

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE
HUAMANGA**

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA PROFESIONAL DE ANTROPOLOGÍA
SOCIAL**



**“EXPERIENCIA EN CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES
SOBRE NUTRICIÓN INFANTIL EN MADRES DE LA
COMUNIDAD DE HUANCARAYLLA”**

MONOGRAFÍA DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

**CONDUCENTE A LA OBTENCIÓN TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIAD EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL**

Presentado por:

Bach: Juan CONDE HUARANCCA

Asesor:

Antrop. Lucio Alberto SOSA BITULAS

**AYACUCHO-PERÚ
2018**

*A la memoria de mis padres Cesario
Conde Cancho, Benedicta
Huarancca Achas quienes con sus
sabias expresiones me dirige desde
la gloria... "lucha siempre, insiste, no
te desanimas en la tentativa de
alcanzar la meta que pretendes..."*

AGRADECIMIENTO

A los profesores de la Escuela Profesional de Antropología Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, por las certeras orientaciones y formación académica impartida en nosotros, lo cual ha permitido una sólida formación en temas sociales.

Al Programa Nacional Wawa Wasi y compañeros del programa quienes acogieron la idea y brindaron el apoyo para el desarrollo de este estudio.

A la área de Investigaciones del Programa Nacional Wawa Wasi - MIMDES de manera especial a Patricia responsable del Componente Cultura de Crianza, donde el estudio actual representó como mejor trabajo de Investigación Científica del programa Nacional Wawa Wasi – MIMDES realizando actividades de sesiones educativas, sesiones informativas y campañas con las familias usuarias.

A la municipalidad Distrital de Huancaraylla encabezado por su señor alcalde Santos Quispe Nicodemos y su plana de regidores y trabajadores

A los prestadores de servicio de salud de Huancaraylla, Circamarca, Llusita y a los profesores de las Instituciones Educativas Públicos (nivel primario y secundario) quienes tuvieron la apertura necesaria con el fin de aportar elementos positivos al desarrollo de esta comunidad. Quienes nos permitieron compartir la tristeza y alegría y la sabiduría de su pueblo.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE.....	iv
ÍNDICE DE MAPA Y CUADROS	vi
RESUMEN.....	ix
INTRODUCCIÓN.....	xi
CAPITULO I.....	19
CONSIDERACIONES DE LA ZONA DE ESTUDIO.....	19
1.1. ASPECTOS GENERALES DE LA ZONA DE ESTUDIO.....	19
1.1.1. Ubicación Política	19
1.1.2. Ubicación Geográfica.....	19
1.1.3. Extensión y Altitudes.....	19
1.1.4. Accesibilidad	20
1.1.5. Precipitación y Temperatura	20
1.1.6. Clima.....	20
1.1.7. Población	21
1.2. BREVE RESEÑA HISTÓRICA.....	24
1.2.1. Resumen Histórico Distrital.....	24
1.2.2. Roles del Distrito.....	24
1.2.2.1. Rol en el Pasado.....	24
1.2.2.2. Rol en el Presente.....	25
1.2.2.3. Rol en el futuro.....	25
1.2.3. La Familia.	26
1.2.4. Las Viviendas	26
1.2.5. Servicios Educativos.....	27
1.2.6. Servicios de Salud	28
CAPITULO II.....	31
CENTRO DE EJERCICIO PROFESIONAL	31

2.1.1. Perfil Requerido	31
2.2. PERFIL PROFESIONAL INSTITUCIONAL	31
2.2.1. Características del Puesto y/o Cargo	31
2.3. DESCRIPCIÓN DE LA INSTITUCIÓN DE DESEMPEÑO	34
2.4. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DONDE DESARROLLO EI EJERCICIO PROFESIONAL.....	36
I. OBJETIVOS.....	36
II. MATERIAL Y MÉTODOS	36
III. RESULTADOS	44
IV. DISCUSIÓN.....	73
V. CONCLUSIONES	109
VI. RECOMENDACIONES.....	113
 CAPITULO III	 116
CENTRO DE EJERCICIO PROFESIONAL	116
3.1. LOGROS Y METAS ALCANZADOS.....	116
3.2. LECCIONES APRENDIDAS	119
 CONCLUSIONES	 122
BIBLIOGRAFÍA.....	124

ÍNDICE DE MAPA Y CUADROS

MAPA 1: UBICACIÓN DE LA ZONA DE ESTUDIO	23
CUADRO 1: POBLACIÓN POR GENERO DEL DISTRITO DE HUANCARAYLLA.....	21
CUADRO 2: DISTRIBUCIÓN POBLACIONAL DEL DISTRITO DE HUANCARAYLLA	22
CUADRO 3: POBLACIÓN POR GRUPOS DE EDAD DEL DISTRITO DE HUANCARAYLLA	22
CUADRO 4: POBLACIÓN POR SEXO EN EL DISTRITO DE HUANCARAYLLA	22
CUADRO 5: VARIACIÓN DE LA DENSIDAD POBLACIONAL EN EL DISTRITO DE HUANCARAYLLA	23
CUADRO 6: CONDICIONES Y COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL DISTRITO HUANCARAYLLA.....	29
CUADRO 7: PERFIL DEL DISTRITO DE HUANCARAYLLA 10 PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD	29
CUADRO 8: TASA DE MORTALIDAD DEL DISTRITO DE HUANCARAYLLA.....	30
CUADRO 9: NIVEL EDUCATIVO DE LAS MADRES ENCUESTADAS DEL DISTRITO DE HUANCARAYLLA DEL PNWW	45
CUADRO 10: OCUPACIÓN Y/O ACTIVIDAD DE LAS MADRES BENEFICIARIAS DEL PNWW DEL DISTRITO DE HUANCARAYLLA.....	48
CUADRO 11: COMPOSICIÓN FAMILIAR DE LAS MADRES BENEFICIARIAS DEL PNWW DEL DISTRITO DE HUANCARAYLLA.....	49
CUADRO 12: MIEMBRO DE LA FAMILIA QUE RECIBE LA MEJOR COMIDA (EL MEJOR PLATO DE COMIDA) EN EL HOGAR.....	51

CUADRO 13: MIEMBRO DE LA FAMILIA QUE RECIBE PRIMERO LA COMIDA EN CASA (ENCUESTA APLICADA A LAS MADRES EN LA COMUNIDAD DE HUANCARAYLLA –2010)	53
CUADRO 14: CONTEXTURA (GORDITO O FLAQUITO) DEL RECIÉN NACIDO (ENCUESTA APLICADA A LAS MADRES EN LA COMUNIDAD DE HUANCARAYLLA –2010).....	54
CUADRO 15: EL CALOSTRO O LA PRIMERA LECHE (ENCUESTA APLICADA A LAS MADRES EN LA COMUNIDAD DE HUANCARAYLLA –2010).....	56
CUADRO 16: CONOCIMIENTO DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA (ENCUESTA APLICADA A LAS MADRES EN EL DISTRITO DE HUANCARAYLLA –2010)	57
CUADRO 17: HASTA QUE EDAD DEBE TOMAR SÓLO LECHE DE PECHO (ENCUESTA APLICADA A LAS MADRES DEL DISTRITO DE HUANCARAYLLA –2010)	58
CUADRO 18: EDAD DE DESTETE DEL NIÑO (ENCUESTA APLICADA A LAS MADRES DEL DISTRITO DE HUANCARAYLLA –2010).....	59
CUADRO 19: EMPLEO DE BIBERÓN EN LA ALIMENTACIÓN INFANTIL (ENCUESTA APLICADA A LAS MADRES EN EL DISTRITO DE HUANCARAYLLA –2010)	62
CUADRO 20: EDAD DE INICIO DEL CONSUMO DE OTROS ALIMENTOS POR EL NIÑO (ENCUESTA APLICADA A LAS MADRES DEL DISTRITO DE HUANCARAYLLA –2010).....	63
CUADRO 21: CONSISTENCIA DE ALIMENTOS EMPLEADOS EN EL INICIO DE LA ABLACTANCIA (ENCUESTA APLICADA A LAS MADRES EN EL DISTRITO DE HUANCARAYLLA –2010).....	64
CUADRO 22: LA CONSISTENCIA DE LA ALIMENTACIÓN DE UN NIÑO SANO (ENCUESTA APLICADA A LAS MADRES EN EL DISTRITO DE HUANCARAYLLA –2010)	65
CUADRO 23: FRECUENCIA DE ALIMENTACIÓN DE UN NIÑO MENOR DE UN AÑO DURANTE EL DÍA. (ENCUESTA APLICADA A LAS MADRES EN EL DISTRITO DE HUANCARAYLLA –2010).....	66
CUADRO 24: LA FRECUENCIA DE LA ALIMENTACIÓN DE UN NIÑO MAYOR DE UN AÑO Y MENOR DE 5 AÑOS DURANTE EL DÍA (ENCUESTA APLICADA A LAS MADRES EN EL DISTRITO DE HUANCARAYLLA –2010).....	67
CUADRO 25: ALIMENTOS QUE MEJORAN LA CONSISTENCIA DE LA COMIDA DEL NIÑO (ENCUESTA APLICADA A LAS MADRES EN EL DISTRITO DE HUANCARAYLLA –2010).....	68
CUADRO 26: FRECUENCIA DE REQUERIMIENTO DE ALIMENTOS DEL ESTÓMAGO DEL NIÑO EN COMPARACIÓN	

CON EL ESTÓMAGO DEL ADULTO (ENCUESTA APLICADA A LAS MADRES DEL DISTRITO DE HUANCARAYLLA – 2010) 70

CUADRO 27: FRECUENCIA DE LA ALIMENTACIÓN DE UN NIÑO ENFERMO POR DÍA (ENCUESTA APLICADA A LAS MADRES DEL DISTRITO DE HUANCARAYLLA –2010) 71

CUADRO 28: LA CONSISTENCIA DE LA ALIMENTACIÓN DE UN NIÑO ENFERMO (ENCUESTA APLICADA A LAS MADRES DEL DISTRITO DE HUANCARAYLLA –2010) 72

RESUMEN

La experiencia durante mi permanencia en el Programa Nacional Wawa Wasi, tuvo como objetivo describir y analizar los "Conocimientos y actitudes en las madres sobre Nutrición Infantil de la comunidad de Huancaraylla,". Que consistió en un estudio cualitativo exploratorio, en base a grupos Focales a familias usuarias del Programa Nacional Wawa Wasi, entrevistas en profundidad a representantes institucionales y encuestas semiestructuradas a madres beneficiarios de Programa Nacional Wawa Wasi.

En tal sentido socializamos que existen valores culturales de los padres respecto a la educación de los niños y niñas y la condición económica precaria, influyen en el bajo nivel de instrucción de las madres. La ocupación caracteriza una economía de autoconsumo y carente de valor productivo. Los numerosos hijos en el hogar están determinados por el rol que cumple en la familia y comunidad, así como la imposición del esposo, familiares mayores (suegras) y la creencia local de cumplir con la tarea de "Dios". La distribución de alimentos tiene una concepción jerárquica en la familia, se prioriza al padre.

En la creencia andina el calostro es considerado importante para el recién nacido y es conocido como "corta" o "ccello"¹. La lactancia materna, como conocimiento y práctica cultural milenaria tiene convicción profunda y muy benéfica preferida por su acceso y bajo costo. En el caso del destete en las madres de Huancaraylla se practica entre los 2 a 4 años inclusive, la fuerza productiva está relacionada con el período de duración de la lactancia. El uso de biberón es rechazado y conceptualizado como "dañoño",

¹ Ccello palabra quechua amarillo. La primera gota de leche de la madre.

esto por la intervención del PNWW que prohíbe la utilización del biberón en los Wawa Wasis. Sobre el inicio de alimentación complementaria, más de 1 de cada 3 niños están expuestos a la malnutrición por prácticas inadecuadas de higiene y manipulación de alimentos, que aun las madres se resisten aceptar las nuevas prácticas de buena manipulación de los alimentos (alimentación segura)².

