se notó resistencia a dar la merienda "porque en la tarde la comida resulta pesada." Los que aceptaron dar tarde dijeron: "Se puede dar la merienda si el niño esta despierto."
- o
- o o A partir del año de edad la alimentación del niño depende de cómo se le haya acostumbrado en las edades anteriores. El niño ya tiene formados sus propios hábitos y es fuerte la decisión del niño en relación a lo que quiere comer, cuánto quiere comer y con que frecuencia. Esta decisión del niño abarca también la práctica de la lactancia materna y el uso del biberón.

Los mensajes deben hacer énfasis en que las prácticas alimentarias del niño en el segundo año de vida, pueden ser mejoradas y que es decisión de la madre y del padre de familia, lo que coma el niño.

Uno de los cambios más exitosos fue lo de las entrecomidas. Tomando en cuenta la cantidad de calorías que necesita el niño es válido reforzar este concepto, así como el número de veces al día que debe comer el niño.

NIÑOS ENFERMOS (DIARREA) Y EN RECUPERACION

Recomendación Para Pruebas en Hogares y Con Grupos Focales

21. Continuar con lactancia materna cuando el niño está con diarrea, y darle comidas suaves.

Dar de comer un poco más durante la recuperación (una semana).

NIÑOS ENFERMOS O EN RECUPERACION

RECOMENDACION 21:

- Dar de comer a los niños enfermos con diarrea. Continuar con seno materno los que están lactando. Dar leche materna y comidas suaves (a partir de los 4 meses).
- Dar un poco más de comida durante la recuperación.

MOTIVACIONES:

- Los niños que están enfermos necesitan alimentarse para combatir la enfermedad (diarrea u otras).
- Para que les haga efecto los medicamentos, necesitan tener algo en el estómago que les sostenga.
- Cuando les pasa la diarrea el niño recobra el apetito y hay que aprovechar dándole más comida para que se componga y recupere el peso.

RESULTADOS DE LAS PRUEBAS EN HOGARES:

- o De 118 niños entre 4-24 meses, 26 tuvieron o estaban recuperándose de diarrea, reportada por sus madres - al momento de la prueba en hogares.
- o Para la gran mayoría de madres la diarrea pasó desapercibida, no consideraron enfermedad y en general no se modificó la dieta, simplemente, la dieta normal fue muy inadecuada.
 - "Claro que está con diarrea, pero así mismo son las guaguas cuando les sale los dientes, o están sentándose, o gateando. Eso es normal."
 - "Así se crían los niños, luego les pasa nomás, con unos días que no coman."
 - "Siempre vive así con esas deposiciones, todos los niños son así, que quiere que haga."

Las madres que reconocieron a la diarrea como enfermedad demostraron temor a dar de comer.

- "Si le doy de comer, peor se va en diarrea. Todo le hace daño." "Como el estomago esta apenitas, es preferible no darle nada."

- o Casi todos los niños que estaban lactando, continuaron recibiendo el seno, porque: "Sólo el seno quiere, eso no más le doy." "Ojala' no le haga daño, mi leche le sigo dando."

A pocos niños (4) se les suspendió la lactancia.

- "Creo que estoy encinta porque mi hijo esta' con diarrea, ya le quite el seno."
 - "Mi leche le ha estado matando, tuve que quitarle el seno."
- o Todas las madres que reconocieron que su niño estaba enfermo, hicieron modificaciones substanciales en la alimentación, especialmente referidas a la cantidad y consistencia. Las razones fueron:
 - "No quiere comer nada porque está enfermo."
 - "Cuando tiene diarrea no hay que darle nada para que el estómago este en reposo, eso me dijeron en el Centro de Salud."
 - "No se le puede dar de comer nada porque todo se le va (diarrea)."

En estos casos cuando la madre no daba alimento la recomendación fue que de algo de comer. En los niños mayores todas las madres tuvieron éxito en dar comida como, o casi como, si el niño estuviera sano. Con los niños pequeños las mamás tuvieron problemas -- sólo 1/4 comenzo' a dar alimentos así sean suaves.