Por la experiencia se da a conocer la distancia entre el conocimiento y la actitud expresada por las madres donde la práctica de la introducción de alimentación complementaria³ es de consistencia líquida, porque es fácil de comer para el niño. Los conocimientos sobre la frecuencia de alimentación del niño, reflejan una pobre influencia en las prácticas diarias. Hay una baja ingesta de consumo de grasas y aceites en la alimentación del niño. Es evidente la poca información sobre la frecuencia y el empleo adecuado de los alimentos durante la enfermedad de un niño.

Se concluye esta experiencia demostrando que madres beneficiarias del Programa Nacional Wawa Wasi son de muy bajo nivel de instrucción, las recargadas actividades compartidas (casa, chacra y pastoreo), escasa información, limitaciones en el acceso a la alimentación adecuada y las barreras culturales traen consecuencias nutricionales⁴.

² Medidas de seguridad en la manipulación de alimentos.

³ La alimentación complementaria es todo alimento no lácteo que ingiere el lactante durante el primer año de vida. A este concepto se le denomina BEIKOST (alimento adicional).

⁴ Trastornos de la Alimentación, Raquitismo, Bocio, Anemia, Tratamiento psicológico, Comer compulsivo y Desnutrición.

INTRODUCCIÓN

La desnutrición es uno de los problemas de salud pública, la desnutrición infantil en Perú se redujo en 4,3 por ciento entre 2007 y 2009, pero este índice se mantiene alto en las zonas rurales, donde la desnutrición crónica de los menores es de 32,8 por ciento⁵. Siendo más graves en los departamentos de mayor vulnerabilidad como: Huancavelica (44,7%), Cajamarca (32,0%), Huánuco (31,0%), Apurímac (30,9%), Ayacucho (30,3%) y Cusco (29,1%). con tasas promedios superiores al 33% según las estimaciones de Endes 2010⁶.

Asimismo, Ayacucho es uno de los seis “peores” departamentos con mayor número de pobres y con mayor pobreza relativa de aquellos localizados en la sierra como son: Huancavelica, Cajamarca, Huanuco, Apurímac y Cuzco según los datos arrojados por Endes (2010). También, Señala que la mayor cantidad de niños, niñas y adolescentes indígenas se encuentra en los departamentos con mayor índice de pobreza como Huancavelica (82%), Apurímac (76%), Ayacucho (72%) y Puno (67%). INEI y UNICEF, que identifica a los cuatro departamentos considerados con situación de salud “muy mala”, de los cuales todos son andinos que pertenecen a la región Sierra.

La alta prevalencia del enanismo en la población conlleva graves implicancias para el desarrollo económico del país. El enanismo en la niñez reduce la productividad económica y la capacidad de generar ingresos en los adultos. Al deteriorar el desarrollo cognoscitivo de los niños, la desnutrición crónica reduce su productividad futura como

⁵ Fuentes oficiales.

⁶ La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

adultos. El enanismo en la niñez, aumenta la susceptibilidad en la adultez de contraer males cardíacos, diabetes y otras enfermedades crónicas, y posiblemente también predispone a la obesidad. (Gerald J. Dorothy R. Friedman, 2001).

Factores como el bajo peso al nacer, ligado al deficiente estado nutricional de las madres por la baja ingesta de alimentos y deficientes prácticas de auto cuidado, los hábitos de la lactancia y la alimentación complementaria están, pues, muy relacionados con los riesgos de enfermedad, muerte y con el grado de nutrición. (Altobelli y Leo 1997, ENDES 2010)

Otras causas son las barreras culturales, la falta de conocimiento. En donde existe disponibilidad de alimentos de alta calidad, la gente puede elegir venderlos en lugar de consumirlos, y a menudo no se los dan a los niños pequeños. Se suman a ello el problema de las madres de familia de las zonas rurales, sobre las cuales recae gran parte de la responsabilidad alimentaria y nutricional de los niños, que tienen un perfil inferior al de los jefes de hogares varones. Influyen en la desnutrición infantil factores como la educación de la madre y el consumo de agua sin tratamiento. Así, la desnutrición crónica afectó a 32.5% de los menores con madres con educación primaria o sin nivel de educación, en comparación con el 6.2% cuyas madres tienen educación superior. Por otro lado, el 25.3% de menores que consume agua sin tratar presenta desnutrición crónica, y solo es afectado el 5.6% que consume agua tratada con cloro residual. (Ana Rosa Grippa Zárate 2010)⁷. Por todo lo anterior, uno de los servicios sociales más 'atractivos', tanto para las instituciones públicas como para las privadas sin fines de lucro, es el de 'alimentación y nutrición'. (Portocarrero, F., 2000), sin embargo el Programa Nacional Wawa wasi es el único programa que en sus componentes establece la atención integral. El desarrollo de un niño o niña durante la primera infancia depende esencialmente de los estímulos que se le den y de las condiciones en que

⁷ Analista económica de Macroconsult S.A

se desenvuelva. Es por esto que en la etapa comprendida entre los cero y los cuatro años de edad es necesario atender a los niños y las niñas de manera armónica, teniendo en cuenta los componentes de salud, nutrición, protección y educación inicial en diversos contextos (familiar, comunitario, institucional), de tal manera que se les brinde apoyo para su supervivencia, crecimiento, desarrollo y aprendizaje.

Durante el período de 1990-99 el gobierno peruano otorgó la primera prioridad presupuestal dentro de la inversión social a los servicios básicos. Se buscó mejorar el acceso para cerrar una de las brechas más dramáticas: la desnutrición. Se convirtió de esta manera la distribución de los alimentos para los sectores pobres o la lucha contra la desnutrición prácticamente en un monopolio del Estado (Portocarrero, F., 2000)

El programa de atención infantil Wawa Wasi del Mimdes viene ayudando significativamente, desde 1993, a familias de escasos recursos (guarderías infantiles diurnas, nutrición, salud, educación y orientaciones a los padres). Dicho programa cuenta con 6678 Wawa Wasi en la mayoría de casos funcionan en los hogares de las mismas madres cuidadoras—que atienden a 53,000 niños de entre seis y 48 meses. Diversos estudios demuestran que los Wawa Wasi cuentan con gran aceptación de los usuarios. Así, muchas madres de familia sienten que pueden dejar a sus hijos en un lugar seguro y dedicarse a trabajar o estudiar. El rol de los Wawa Wasi como centros que promueven el desarrollo motor, social, intelectual y emocional de los niños es, a menudo, menos reconocido, pero igualmente importante. (Por Santiago Cueto, Niños del Milenio, Grade 2010)

Se observa que el gobierno, la iglesia, los municipios y organismos no gubernamentales vienen desarrollando diversos tipos de acciones relacionadas a la prevención, el control de problemas de la alimentación y nutrición en el país, siendo la estrategia predominante la de intervención poblacional de tipo preventivo como es el caso del Programa Nacional wawa wasi que brinda una atención integral para la infancia.

Sin embargo, la magnitud del problema de la alimentación y nutrición a nivel nacional en general y en las zonas de extrema pobreza en particular hacen que los esfuerzos de intervención sean insuficientes, más aún considerando que la mayoría de programas desarrollan sus actividades en forma individual, lo que lleva en muchos casos a duplicidad de esfuerzos y recursos.

Por otro lado, a nivel de las diferentes estrategias se observa el común denominador de entrega de alimentos asociados a metodologías de comunicación, información y educación, sobre todo orientadas al componente preventivo, cuyo impacto no ha sido demostrado hasta el momento. Más aún es muy cuestionado hoy en día el modelo de prevención basado en la estrategia IEC, ya que ésta se basa en el paradigma de creer que la conducta preventiva (no solo nutricional) es de tipo refleja (estímulo – respuesta), es decir IEC = prevención, la cual evidentemente no se logra, ya que toda conducta preventiva es de tipo operante, que se configura de la interacción de los conocimientos de las personas, las experiencias desarrolladas por estas (aprendizaje experiencia) y sobre la base del componente humano, fundamental para que una *conducta se refleje en una actitud*.

Sobre lo dicho se confunde que el aprendizaje experiencia puede ser desarrollado a través de prácticas en la preparación de mezclas alimentarias (sesiones demostrativas, ferias, concursos, etc.), sin considerar que lo que se pretende conseguir para que se dé una conducta sea una práctica sistemática de los hábitos adecuados de alimentación y nutrición, y no el desarrollo de prácticas esporádicas pensando en que estas generen la experiencia requerida.

Finalmente ninguna de las estrategias contiene acciones relacionadas al desarrollo de la actitud preventiva, la cual es requisito para que los conocimientos y experiencias se traduzcan en una conducta operante. A

ello se atribuye el fracaso de todas las estrategias desarrolladas en el campo de la salud-nutrición hasta la fecha a nivel de los programas verticales, por lo que han pasado a formar parte de los modelos obsoletos de salud pública.

No obstante la adhesión que algunos educadores manifiestan hacia el modelo tradicional de cambio lineal conocimiento-actitud-práctica (CAP) muchas veces se ha demostrado que esto es inadecuado y demasiado simplista. De ahí que, Portocarrero, plantea: “Es como pretender cambiar de la noche a la mañana patrones de comportamiento burocrático inerciales tan arraigados en un personal carente de motivación, fue, en el mejor de los casos, una ingenuidad o un exceso de voluntarismo”.

Esto es que, en el enfoque tradicional no se considera que, nuestro país sea caracterizado por la biodiversidad y la pluriculturalidad que tiene repercusiones en el campo de la alimentación y nutrición infantil. Lo que identifica que existen diversas formas de entendimiento del ser humano, su cuerpo y su funcionamiento en relación con su medio ambiente; este incluye concepciones y relaciones muy características en la alimentación y nutrición que la madre realiza con el niño.

La forma de entender la salud y la nutrición es muy variable con relación a los múltiples segmentos culturales, los cuales muestran todo un bagaje de conocimientos, creencias, actitudes y prácticas nutricionales de la población infantil. Resultando necesario ampliar nuestra visión para situarnos en una realidad alimentaria y nutricional del mundo andino.

Hugo García Godos, gerente de desarrollo social del gobierno regional de Ayacucho, menciona que *“cuatro de cada diez niños ayacuchanos son desnutridos crónicos y que en algunos distritos como Huanca Sancos la proporción se eleva a siete u ocho de cada diez infantes”*. Es un segmento sociocultural representativo del trapezio andino, caracterizado por la existencia de sistemas tradicionales alimentarios que han logrado subsistir a través de los tiempos en un entorno de inseguridad alimentaria.

Las características alimentarias y nutricionales han venido adquiriendo nuevas formas. La presencia de los programas alimentarios como el Programa Nacional Wawa Wasi ha ido influyendo sus características nutricionales tratando de combinarse con las formas tradicionales de consumo alimentario.

En particular la población de Huancaraylla es parte de la demografía indígena: los llamados “indios”, tal vez no considerados como parte de la llamada “sociedad nacional”. Han sido los excluidos de siempre. Seguirán siéndolo por mucho tiempo más, si las tendencias políticas que se suceden en el poder siguen siendo las mismas desde hace quinientos años.

Una comunidad donde el núcleo social es el “ayllu”, con costumbres y tradiciones de todas las culturas ágrafas, donde todavía persiste la respuesta de “así ha sido siempre” o “los abuelos saben por qué lo hacen”, con conocimientos en la agricultura, la ganadería, la técnica hidráulica y la medicina propias del saber andino⁸, desconocidas e ignoradas quizá por todo el fragmento oficial del Perú.

Un segmento social que sobrevive en la actualidad dentro de una nueva corriente llamada “globalización”, que pretende homogenizar el mundo, para borrar las diferencias, para que todos nos parezcamos. ¿A quién? Al modelo occidental propuesto como “superior” y “mejor”.

La mayoría de las familias Huancarayllina está compuesta por el padre, la madre y 6 hijos vivos de 9 embarazos. Viven en una casa de adobe, de uno a tres ambientes, con techo de calamina y piso de tierra. Para dotarse de agua tienen que consumir agua entubada que sale de un arroyo de 15 minutos o más de distancia. Para el alumbrado emplean la electricidad. Como recurso económico cuentan con un cuarto hectárea de tierra donde la familia cultiva cebada, papa y olluco, con tareas físicamente muy duras,

⁸ En los textos de algunas organizaciones indias se habla de una “ciencia andina”. La idea de un combate entre los hombres y la naturaleza, y de una victoria de los hombres es ajena a la concepción andina.

en un suelo de muy baja calidad porque carecen de acceso a fertilizantes y otros insumos agrícolas; es más, es una región susceptible a las sequías, con producción destinado al consumo familiar. Huancaraylla tiene bajos niveles de educación (primaria secundaria incompleta) y algunas familias sin educación, con predominio en las mujeres. Todo esto motivó este estudio.

Basado en la naturaleza del problema, el presente estudio se ha desarrollado bajo un diseño metodológico de tipo cualitativo exploratorio, utilizando como técnicas de investigación grupos focales, entrevistas en profundidad y encuestas semi- estructuradas.

Dentro de los criterios de selección se consideraron madres de 14 a 45 años de edad, residentes por más de tres años en la comunidad con niños de 6 a 36 meses beneficiarios del Programa Nacional Wawa Wasi. Para Grupos en Mayor Riesgo de 37 a 60 meses con antecedentes haber sido beneficiario de este programa; por otra parte, para las entrevistas en profundidad se consideró a representantes de las instituciones locales con experiencia en la nutrición y alimentación de la comunidad, ser residente por más de tres años y con poder de influencia para la toma de decisiones o acciones en lo referente al problema del estudio.

El trabajo comprende cuatro aspectos fundamentales: Situación familiar y socioeconómica de las Familias del PNWW⁹. Características de la alimentación en la familia de las familias del PNWW. Lactancia materna exclusiva, lactancia materna y alimentación complementaria de un niño. Alimentación de un niño durante la enfermedad.

Así, el presente estudio experiencia laboral no pretende dar respuesta a la problemática total, lo que intenta es aportar a un proceso resolutivo poniendo al descubierto características conceptuales, de percepción de actitudes que poseen las madres y la población beneficiarias del PNWW frente a la problemática de la nutrición infantil de niños andino rurales

⁹ Programa Nacional Wawa Wasi – MIMDES.

(Huancaraylla). De esta manera disminuir las brechas existentes entre una visualización “desde fuera” vista por las instituciones comprometidos en el tema de nutrición y pasar a una “desde dentro”, reforzando acciones que a favor de la nutrición infantil se vienen desarrollando en esta población, lo que permitirá:

- ❖ Construir modelos explicativos a partir de la visualización de posiciones comunales e institucionales aportando elementos para una intervención conjunta y estratégica.
- ❖ Brindar elementos para el fortalecimiento de la capacidad resolutive que en problemas de nutrición poseen las organizaciones y autoridades de esta comunidad.
- ❖ Contribuir al proceso de empoderamiento de la población en aspectos de nutrición e involucrar una amplia representación del ámbito familiar, incluyendo a los padres y otras personas encargadas del cuidado de los niños, quienes cumplirán actividades intermedias en dichos procesos.

CAPITULO I

CONSIDERACIONES DE LA ZONA DE ESTUDIO

1.1. ASPECTOS GENERALES DE LA ZONA DE ESTUDIO

1.1.1. Ubicación Política

País : Perú

Región : Ayacucho

Provincia : Víctor Fajardo

Distrito : Huancaraylla

Capital : Huancaraylla

Anexos : Circamarca, Llusita.

1.1.2. Ubicación Geográfica

Latitud Sur : 15°42'55"

Longitud Oeste : 74°06'00"

1.1.3. Extensión y Altitudes

Extensión : 165.49Km²

Altitud : 3230 m.s.n.m

Límites:

Por el Este : Distrito de Colca

Por el Oeste : Distrito de Huamanquiya

Por el Norte : Distrito de Alcamenca

Por el Sur : Distrito de Huancapi

1.1.4. Accesibilidad

El Distrito de Huancaraylla se encuentra articulada a la Capital del Departamento de Ayacucho mediante la ruta de Huancaraylla - Huancapi - Cangallo – Ayacucho, que alcanza una distancia de 180km, se llega en un tiempo aproximado de 5 a 6 horas dependiendo de la estación del año que afecta las condiciones de la carretera.

1.1.5. Precipitación y Temperatura

Precipitación.

En el periodo de Diciembre a Marzo, alcanza 702mm anualmente.

Temperatura.

Promedio Anual es de 8 a 19° C.

1.1.6. Clima

El Clima del Distrito de Huancaraylla presenta una humedad relativa mensual de 45 a 65%. En cuanto a la temperatura presenta ser muy variada en las partes bajas de la Comunidad Campesina de Llusita, se tiene un clima cálido variando desde 12° C a 26° C, es en esta zona que producen árboles frutales y hortalizas , presentando un promedio de 19°C, registrándose temperaturas bajas en el periodo de Junio a Agosto y las más altas en los meses

de Octubre a Noviembre.

En las partes altas de la Capital del distrito de Huancaraylla y del Centro Poblado Menor de Circamarca se presentan temperaturas mínimas de 0°C y máximas de 15°C, dándose un promedio de 8°C, con áreas destinadas a la actividad ganadera y crianza de truchas.

1.1.7. Población

El distrito de Huancaraylla cuenta con una población total de 2,296 habitantes, según puesto de Salud de Huancaraylla del 2004, comparado con el resultado de INEI, Censo de 1993, con población total de 2021 habitantes, hay un crecimiento de 11.97% esto debido al retorno de muchas familias que ha iniciado un lento proceso de recuperación y reconstrucción del sistema productivo, alentado por el Estado.

CUADRO 1: POBLACIÓN POR GENERO DEL DISTRITO DE HUANCARAYLLA

Centro poblados	Población	%
Hombres	1,049	45,69
Mujeres	1,247	54,31
Total	2,296	100,00

Fuente: Puesto de Salud Huancaraylla – 2004

En el cuadro N° 2 se puede observar que 68.38% de la población total del Distrito están ubicados en los Centros poblados de Circamarca y Llusita. El anexo de Circamarca cuenta con la mayor población entre Hombres y Mujeres tiene el 40.98%.

CUADRO 2: DISTRIBUCIÓN POBLACIONAL DEL DISTRITO DE HUANCARAYLLA

Localidad	Anexos	Población		Total	%
		M	F		
Huancaraylla		328	398	726	31,62
	Circamarca	440	501	941	40,98
	Llusita	281	348	629	27,40
Totales		1.049	1.247	2.296	100,00

Fuente: Puesto de Salud Huancaraylla Circamarca, Llusita - 2004

CUADRO 3: POBLACIÓN POR GRUPOS DE EDAD DEL DISTRITO DE HUANCARAYLLA

Distrito Huancaraylla	< 1	1 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 44	45 - 64	> 65	TOTAL
Población General	29	176	295	331	232	668	320	245	2.296
	1,26	7,67	12,85	14,42	10,10	29,09	13,94	10,67	100,00

Fuente: Puesto de Salud Huancaraylla Circamarca, Llusita - 2004

CUADRO 4: POBLACIÓN POR SEXO EN EL DISTRITO DE HUANCARAYLLA

Distrito Huancaraylla	< 1	1 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 44	45 - 64	> 65	TOTAL
Varones	14	72	146	150	111	322	141	93	1.049
Var_%	0,61	3,14	6,36	6,53	4,83	14,02	6,14	4,05	45,69
Mujeres	15	104	149	181	121	346	179	152	1.247
Muj_%	0,65	4,53	6,49	7,88	5,27	15,07	7,80	6,62	54,31
Total	29	176	295	331	323	668	320	245	2.296
Tot_%	1,26	7,67	12,85	14,42	14,07	29,09	13,94	10,67	100,00

Fuente: puesto de Salud Huancaraylla 2004

En el cuadro N° 4 se observa la población por sexos, donde los hombres son 1,049, que representan el 45.69% y las mujeres son 1,247 que representan el 54.31%.

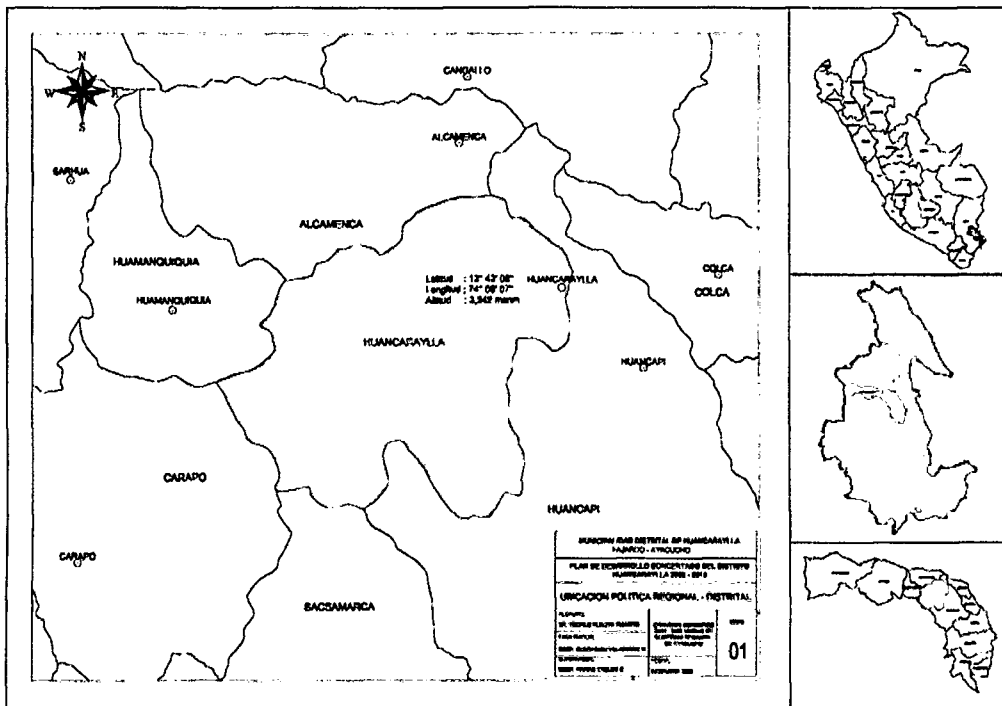
CUADRO 5: VARIACIÓN DE LA DENSIDAD POBLACIONAL EN EL DISTRITO DE HUANCARAYLLA

Año	Población	Extensión Km2	Densidad Hab/km2
2000	1,99	165	12.06
2004	2,296	165	13.92

Fuente: Puesto de Salud Huancaraylla - 2004

Huancaraylla tiene actualmente una densidad poblacional de 12.06 hab/km². Los movimientos migratorios son principalmente de emigración ya que la población local se traslada principalmente a la ciudad de Huamanga y a la capital de la República en busca de mejores condiciones de vida y de oportunidades de estudio o empleo que no encuentran en el ámbito distrital, provincial ni regional de Ayacucho. La actividad principal de los pobladores es la agropecuaria.