- o En otros casos se habían hecho cambios en la consistencia:
 - "Ya hace 4 días que le doy sopita de cabello de ángel, sin sal y sin color, sólo el caldito le doy."
 - "Le estoy haciendo caldito de pollo y le doy ceruido."
 - "Horchatita de arroz le doy bien chuya, sin leche para que no le haga daño."
 - "Sólo agüitas de remedio le estoy dando."
 - "Le doy coca-cola para la diarrea eso me recetó el doctor."
- o En la mayoría de casos no existe el concepto de recuperación como el período para compensar las pérdidas de nutrientes sufridas durante la enfermedad.
 - "Ya le esta pasando la diarrea, pero si come, otra vez le ha de volver."
 - "Todavía esta apenitas, si le doy de comer, mal le ha de hacer."

Pero de los cuatro casos de niños que estuvieron en el período de recuperación, todos comieron mejor, casi como niño sano, una vez que sus madres recibieron los consejos.

RESULTADOS DE LOS GRUPOS FOCALES

- o Adicionalmente se obtuvo información sobre alimentos recomendados para la diarrea: arroz, fideo, pero en sopita o caldito aguado. Las grasas (fritos) dijeron que no era adecuado "porque les aumenta la diarrea."
- o "Hay un fuerte convencimiento del concepto frío/caliente y fresco." "Las diarreas generalmente son de frío y hay que dar cosas calientes como agua de canela."
- o Lo más notorio fue el temor a reiniciar la alimentación durante la recuperación. "Si quieren comer mas cuando están convalescientes pero no hay como darles más comida porque otra vez les vuelve la diarrea." " Hay que darles poquito."
- o
- o o La morbilidad por diarreas tiene una alta prevalencia en la población de niños menores de 2 años. Aunque muchas madres dicen que no hacen cambios cuando el niño sufre de diarrea, el consumo del niño está disminuido por la anorexia que produce la enfermedad y por el temor de la madre que si les dan de comer les hace daño. Los niños que todavía está recibiendo la leche materna, siguen tomando el seno. El resto de la población sólo toma líquidos -- caldos más que todo, pero parece que es posible convencer a las madres para que continuen dando alimentos, hasta casi la alimentación normal.

Las madres no tienen concepto de la necesidad de aumentar el consumo de alimentos durante la convalecencia. Muchas creen que se debe dar al niño menos comida durante la recuperación. Pero con consejos individuales las madres pueden mejorar sustancialmente la alimentación.

NIÑOS DE 0-24 MESES DE LA COSTA

Recomendación Para Discusión Con Grupos Focales

22. Dar agua para la sed.

- En niños menores de 4 meses, dar más veces el seno y que la madre tome mas líquidos.
- En niños mayores, dar con cucharadita o en taza, pequeñas cantidades de agua hervida.

MOTIVACIONES:

- El seno materno es suficiente para calmar la sed, cuando los niños son tiernitos.
- Cuando son más grandes se puede dar agua hervida para calmar la sed y que no se deshidraten, con cucharita o en taza.

RESULTADOS DE LOS GRUPOS FOCALES:

- o Esta recomendación se discutió en 10 grupos focales de la costa en donde muy frecuentemente se da agua a los niños para "calmar la sed," sea en biberón (más frecuentemente) o en tacita.
- o El dar de tomar agua a los niños es una necesidad que es apreciada por las madres.
 - "Las criaturas tienen mucha sed, hay que darles agua."
 - "Cuando no se les da agua, la orina se pone amarilla y fuerte (el olor)."
 - "Siempre hay mucho calor y a uno le da sed, no digamos a los niños."
 - "Cuando una está dando de lactar, de por si se tiene mucha sed, hay que tomar bastante agua."
- o Muy ocasionalmente se hace hervir el agua para tomar porque "no hay costumbre", "el gas cuesta mucho", "se toma nomás el agua y no hace daño."

En lugares en donde el agua se coge del río (El Roto - Esmeraldas), se dijo que sólo en invierno, cuando el "agua viene turbia," y se hace hervir.

o
o o

Parece que el problema no es muy agudo y no hay necesidad de poner énfasis en esta práctica, porque para niños pequeños (menores de 4 meses) no parece haber mucha resistencia para calmar la sed con el seno materno; como las madres están dando alimentos aguados y no tienen resistencia a dar agua, no hay que insistir.