MAPA 1: UBICACIÓN DE LA ZONA DE ESTUDIO



Fuente: PDC_ M. D. Huancaraylla

1.2. BREVE RESEÑA HISTÓRICA

1.2.1. Resumen Histórico Distrital

Durante el segundo Periodo del Gobierno del Oficial Ramón Castilla fue creado el Distrito de Huancaraylla, con el nombre de Santo Domingo de Guancaraylla, mediante el Dispositivo Legal. Ley N° S/N de fecha 02 de Enero del 1857. "Santo Domingo de Guancaraylla" antiguo nombre del hoy distrito de Huancaraylla, fue elevado a la categoría de "Pueblo" el 03 de Mayo de 1955, con Ley ° 12301. De acuerdo al manuscrito de Julio Arotoma C "Huancaraylla" formaba parte de la provincia de "VILCAS GUAMAN". Hoy ha cumplido 50 años de existencia como distrito y forma parte de la jurisdicción de la Provincia de Víctor Fajardo y es uno de los Pueblos más representativos de ésta Provincia.

En la década de los 80 como consecuencia de los problemas Políticos - Sociales provocaron una masiva migración de la población hacia otras ciudades como Lima, Ica, Cañete, Huancayo, Huamanga y al Extranjero.

En la actualidad, muchas de esas familias están retornando e iniciando un lento proceso de recuperación y reconstrucción del sistema productivo. Existe un anhelo y voluntad de rehabilitar los canales de riego, mejorar las carreteras y caminos peatonales (herraduras), mejorar la infraestructura de los Centros Educativos, Servicios de Agua, Alcantarillado y otros servicios que les permitan mejorar las condiciones de vida y ampliar sus oportunidades de desarrollo, aprovechando los Recursos Hídricos y suelos disponibles en la zona.

1.2.2. Roles del Distrito

1.2.2.1. Rol en el Pasado

La principal Actividad Económica de la Población de Huancaraylla, es la Producción Agropecuaria, principalmente de los cultivos de maíz, trigo, cebada, haba, quinua, alfalfa y frutícola como: durazno níspero, palta,

chirimoya, manzana, higo, naranja, limón, etc. así como la crianza de vacunos, ovinos, porcinos y caprinos.

La mayor parte de la producción agrícola se destina al autoconsumo y un 25% es vendido en las tiendas de la Ciudad de Huancapi y mercados de la ciudad de Huamanga – Ayacucho.

En cuanto a la producción pecuaria el porcentaje destinado a la venta es mayor, en el caso de ganado vacuno llega al 60%. La comercialización se realiza también en la misma localidad, a los acopiadores provenientes de Huamanga y la Costa.

Existe una relación estrecha con la ciudad de Huancapi¹⁰, debido a que en ésta se localizan las oficinas administrativas zonales de todas las Dependencias Estatales, tales como Educación, Salud, Transportes, Agricultura, etc.

Sin embargo la relación comercial es más intensa con la ciudad de Huamanga – Ayacucho, comunicados por la carretera Ayacucho – Cangallo – Huancaraylla.

1.2.2.2. Rol en el Presente

Actualmente Huancaraylla es el distrito energético, porque la central Hidroeléctrica ubicado en Llusita brinda de energía eléctrica a la zona de la Provincia de Fajardo y aledaños siendo este el rol principal en la actualidad.

1.2.2.3. Rol en el futuro

Con la acción decidida del municipio y la población organizada cumplirá el rol de promotor del desarrollo y del fortalecimiento de las organizaciones de productores, sociales y culturales.

¹⁰ Huancapi capital de la provincia de Fajardo.

Productivo-Comercial, incrementando la producción agrícola y la de los cultivos andinos como: papa nativa, quinua, kiwicha, tarwi, maíz.

Rol turístico-recreativo, por ser una zona de turismo de aventura, ecológico y recreativo, revalorizando y organizando las actividades costumbristas, folklóricas y religiosas.

Productor pecuario de ganado vacuno y porcino para cría, recría y engorde.

1.2.3. La Familia.

La familia de Huancaraylla es esencialmente campesina, pertenece al Perú profundo se encuentra marginado económica y socialmente, con una economía de subsistencia, teniendo como actividad principal la agricultura, están unidos por lazos sanguíneos, costumbres, cultura que cultivan desde tiempos remotos. A partir de los años 80 muchas familias salieron desplazados a otras zonas como las ciudades de Lima, Ica, Cañete, Huancayo, Huamanga etc. por la violencia política que vivía nuestro país, sin embargo estos últimos años están retornando para reiniciar la recuperación y reconstrucción del sistema productivo.

1.2.4. Las Viviendas

En Huancaraylla, el material principal usado en casi la totalidad de las viviendas es el adobe. Este predominio se explica por la deficiente articulación vial que caracterizaba al distrito hasta hace algunos años, que no permitía el traslado de materiales como el cemento y agregados, cuya incorporación es reciente. Así mismo, es preciso señalar que el adobe predomina, por la existencia de material disponible (tierra y paja) que hace una construcción al alcance de la economía de los pobladores. La difusión de la tecnología constructiva que es manejada por los pobladores, contribuye también al predominio para el uso de este material, sobre todo en las zonas rurales del distrito.

A nivel distrital existen una serie de factores climatológicos, geomorfológicos y especialmente culturales que condicionan el diseño arquitectónico. Las lluvias, los vientos, la intensa radiación solar, las fuertes pendientes y las estrechas relaciones de uso residencial con las actividades de producción, constituyen los elementos primordiales para el diseño de la vivienda y al mismo tiempo evidencia su complejidad de usos y funciones.

Pero el material predominante en las paredes de las viviendas es el adobe y piedra, el techo de teja de arcilla, ichu o calamina y el piso de tierra, por lo que se deduce las condiciones inadecuadas de habitabilidad de las viviendas.

En la actualidad hay una tendencia de construcción de las viviendas con material noble, ya existen construcciones en la capital del distrito y los anexos, porque existen vías de acceso para trasladar los materiales de construcción y agregados.

El distrito de Huancaraylla cuenta en total con 760 viviendas distribuidas a lo largo y ancho del territorio en la zona urbana, anexos y las zonas rurales.

1.2.5. Servicios Educativos

En el Distrito de Huancaraylla y sus anexos Circamarca y Llusita se imparte la educación en los niveles de Inicial, primaria y secundaria. La enseñanza es de nivel bajo aunque pudiera mostrar mejores resultados. Las causales vienen principalmente por la deficiente formación profesional de los docentes, incumplimiento de funciones por parte de algunos docentes, insuficientes medios auxiliares de aprendizaje, presupuesto deficitario, desmotivación de docentes por bajos salarios, débil vocación profesional y escasa participación de los padres a través de las Asociación de Padres de Familia.

El equipamiento de los centros educativos es deficiente, no cuentan con

apropiado mobiliario escolar, bibliotecas, material didáctico, gabinetes, laboratorio, centros de cómputo, ni de recreación y servicios básicos, cuya existencia harían de la escuela un ambiente más atractivo para sus usuarios.

Existe un buen porcentaje de inasistencia de los alumnos, principalmente en las épocas de cosecha, siembra y fiestas, periodo en que los alumnos ayudan a sus padres en las labores agrícolas o se emplean para solventar sus estudios.

En el Distrito de Huancaraylla se imparte la educación en los niveles de inicial, primaria, secundaria, se cuenta con 09 Instituciones educativas públicos. En el nivel inicial con 03 Instituciones, a nivel Primaria se cuenta con 03 Instituciones y también 03 Instituciones de nivel secundario de menores, con una población total de 842 alumnos y atendidos por 46 docentes en 46 aulas.

1.2.6. Servicios de Salud

El servicio de atención de salud del Distrito de Huancaraylla, se desarrolla en los tres Puestos de Salud ubicados en la capital de distrito y en los anexos de Circamarca y Llusita, todos órganos descentralizados de la Red de Fajardo.

Con relación al equipamiento se ha detectado la carencia de equipos de cirugía menor y medicamentos, respecto a los servicios básicos ninguno de los establecimientos dispone de desagüe en forma adecuada, sus instalaciones son construcciones improvisadas para resolver de manera momentánea.

Las enfermedades más frecuentes son las relacionadas del sistema respiratorio 44.12% seguido de las enfermedades diarreicas agudas 17.16% y enfermedades infecciosas y parasitarias, siendo estos indicadores materia de preocupación.

CUADRO 6: CONDICIONES Y COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL DISTRITO HUANCARAYLLA.

Establecimiento	Personal profesional	Población Asistida /hab	Condiciones de Infraestructura
Puesto de Salud Huancaraylla	- Enfermero - Técnico de enfermería	646	Regular
Puesto de Salud Circamarca	- Técnica de enfermería	583	Regular
Puesto de Salud Llusita	- Técnica de enfermería	428	Regular

Fuente: puesto de Salud de Huancaraylla, Circamarca y Llusita 2005

Con relación a los técnicos y profesionales se cuenta para la atención de todo el distrito con un enfermero y tres técnicas de enfermería siendo insuficiente, para casos de emergencia se les traslada a la UTES de Huancapi, pero no se cuenta con ambulancia ni equipamiento adecuado para una atención de calidad.

CUADRO 7: PERFIL DEL DISTRITO DE HUANCARAYLLA 10 PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD

CAUSAS	Nº de Casos	%
Enfermedad del sistema respiratorio (IRAS)	915	44,12
Enfermedad diarreicas agudas (EDAS)	356	17,16
Enfermedad infecciosas y parasitarias	302	14,56
Enfermedades del sistema bucal dental	124	5,98
Micosis	95	4,58
Gastritis	70	3,38
Anemia	67	3,23
Cefalea	60	2,89
Vaginitis	44	2,12
Desnutrición crónica	41	1,98
Total	2074	100,00

Fuente: Puesto de Salud de Huancaraylla, Circamarca y Llusita 2005

CUADRO 8: TASA DE MORTALIDAD DEL DISTRITO DE HUANCARAYLLA

Población	Tasa General	Infantil	Materno	Nacimiento
	%	%	%	%
Circamarca	0	0	0	8
Huancaraylla	3.76	1	0	10
Llusita	4.05	0	0	10

Fuente: Puesto de Salud de Huancaraylla, Circamarca y Llusita 2005

CAPITULO II

CENTRO DE EJERCICIO PROFESIONAL

2.1.1. Perfil Requerido

Experiencia laboral general de seis (06) meses.

Experiencia laboral específica de seis (06) meses en temas relacionadas con primera infancia y/o niñez y/o adolescencia y/o familias y/o comunidad en el sector público y/o privado y de diversos contextos culturales.

2.2. PERFIL PROFESIONAL INSTITUCIONAL

Egresado Universitario en Educación Inicial, Educación Primaria y/o Educación Secundaria con especialidad en Ciencias Sociales, Historia y/o Lengua y Literatura, Educación Especial, Educación Física, y/o Sociología, Trabajo Social, Antropología, Psicología, Medicina Humana (Médico Cirujano), Obstetricia, Enfermería y/o Título de Instituto Superior Pedagógico en Educación Inicial, Educación Primaria y/o Educación Secundaria con especialidad en Ciencias Sociales, Historia y/o Lengua, Comunicación y Literatura, Educación Especial, Educación Física y/o Título en carreras técnicas superior: Enfermería, Farmacia, biología.

2.2.1. Características del Puesto y/o Cargo

- ✦ Ejecutar las sesiones de socialización con el apoyo del facilitador/a y realizar las visitas de acompañamiento al Facilitador/a.

- ✦ Capacitar y brindar asistencia permanente a los facilitadores/as, para el desarrollo de las visitas al hogar, así como a los miembros del Comité de Gestión, para el funcionamiento del servicio, vigilancia comunitaria y elaboración de propuestas comunales a favor de la primera infancia.
- ✦ Laborar en zonas rurales de alta dispersión dentro y fuera de la provincia y/o distrito, según disposición del Programa Nacional Cuna Más.
- ✦ Registrar y actualizar en el Sistema de Información del SAF información de las familias y actores comunales de los Comités de Gestión a su cargo.
- ✦ Analizar y elaborar reportes mensuales sobre las actividades asignadas; siendo responsable de toda la información de los Comités de Gestión a su cargo.
- ✦ Realizar la focalización, afiliación de las familias usuarias, conformación del Comité de Gestión y selección de facilitadores/as para promover la cogestión del servicio.
- ✦ Coordinar con las instituciones, programas y sectores presentes en la localidad como Gobiernos Locales, Salud, Educación, y Programas Sociales u otros para optimizar la intervención del PNCM.
- ✦ Realizar seguimiento del desarrollo del niño y las prácticas de cuidado y aprendizaje de las familias de manera conjunta con el facilitador/a.
- ✦ Coordinar y dar cuenta de las actividades realizadas al Coordinador/a del Servicio de Acompañamiento a Familias de la Unidad Territorial correspondiente.

- ✦ Otras funciones asignadas por el Jefe inmediato, relacionadas a la misión del puesto.

Funciones:

- 1) Dinamizar acciones de gestión para promover la participación comunitaria como elemento clave para asegurar la sostenibilidad no solo del Programa Nacional Cuna Más sino de la atención a la primera infancia en ámbitos rurales.
- 2) Asesoramiento a los líderes y autoridades locales para la constitución de los Comités de Gestión, Consejos de Vigilancia y facilitadores/as.
- 3) Elaborar un mapeo de organizaciones e instituciones existentes en los ámbitos de intervención local.
- 4) Elaborar los expedientes técnicos del proceso de focalización para la suscripción del convenio entre el Comité de Gestión y el PNCM.
- 5) Planificación, organización y ejecución de acciones de capacitación dirigida a los miembros del Comités de Gestión y Consejo de Vigilancia.
- 6) Promover la articulación de las organizaciones comunales con iniciativas públicas y privadas y de la sociedad civil.
- 7) Seguimiento a las acciones proyectadas en el plan anual de los Comités de Gestión a su cargo.
- 8) Coordinación con las instituciones, programas y sectores presentes en la localidad como Gobiernos Locales, Salud, Educación, y Programas Sociales u otros para optimizar la intervención del PNCM.

- 9) Registrar y actualizar permanentemente la base de datos de los actores comunales a su cargo, de las familias y otros relacionados al servicio.
- 10) Seguimiento a los casos de riesgo detectados en las familias para su derivación a las Instituciones competentes.
- 11) Coordinar con el equipo del servicio de acompañamiento a familias que opera en la zona para promover acciones conjuntas y fortalecer la calidad del servicio.
- 12) Participación en reuniones técnicas y de capacitación del equipo técnico de la Unidad Territorial y/o Sede Central.
- 13) Otras actividades que se le asignen bajo su responsabilidad.

2.3. DESCRIPCIÓN DE LA INSTITUCIÓN DE DESEMPEÑO

El Programa Nacional Cuna Más es un programa social focalizado a cargo del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), cuyo objetivo es mejorar el desarrollo infantil de niñas y niños menores de 3 años de edad en zonas de pobreza y pobreza extrema, para superar las brechas en su desarrollo cognitivo, social, físico y emocional.

Visión

Lideramos el diseño e implementación de servicios pertinentes y de calidad para la atención integral de la primera infancia, contribuyendo a desarrollar al máximo las potencialidades de las niñas/os menores de tres años de edad, en particular en zonas de pobreza y pobreza extrema.

Misión

Brindar servicios para la atención integral de calidad y pertinente a

niñas/os menores de tres años en zonas de pobreza y pobreza extrema, que permitan cultivar y guiar cuidadosamente su potencial intelectual, emocional, social y moral; guiados con una perspectiva de interculturalidad, equidad, derechos y ciudadanía; y con el sustento de la cogestión con la comunidad.

Asimismo, la citada norma, señala que el PNCM brinda sus servicios a través de las siguientes modalidades, las que tendrán un enfoque intercultural:

Cuidado Diurno:

Es la modalidad que brinda un servicio integral a niñas y niños de entre 6 a 36 meses de edad que requieren la atención en sus necesidades básicas de salud, nutrición, seguridad, protección, afecto, descanso, juego, aprendizaje y desarrollo de habilidades.

Acompañamiento a Familias:

Es la modalidad que se realiza mediante visitas a hogares y sesiones grupales con madres gestantes, niñas y niños menores de 36 meses y sus familias en Centros de Acompañamiento a Familias, acondicionados por el Programa, para mejorar los conocimientos y prácticas de las familias para el cuidado y aprendizaje infantil.

Finalmente, es necesario señalar que en las disposiciones complementarias del mencionado decreto supremo, se dispuso que los servicios del PNWW se incorporan al PNCM, extinguiéndose el primero de los nombrados. Asimismo, los servicios incorporados se reorientan y reformulan progresivamente en el marco del proceso de evaluación y reorganización de los programas del MIDIS.

2.4. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DONDE DESARROLLO EL EJERCICIO PROFESIONAL

I. OBJETIVOS

1.1. Objetivo General

Describir y analizar los conocimientos y actitudes de las madres sobre nutrición infantil. Comunidad de Huancaraylla – Fajardo - Ayacucho, 2010.

1.2. Objetivos Específicos

- ✓ Identificar y describir los conocimientos de las madres beneficiarios del PNWW sobre nutrición de niños menores de 4 años en la comunidad de Huancaraylla.
- ✓ Reconocer y describir las actitudes de las madres beneficiarios del PNWW sobre la nutrición de los niños menores de 4 años en Huancaraylla.
- ✓ Describir las percepciones de los representantes institucionales frente a la nutrición infantil en Huancaraylla.
- ✓ Recomendar soluciones potenciales para el levantamiento de propuestas de intervención estratégica en aspectos de nutrición infantil.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. Tipo de estudio

Basado en la naturaleza del problema y objetivos planteados, el presente estudio se ha desarrollado bajo un diseño metodológico de tipo cualitativo exploratorio en base a grupos focales, entrevistas en profundidad y encuestas semi-estructuradas. Se realizó en dos fases: Una fase cualitativa de carácter exploratorio, desarrollada

entre los meses de Enero y Mayo del 2010, y una fase cuantitativa en el mes de Junio a Agosto del mismo año, en base a una encuesta elaborada a partir de la información obtenida en la primera fase.

Estas fases estaban orientadas a captar la profundidad de los fenómenos, permitiendo complementariedad y una aproximación a la realidad desde ambos ángulos para la presentación del estado actual de conocimientos y actitudes de las madres beneficiarias del PNWW sobre nutrición infantil en la comunidad de Huancaraylla entre los meses de Enero a Mayo del 2010.

2.2. Descripción del área

El presente trabajo se llevó a cabo en la comunidad de Huancaraylla que se encuentra ubicada geográficamente en el distrito del mismo nombre, al noroeste de la provincia de Huancapi, departamento de Ayacucho.

2.3. Población de estudio

La población considerada para este estudio está constituida por el total de familias (286), de la cual se seleccionó tres grupos focales constituidos por 10 a 12 madres beneficiarios del PNWW, 04 informantes claves para entrevistas en profundidad representantes de diversas instituciones y 50 familias por muestreo no aleatorio.

La unidad de análisis en la fase cuantitativa fue la familia y la unidad de muestreo fue la vivienda. Cabe resaltar los criterios de inclusión: familias que cuenten con niños menores de 4 años de edad que se encuentren en el PNWW y residentes en la zona por tres años como mínimo.

2.4. Enfoque metodológico

2.4.1. Enfoque cualitativo

El abordaje cualitativo ha permitido un acercamiento profundo desde la cotidianidad, en áreas y temas de no frecuente acceso, motivando el intercambio de opiniones, ideas, percepciones, sentimientos, experiencias y creencias, ayudando a profundizar la complejidad de los fenómenos.

En base al tema inicial de la experiencia y continuo del objeto de estudio se han trabajado las siguientes categorías:

- Situación familiar y socioeconómica de las familias usuarias del Programa Nacional wawa wasi, que describe características como: edad de las madres participantes, nivel de educación y la ocupación o actividad relacionados a conocimientos y actitudes sobre la nutrición infantil a nivel local.
- Características de la alimentación en la familia usuarias del programa Nacional wawa wasi, que describe a la nutrición con relación a los problemas, logros y costumbres ancestrales de los pobladores de la comunidad, los conocimientos de las madres y percepción de informantes claves sobre nutrición infantil en la comunidad.
- Lactancia materna exclusiva de las madres que sus niños son beneficiarios del programa nacional wawa wasi, que describe los conocimientos y percepciones sobre el empleo del calostro por un lado y la lactancia materna exclusiva por otro lado, que implica desde el nacimiento hasta los 6 meses, que caracteriza concepciones y prácticas locales.
- Lactancia materna y alimentación complementaria del niño, tomando en cuenta el rol social que cumple el niño dentro del grupo familiar. Se incluyó la forma conceptual y actitudinal relacionada a la lactancia materna más la alimentación complementaria, empleo del biberón, frecuencia y consistencia

del alimento en la nutrición infantil en las familias que cuentan con sus niños en el programa nacional wawa wasi.

- Alimentación de un niño durante la enfermedad, describe los conocimientos frente a la alimentación de un niño durante la enfermedad en relación con la frecuencia, consistencia y tipo de alimentos empleados por familias que pertenecen al Programa nacional wawa wasi.

2.4.1.1. Métodos y Técnicas

Para los fines del estudio se aplicó 2 técnicas de investigación:

a) Entrevistas grupales focalizadas (grupos focales): Se ha utilizado tres grupos focales conformados de 10 a 12 madres y dividido en dos grupos etareos: madres de 14 a 35 años y madres de 36 a 45 años de edad, considerados válidos de acuerdo a los estudios referenciales de piloto. Los criterios de selección consideraron que sean madres de niños de 6 a 36 meses beneficiarios del Programa Nacional wawa wasi y de 37 a 48 meses con antecedentes de haber sido beneficiarios de este programa, teniendo en cuenta las experiencias y características similares

Los instrumentos fueron validados tomando como referencia los estudios realizados en los centros piloto de las comunidades de Cayara y Pachahuayhua, lo que posibilitó su adecuación al lenguaje y códigos de la zona.

Para ubicar a las personas que cumplieran con los requisitos necesarios como integrantes del grupo, se ha requerido la participación de los Prestadores de Servicios de Salud de la zona, teniendo el criterio de madres con permanencia por más de 3 años y de igual modo se ha empleado la técnica de “bola de nieve”.

La “bola de nieve” es el método por el cual una vez ubicado a una persona con las características requeridas, se le pide que identifique a otra persona que cumpla con los requisitos necesarios. En el grupo no se incluye más de dos personas que tuvieran una relación previa.

A todos los participantes se les aplicó previamente un pequeño cuestionario denominado ficha de reclutamiento, destinado a conocer sus hábitos, además de los datos de control necesario para su calificación e inclusión en el grupo.

Durante la reunión se empleó una guía elaborada y validada sobre la base de los objetivos del estudio y una idea rectora orientada a la investigación. La conducción de grupo fue a cargo de un animador y un relator con experiencia en trabajos con grupos focales, dominio bilingüe (quechua-castellano), conocimiento de la etnografía y cosmovisión de la zona de estudio.

El animador con la ayuda de la guía de investigación y con la libertad que le caracteriza condujo el debate motivando un ambiente dinámico entre los participantes del grupo: cada miembro opinó, comentó, amplió e incluso cuestionó a otras personas miembros del grupo; el conductor controló en el momento los riesgos presentes en el grupo (las personas que hablan mucho, las que son muy tímidas, las que dominan al grupo y las que cambian de tema). Vale notar aquí que las discusiones producen dos tipos de datos: lo que dice la gente (concepciones y lenguajes locales), pero también datos de observación sobre los comportamientos y las interacciones de los participantes durante la discusión (risas, sonrisas, molestias, etc.)

El relator fue el responsable del registro de la entrevista.

b) Entrevistas individuales en profundidad: Las entrevistas

cumplieron la finalidad de complementar o contrastar la información obtenida durante las entrevistas grupales, buscando lograr un panorama más completo desde la percepción de la realidad del ámbito estudiado.

Las entrevistas en profundidad fueron hechas a los personajes claves. En este caso se tomó en cuenta un representante del Ministerio de Salud, dos representantes de Ministerio de Educación (Educación Primaria y Secundaria y un representante de la Municipalidad distrital de Huancaraylla. Los informantes fueron seleccionadas bajo los siguientes criterios: permanencia por más de 3 años residiendo en la zona, conocimiento de la realidad alimentaria y nutricional de la familia y con poder de influencia para la toma de decisiones o acciones en lo referente al problema en estudio.

La entrevista se llevó a cabo individualmente de una manera informal, basándose en una guía, en otras palabras fue un diálogo. Los resultados obtenidos desde la percepción de cada uno de los entrevistados fueron empleados en la interpretación de las variables, profundizando los datos obtenidos en las entrevistas grupales.

2.4.2. Enfoque cuantitativo

El aporte cuantitativo ha estado orientado a determinar la magnitud de algunos indicadores así como identificar frecuencias y porcentajes de ocurrencia de algunos fenómenos en estudio.

2.4.2.1. Variables de estudio

Entre las variables utilizadas se encuentran:

- Situación familiar y socioeconómica, que identificó datos de la persona entrevistada, edad, grado de instrucción, la ocupación

o actividad que ejerce y composición familiar hijos menores de 5 años en la familia.

- Características de la alimentación en la familia, que identificó a la persona que recibió el mejor plato de comida y el orden de servicio del alimento en el hogar.
- Lactancia materna exclusiva, que describe el empleo del calostro y la lactancia materna exclusiva (conocimientos y prácticas).
- Lactancia materna y alimentación complementaria de un niño, que describe los beneficios de la leche materna en el lactante, inicio de la alimentación complementaria, características y frecuencia de la alimentación complementaria, productos alimenticios empleados para mejorar la consistencia.
- Alimentación del niño durante la enfermedad, que describe la frecuencia de la alimentación, consistencia del alimento, y productos alimenticios empleados en la preparación del alimento del niño durante la enfermedad.

2.4.2.2. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Esta información se ha recogido a través de la técnica de la encuesta semi estructurada, que ha concedido un abordaje básico de los conocimientos sobre alimentación y nutrición infantil, permitiendo con ello mayor libertad para dar la información que considere pertinente la entrevistada.

El instrumento utilizado se denomina ficha de encuesta nutricional. A través de este formato se recogió datos de identificación y de aspectos socio demográfico, conocimiento y actitudes sobre nutrición infantil. Constó de las siguientes partes: datos generales, características de la alimentación en la familia, lactancia materna

exclusiva y alimentación complementaria, alimentación de un niño sano, y alimentación del niño durante la enfermedad.

Los instrumentos fueron validados en los centros piloto mencionados en el enfoque cualitativo.

El equipo de campo estaba conformado por profesionales de salud bilingües (quechua y castellano), con cercanía etnocultural de la zona y experiencia en manejo nutricional en zonas rurales andinas.

La recolección de la información se inició previo consentimiento de las autoridades, explicaciones a la comunidad y bajo una coordinación con el Centro de Salud de la zona, quien apoyó durante la aplicación del presente trabajo.

Luego se procedió a la identificación domiciliaria de las familias con niños entre 6 a 48 meses de edad, dando inicio con la revisión del registro de familias, mapa comunal y referencias de Prestadores de Servicios de Salud. Elaborándose el marco muestral de las madres y de su ubicación con relación a los sectores comunales, a la fecha de Agosto del 2010.

La comunidad de Huancaraylla, posee 3 comunidades Huancaraylla, Circamarca y Llusita de los cuales cuentan con barrios vecinales. Para efectos de este trabajo se designó a los personales de cada comunidad, quienes aplicaron la guía para recopilar la información empírica “cara a cara”; el procedimiento consistió en visitar casa por casa a la familia unidad de análisis, siguiendo el mapeo comunal.

2.4.2.3. Técnicas de consolidación y procesamiento

La información cuantitativa recolectada fue codificada, luego ingresada a través del programa Epiinfo 6.4 para posteriormente ser procesado por el programa SPSS 7.5.

Para el análisis de la información se determinaron estadísticas descriptivas (frecuencias y porcentajes de ocurrencia de un fenómeno).

III. RESULTADOS

Probablemente, el período de vida más importante de la alimentación es durante los tres primeros años, en virtud de la necesidad de mantener un acelerado crecimiento por lo que los requerimientos nutricionales en esta etapa sean mayores que en cualquier otro momento del desarrollo y que durante esta edad el niño está expuesto en mayor medida a las enfermedades infecciosas.

Los resultados de la exploración realizada sobre los conocimientos y actitudes de las madres beneficiarias estudiadas alrededor de la alimentación del niño se han organizado en tres secciones:

- La primera expone sobre las características en la alimentación de la familia donde también está incluido algunos datos socioculturales.
- La segunda sección presenta los conocimientos y actitudes sobre la lactancia materna exclusiva, la ablactancia y alimentación de un niño sano.
- La tercera está orientada básicamente a conocimientos y actitud relacionada a la alimentación de un niño menor de 60 meses durante la enfermedad.

3.1. Situación familiar y socioeconómica

La siguiente cuadro N° 1 describe en términos proporcionales la información obtenida sobre aspectos socioculturales, contexto y características en la alimentación de la familia beneficiaria del programa nacional wawa wasi.

CUADRO 9: NIVEL EDUCATIVO DE LAS MADRES ENCUESTADAS DEL DISTRITO DE HUANCARAYLLA DEL PNWW

Nivel de educación	f	%
Sin Instrucción	9	18,00
Primaria Incompleta	24	48,00
Primaria completa	10	20,00
Segundaria Incompleta	5	10,00
Segundaria Completa	2	4,00
TOTAL	50	100,00

Fuente: Encuesta aplicada a las madres beneficiarias del PNWW.

En el cuadro se demuestra que el 48% de las madres del PNWW tienen un nivel educativo de primaria incompleta, 20% primaria completa y 18% no tiene instrucción.

Una mayoría de madres entrevistadas integrantes de grupos dinámicos fluctuantes entre 14 a 35 años coinciden en opinar que el ingreso a Centros Educativos en edades mayores y la falta de interés en aprender las enseñanzas impartidas por los docentes determina el nivel educativo que poseen. De igual modo asumen las entrevistadas que el Centro Educativo es el lugar donde se conocen con sus futuros esposos y a ellos se incluye la participación de estudiantes en algunas fiestas costumbristas como “paseo” o fiesta de adolescente como lo denominan:

“...porque se casan muy ‘chibolos’,... nosotros vemos como padres que la escuela es el lugar donde se conocen y se comprometen a sus parejas y después sin hacer caso a sus padres ya se escapan a las ciudades u otros lugares por que los padres se molestan, ... ya vuelven con sus ‘wawas’ ... y ya no quieren estudiar”. (Opinión coincidente de grupo, Huancaraylla octubre 2010).

Las madres del grupo focal integrado entre 36 a 45 años de edad describieron el rol que cumplen el niño y la niña desde muy pequeños en la familia: las responsabilidades que toman en el cuidado de sus hermanos menores, casi como el papel de una madre en la casa y las actividades de pastoreo. De igual modo

fundamentaron: *“a las mujeres, nuestras madres nos hacen acostumbrar desde chiquitas a tener mucho trabajo,... tenemos que preparar la comida, tenemos que estar hilando, tenemos que llevar comida a la chacra para los que trabajan... y el varón sólo te está pidiendo desayuno, almuerzo o cena y el ‘wawa’ está llorando...”*,

“... a los varones nuestros padres al menos educan más, porque tienen que ser autoridades en nuestra comunidad...”.

Presentamos algunas versiones de las madres:

“...muchas veces las madres fallecemos y quien debe encargarse de nuestros hijos, sólo es la hija mujer,... yo cuando era ‘chiquita’ falleció mi mamá, tenía que quedarme en la casa dejando de estudiar y con qué tiempo voy a estudiar...” (Huancaraylla, octubre del 2010; madre integrante de grupo focal).

“Cuando empezamos a estudiar con mi hermano, veníamos desde nuestro ‘hatos’ (vivienda en la puna donde cuidan animales) y en la escuela no teníamos nada más que ‘canchita’ y ‘motecito’ de maíz para comer y así no podíamos estudiar, ... entonces mi papá nos sacaron de la escuela diciendo...¿acaso vas a perder de ser ‘profesora’?, por eso no hemos seguido nuestro estudio...” (Huancaraylla, octubre del 2010; madre integrante de grupo focal).

Del mismo modo, las costumbres ancestrales como “paseo” o fiestas de adolescentes como ellos denominan, son factores coadyuvantes de la deserción escolar y matrimonios a temprana edad. Madres integrantes del grupo niegan haber participado alguna vez en dichos encuentros juveniles; sin embargo, una madre nos explica de dicha costumbre:

“... ‘paseo’ es una costumbre que es desde nuestros abuelos... un grupo de jóvenes solteros deciden citar a otro grupo de ‘sipas’ o amiguitas solteras a un lugar lejano y solitario... y determinan la hora de encuentro, donde se inicia la fiesta más o menos las nueve de la noche, cantando y bailando en ‘Pum Pim’ (música típica de dicha fiesta) con ‘guitarra’,... tomando el calentado fuerte (alcohol etílico diluido con limón en agua de alguna hierva) que es ofrecido por una comisión que siempre es a cargo del más joven y principiante de uno de los integrantes en ahí, se emborrachan demasadamente, pero más le hacen tomar a las mujeres, la fiesta termina más o menos a las cuatro de la mañana antes que cante el gallo, los varones devuelven a sus parejas antes que se despierten sus padres para que no se den cuenta...”. “En esa

fiesta los jóvenes cuando toman se aprovechan de las mujeres, a veces las mujeres salen gestando, y cuando nace su 'wawa' echa la culpa a uno y otro varón quedando responsable tal vez un inocente... por eso, no es bueno la 'paseo'..." (Huancaraylla, octubre del 2010; madre integrante de grupo focal).

Docentes participantes en entrevistas en profundidad del Colegio de Menores "Guaman Poma" de Huancaraylla coincidieron que la prioridad de educación estaba dada dependiendo por cómo el padre orientaba a sus hijos y qué importancia tenía la educación para los padres de bajos niveles de instrucción. Es obvia la falta de interés de los padres para educar a sus hijos observándose en la comunidad la prevalencia de padres con bajos niveles de instrucción.

De las versiones de las madres integrantes de grupos focales y docentes entrevistados coinciden en que los padres son aquellos que no tienen mayores intereses por la educación de las hijas, a lo que perciben como pérdida de tiempo el educar a una hija; asimismo, la recargada labor de las hijas hace que la niña ingrese a edades mayores al Centro Educativo. En los niños todavía hay un cierto interés por que al menos ellos serán autoridades comunales y para ello deben estudiar a lo menos primaria completa.

"Los padres no toman importancia en la educación... hay desertión de los estudiantes en primaria y secundaria; en el colegio con mayor precisión diríamos que el 25% de los alumnos desertan...", "las mujeres son para la casa y los varones para el estudio,... dicen los padres en la comunidad..." (Profesora del Colegio "Guaman Poma" de Circamarca, octubre 2010).

"Aquí, las alumnas ingresan a la escuela a mayor edad (10 a 12 años) y son marginados por los alumnitos en edad escolar normal y ellas generalmente sienten miedo. A ello agregamos el bajo rendimiento y finalmente terminan retirándose solas..." (Profesor del Colegio "Guaman Poma" de Circamarca, octubre 2010).

"los matrimonios a temprana edad podríamos relacionar con la forma de vivir en los hogares- una sola habitación es empleado para el dormitorio de toda la familia- con lo que despierta la inquietud sexual de los niños y puesta en práctica en las fiestas nocturnas de 'paseo' y el contacto social con sus compañeritos en el salón..." (Coinciden los docentes del Colegio "Guaman Poma"

de Circamarca, octubre 2010).

“Pareciera, que el centro educativo es el lugar donde nace el amor, y a temprana edad se enamoran para luego escaparse la pareja a las ciudades como Lima; enterado la noticia los padres del varón se responsabilizan de conversar con los padres de la mujer, con lo que se da el inicio de la convivencia por un período aproximado de tres años que termina con matrimonio... causa principal de madres de educación primaria y secundaria incompleta...” (Profesor del Centro Educativo Huancaraylla, octubre 2010).

Así mismo, nos inquietó entrevistarle a un jovencito, alumno de cuarto grado de educación secundaria, quien nos muestra un enfoque, que complementa a las versiones de la madre anterior sobre ‘paseo’ al que también se atribuye como factor determinante en el nivel de instrucción de la población:

“... ‘paseo’ es una ‘jarana’ (fiesta) de adolescentes que termina en relaciones sexuales con sus parejas u otros que abusan a las chicas, luego hacen regresar a sus casas antes que sus padres se despierten... y se quedan dormidos como muertos hay veces con sus ojos hinchados debido a los problemas y que al ‘huasquearse’ no sentían el dolor pero de sano si sienten el dolor... si son estudiantes no van a sus clases por que se han quedado dormidos hasta las diez de la mañana o más ... ‘paseo’ es un vicio para algunos pero para algunos no, pero al gustar a salir se hacen viciosos, casi la mayoría de los jóvenes y señoritas salen. Es una diversión de la etapa de adolescencia... se gozan diciendo, después de casarme no saldré...” (Alumno entrevistado de colegio “Guaman Poma” de Circamarca octubre 2010).

CUADRO 10: OCUPACIÓN Y/O ACTIVIDAD DE LAS MADRES BENEFICIARIAS DEL PNWW DEL DISTRITO DE HUANCARAYLLA

Ocupación y/o actividad	f	%
Comerciante	3	6,00
Casa/chacra/pastoreo	43	86,00
Estudiante	4	8,00
TOTAL	50	100,00

Fuente: Encuesta aplicada a las madres de Huancaraylla.

En cuanto a la ocupación y/o actividad de la madre se encontró que

el 86% de las madres tienen como actividad principal la casa, chacra y pastoreo, lo cual indica que las madres comparten sus actividades del hogar con las labores agrícolas, un menor porcentaje (6%) al comercio y un 8% son estudiantes básicamente primaria y algunas de ellas secundaria.

“...Ejemplos observados en el colegio, nos hace ver que las alumnas llegan a embarazarse, se retiran con las mismas del estudio y se ponen a ejercer labores domésticos en el hogar...algunos ya también se dedican a actividades principales de la comunidad como pastoreo y apoyos en la agricultura a sus padres y que finalmente son miembros de una nueva familia...” (Profesora del colegio “Guaman Poma” de Huancarylla, octubre 2010)

“...Estos últimos años, aún más se aumentó nuestros trabajos, con los problemas del terrorismo que hemos pasado, de algunos nuestros esposos han muerto y quiera o no quiera debemos trabajar más en la Chacra para dar de comer a nuestros hijos pequeños...” (Circamarca octubre del 2010; madre integrante de grupo focal).

La alta frecuencia con que las madres se desplazan a cumplir sus labores agrícolas y de pastoreo, mas antes que el programa nacional wawa wasi se instalara en la comunidad las madres se dirigían a trabajar llevando a cuestas a sus menores hijos, representa un riesgo importante de exposición a gérmenes y de contraer infecciones por efectos climatológicos, hoy en día dejan a sus menores niños en el wawa wasi evitando todo los riesgos.

CUADRO 11: COMPOSICIÓN FAMILIAR DE LAS MADRES BENEFICIARIAS DEL PNWW DEL DISTRITO DE HUANCARAYLLA

Niños(as) menores de 4 años en la familia	f	%
1 niño	28	56,00
2 niños	18	36,00
3 niños	4	8,00
TOTAL	50	100,00

Fuente: Encuesta aplicada a las madres de Huancaraylla.

De los resultados mostrados en el Cuadro N° 3 se aprecia que un

36% de las madres encuestadas refieren tener 2 niños menores de 5 años en el hogar y un 8% 3 niños inclusive, lo que hace suponer un período intergenésico menos de 2 años. Sin embargo el tener bastantes hijos en la familia es apreciado en relación con la fuerza de producción agrícola requerida, porque después de una cierta edad cada uno de ellos cumple un rol, ya sea en la agricultura con actividades “sencillas” como echar semilla u otros como el cuidado de animales en el campo (pastoreo). Además agregan, que el tener hijo no es decisión de una pareja, sino, es cumplir tarea de nuestro creador (Dios). Planteamientos como aquellos, están directamente relacionados con la edad de las madres participantes que fluctúan entre 36 a 45 años.

En contraste con las madres entre 36 y 45 años, las madres entre 16 a 35 años de edad están informadas con los beneficios de la planificación familiar y analizan la importancia de tener hijos con períodos intergenésicos mayores de 2 años.

Testimonios identificados en el estudio afirman:

“...Yo tengo un hijito, pienso tener sólo dos... para tener muchos hijos en esta vida hay que pensar, nuestros hijos ya no deben ser campesinos como nosotros, sufriendo en la chacra o con los animales en las punas, para eso señoras madres hay que educar a nuestros hijos...” (Huancaraylla, octubre del 2010; madre integrante de grupo focal)

“... Cuando uno tiene hijos seguiditos, las mujeres somos los que sufrimos, todo el rato cuidando nuestros hijos, mientras los hombres se ‘gozan’ en las fiestas, se levantan y se van tranquilos, a ellos no les fastidia, y si le dices ayúdame te contesta... pensando bien habrás tenido... además nos dicen que una mujer con marido debe estar cargando ‘wawa’ sino es una cualquiera...” (Huancaraylla, octubre del 2010; madre integrante de grupo focal).

“...Antes no había ni la planificación familiar, ni siquiera buena atención en la posta y si pensábamos en hacernos curar para ya no tener hijo, nuestras suegras nos decía que eso es malo y teníamos hijos como animales... yo tengo nueve hijos de ellos sólo viven seis y tres han muerto...” (Llusita, octubre del 2010; madre de 40 años integrante de grupo focal).

De las madres integrantes de grupos focales entre 36 a 45 años de edad, tienen en común que en un 35% de sus hijos han fallecido con enfermedades diversas, debiendo presumirse como causa de la mortalidad también la desnutrición.

Asimismo, es claro lo que manifestaron las madres que tienen hijos no deseados como causa de la violencia conyugal.

3.2. Características de la alimentación en la familia

CUADRO 12: MIEMBRO DE LA FAMILIA QUE RECIBE LA MEJOR COMIDA (EL MEJOR PLATO DE COMIDA) EN EL HOGAR

¿Quién debe recibir la mejor comida en el hogar?	f	%
Mujer embarazada	8	16,00
Madre lactante	1	2,00
Esposo	18	36,00
Niños mayores de 5 años	5	10,00
Niñas menores de 5 años	9	18,00
Niños de menores de 5 años	9	18,00
TOTAL	50	100,00

Fuente: Encuesta aplicada a las madres de Huancaraylla.

En el cuadro N° 4 se observa que el 36% de las madres encuestadas consideran que la mejor comida debe ser destinada al esposo y el 18% a los niños y niñas menores de 5 años. Desde luego el dato de importancia es también que 1 de cada 6 madres entrevistadas conocen la importancia de la alimentación en el periodo del embarazo.

De lo que se asume que 5 de cada 6 madres se encuentran en alto riesgo nutricional durante el embarazo.

Resultados de la entrevista a madres integrantes a grupos focales nos indica:

“...El mejor plato se le sirve al esposo, porque es quien trabaja

para comer, además él es jefe representante de nuestro padre... las embarazadas comemos normal como siempre lo hacemos y otros ni siquiera comen bien, sólo comen caldito para que el 'wawa' no crezca mucho y no agüe sufrir en el parto..." (Circamarca, octubre del 2010; madre integrante de grupo focal).

"...la comida con bastante carne cuando hay y en plato grande se le sirve primero a los suegros, si recién te has juntado con tu esposo... si te separaste de tus suegros tienes que dar al esposo, luego al hijo mayor de acuerdo a la edad y cuando se embarazan casi no se come por la náusea que tienen..." (Circamarca, octubre del 2010; madre integrante de grupo focal)

"...a nosotros cuando gestamos, todavía no nos dejan de comer algunas partes de la carne como 'wichqaqnin' (diafragma), porque no puedes dar luz porque te va tapar tu parte y vas a morir (relacionado con placenta previa)..." (Llusita, octubre del 2010; madre integrante de grupo focal).

"...las comidas con bastante sal, no se come porque nuestro cuerpo se hincha, tampoco no se toma alcohol por que puede dañar a nuestro 'wawa' en la barriga..." (Circamarca, octubre del 2010; madre integrante de grupo focal).

Por un lado, los personajes claves entrevistados, opinaron coincidentemente, que la mejor alimentación está dirigido a los responsables del hogar, sea esto el padre o el hijo varón mayor quien sustituye la responsabilidad durante el viaje o la muerte; de igual modo las madres mismas hacen acostumbrar de generación en generación esta prioridad en la alimentación familiar. Algunas versiones nos exponen que:

"...El primero, la mejor comida o el mejor plato se le sirve al jefe del hogar, en este caso al padre; si el padre fallece dicho lugar es ocupado por el hijo varón y mayor ósea del mismo sexo, sin tener en cuenta a la mujer sea ella mayor o menor, se termina de servir último en el orden y generalmente muy poco al niño más pequeño y finalmente termina sirviéndose la madre... por ejemplo en una fiesta o alguna invitación siempre se acostumbra servir primero al más 'viejo' o anciano que resalte en la familia o caso contrario a la autoridad de mayor peso (alcalde) y la mejor presa, luego a otros invitados según importancia que tenga en la comunidad o familia...". (Personal representante del Centro de Salud Llusita, octubre 2010)

"...El hígado y el bazo no debe comer una embarazada, porque el niño puede nacer negro o con labios negros; la diafragma conocido como 'huichaq', es también prohibido porque cuando

comen esta parte no pueden dar luz...” (Profesor representante del Centro Educativo N° 38126 de Circamarca, octubre 2010).

CUADRO 13: MIEMBRO DE LA FAMILIA QUE RECIBE PRIMERO LA COMIDA EN CASA (ENCUESTA APLICADA A LAS MADRES EN LA COMUNIDAD DE HUANCARAYLLA –2010)

¿A quién se le sirve primero la comida en la casa?	Primero		Segundo		Tercero		Cuarto		Quinto		Ultimo	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Padre	32	64	11	22	3	6	1	2	1	2	0	0
Niña menor de 5 años	3	6	6	12	5	10	3	6	7	14	0	0
Niño menor de 5 años	12	24	10	20	6	12	13	26	0	0	1	2
Hijos mayores de 5 años	2	4	13	26	6	12	5	10	1	2	0	0
Hijas mayores de 5 años	0	0	8	16	15	30	1	2	2	4	0	0
Otros	1	2	1	2	5	10	1	2	2	4	0	0
Madres	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	49	98
TOTAL	50	100	50	100	40	80	24	48	13	26	50	100

Fuente: Encuesta aplicada a las madres de Huancaraylla 2010

Según la encuesta el 64% de las madres refieren que el primero que recibe la comida es el padre, seguido de los hijos mayores de 5 años y la última en recibir el alimento es la madre en un 98%.

De los resultados de los cuadros anteriores podemos deducir que existe preferencia de las madres en servir el mejor plato de comida y ser el primero en recibir la comida es el esposo, reflejando que es común valorar a los varones como fuerza del trabajo, postergando a los niños.

En el estudio se identificaron los siguientes testimonios que confirman los resultados observados:

“...Yo le sirvo primero a mi esposo porque es mayor y es la costumbre, para que vaya rápido a la chacra a trabajar, después los hijos dependiendo de su edad de mayor a menor sea hombre o mujer y último me sirvo Yo...” (Circamarca, octubre del 2010; madre integrante de grupo focal)

“... Yo sirvo primero a mis hijitos menores para que no lloren de hambre y después a mi esposo, a mis hijos y última me sirvo yo...” (Circamarca, octubre del 2010; madre integrante de grupo focal).

3.3. Lactancia materna exclusiva, lactancia materna y alimentación complementaria de un niño.

Los patrones de alimentación del niño influyen en su estado nutricional, el que a su vez condiciona el potencial de desarrollo y crecimiento. En este sentido, la práctica de la lactancia materna provee a los infantes de nutrientes adecuados y les brinda inmunización para un gran número de enfermedades comunes en la infancia; la lactancia materna es en sí misma es el mejor alimento y bebida posible para un bebé.

Ningún otro alimento o bebida es necesaria hasta aproximadamente los primeros seis meses de vida, los bebés deben ser amamantados exclusivamente, significando que recibirán solamente leche materna, ni siquiera agua, por alrededor de los primeros seis meses de vida. Por el contrario, puede ser dañino, introduciendo gérmenes, fomentando alergias y llenando el estómago de forma que los infantes tomarán menos leche materna. Esto implica que, el inicio temprano de la complementación alimentaria sin las medidas de higiene y esterilización adecuadas, limita lo valioso de la lactancia materna exclusiva al ponerse al niño en contacto con sustancias contaminadas en el ambiente. Los hábitos de la lactancia y la alimentación complementaria están, pues, muy relacionados con los riesgos de enfermedad y muerte y con grado de nutrición.

CUADRO 14: CONTEXTURA (GORDITO O FLAQUITO) DEL RECIÉN NACIDO (ENCUESTA APLICADA A LAS MADRES EN LA COMUNIDAD DE HUANCARAYLLA –2010)

¿Cómo nació su niño (gordito o flaquito)?	f	%
Gordito	23	82,14
Flaquito	5	17,86
TOTAL	28	100,00

Fuente: Encuesta aplicada a las madres de Huancaraylla, 2010

La encuesta muestra que una proporción de 82 % de madres refieren que sus niños han nacido gorditos y un 18 % que nacieron flaquitos.

Testimonios recogidos de las madres beneficiarias del PNWW de la comunidad de Huancaraylla, circamarca y Llusita, manifestaron que sus hijos nacen gorditos, porque ellas se alimentaron bien durante el embarazo; asimismo, otras madres refieren que sus niños nacen flaquitos porque no se alimentaron bien durante su embarazo hecho que relacionan con la pobreza familiar y pocas posibilidades de encontrar productos alimenticios benéficos en nutrición durante el embarazo.

“...algunos bebés nacen gorditos y algunos partos nacen flaquitos, todos mis hijitos nacen gorditos porque me alimento bien y doy luz rapidito; si nacen flaquitos es porque no se alimentan bien durante el embarazo...” (Circamarca, octubre del 2010; madre integrante de grupo focal).

“...mío nacen todo flaquitos, algunos nacen gordo o flaco es de su casta o apellido; de la señora Isidora su esposo es flaquito por eso sus hijitos nacen todo flaquitos, también de los hijos de los Cacñahuaray nacen todo flaquitos y de los Malmacedas nacen todo gorditos...” (Llusita, octubre del 2010; madre integrante de grupo focal).

“... nosotros no tenemos casi nada para comer, no nos alimentamos bien, no encontramos ni “miskipas” o “huesitos, grasitas” y comemos a lo que encontramos...por eso nuestros niños nacen también flaquitos...” (Huancaraylla, octubre del 2010; madre integrante de grupo focal).

“...Cuando estamos embarazadas, nosotros trabajamos igual, y comemos igual lo que encontramos en nuestra pobreza y a veces todavía nos prohíben comidas como: huevo, dicen que si tu hijo esvarón va a ser mujeriego o no debes comer mucha papa porque el ‘bebé’ va crecer demasiado y no va poder dar luz...” (Circamarca, octubre del 2010; madre integrante de grupo focal).

Según representante del Centro de Salud Circamarca uno de cada 20 niños atendidos como parto institucional nacen con bajo peso, sin incluir los partos prematuros; esta afirmación ratifica las

versiones de informantes del estudio.

CUADRO 15: EL CALOSTRO O LA PRIMERA LECHE (ENCUESTA APLICADA A LAS MADRES EN LA COMUNIDAD DE HUANCARAYLLA –2010)

¿El claustro se debe dar al niño o se debe votar?	f	%
Dar	47	94,00
Botar	3	6,00
TOTAL	50	100,00

Fuente: Encuesta aplicada a las madres de Huancaraylla 2010

El 94% de las madres manifiestan que no botan el calostro iniciando de inmediato la lactancia materna del recién nacido y un 6% de las madres botan una parte del calostro. En el distrito de Huancaraylla, el calostro es conocido con el nombre de “corta” pero también algunas madres lo conocen con el nombre de “ccello”(amarillo) por el color característico que posee dicha leche.

De las madres que responden dar el calostro al recién nacido, sostienen en un 24%, lo hacen por que el niño llora y tiene hambre y un pequeño grupo refieren también dar por costumbre.

El calostro, la “corta” o “ccello” como tradicionalmente se conoce, es aceptado por las madres del distrito de Huancaraylla considerado como un alimento de vital importancia en la nutrición del recién nacido.

“...conocemos a esa leche espesa con el nombre de “corta”; es bueno para que viva el niño; los animales también toman corta por eso viven y será igual también en nosotros...” (Circamarca, octubre del 2010; madre integrante de grupo focal).

Por otro lado hay un porcentaje mínimo de madres que tienen una percepción negativa del calostro que parece derivarse de la observación de sus características amarilla y espesa, en contraste con la leche “clara” que sale después. Se le considera leche “guardada” y “malograda” por estar expuesto al “calor” y al “frío” por lo mismo puede producir trastornos digestivos o infección en el

recién nacido; del mismo modo, sostienen que esa leche causa dolor de “barriga” en el niño porque contiene toda la “rabia” (cólera) que la madre ha sufrido durante el embarazo, mensaje que proviene de las madres en estudio.

“...la primera leche mi mamá se sacaba, pero yo no me saco; porque es bueno para mi bebé...” (Circamarca, madre integrante del grupo focal).

Personajes claves entrevistados y algunas madres en estudio coinciden con referir que el calostro no es ofrecido inmediatamente al recién nacido por la sencilla razón de una sensación de no tener leche quienes manifiestan:

“...en un principio no sale la leche y obligatoriamente tiene que tomar el caldo la madre...a los dos o tres días recién se forma la leche, esto también si el niño es varón quien exige más de hambre, en cambio una mujercita duerme tranquilita...”.

CUADRO 16: CONOCIMIENTO DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA
(ENCUESTA APLICADA A LAS MADRES EN EL DISTRITO DE HUANCARAYLLA –2010)

¿Qué es para Ud. Lactancia materna exclusiva?	f	%
Dar solo leche del pecho.	37	74,00
Dar leche del pecho más biberón, sopa y agua de hervida.	3	6,00
No sabe/ desconoce.	10	20,00
TOTAL	50	100,00

Fuente: Encuesta aplicada a las madres de Huancaraylla 2010

Las respuestas que el presente cuadro nos muestra, que el 74% de las madres encuestadas conoce la lactancia materna exclusiva, y un 6% la confunde con incluir sopas y líquidos, ya sean mates de yerbas. Un 20% la desconoce.

Madres del distrito de Huancaraylla beneficiarios del PNWW refirieron no conocer exactamente con el término de lactancia

materna exclusiva; sin embargo, una mayoría de los participantes expresaron dar sólo leche de pecho hasta los seis meses o más en algunos casos; del mismo modo refirieron que a partir de los seis meses los prestadores de servicios de salud ya están promoviendo el empleo de los alimentos “papilla”, un programa de apoyo alimentarios ejecutado por el Ministerio de Salud, por otro lado el Programa Nacional wawa wasi recibe a los niños a partir de los 6 meses y los da papilla completando con el pecho materno.

“...Nosotros aquí sólo le damos nuestro pecho, al contrario en las ciudades emplean las leches artificiales, por eso sus hijos no son ni siquiera buenos trabajadores, por otro lado no tenemos plata para comprar esos tipos de alimentos... no hay necesidad de dar otros alimentos por que la leche de nosotros nos sobra...” (Llusita, octubre del 2010; madre integrante de grupo focal)

“El centro de salud y el promotor de juntos y wawa wasi nos dice que llevemos al wawa wasi cuando cumplen los 6 meses, pero para nosotros cuando tienen 6 meses son muy pequeños, además las madres cuidadoras no atienden bien a esa edad porque es muy pequeño y quieres más leche nomas...” (Llusita, octubre del 2010; madre integrante de grupo focal)

CUADRO 17: HASTA QUE EDAD DEBE TOMAR SÓLO LECHE DE PECHO
(ENCUESTA APLICADA A LAS MADRES DEL DISTRITO DE HUANCARAYLLA
–2010)

¿Hasta qué edad debe tomar solo leche de pecho?	f	%
Menor de 6 meses	12	24,00
6 meses	28	56,00
Más de 6 meses	10	20,00
TOTAL	50	100,00

Fuente: Encuesta aplicada a las madres de Huancaraylla 2010

Los resultados obtenidos nos muestran que el 56 % de las madres refieren dar solo leche de pecho aproximadamente hasta los 6 meses, el 24% menor de 6 meses y el 20% de las madres refieren dar hasta después de los 6 meses de edad. Se aprecia que en la localidad de Huancaraylla 1 de cada 2 niños carece de acceso a una adecuada lactancia materna exclusiva.

Sin embargo, en la localidad de Huancaraylla existen madres que

conocen y practican la lactancia materna exclusiva, siendo un grupo referente para ser aprovechado en actividades de promoción de la lactancia materna exclusiva en la zona, como se demuestra en el siguiente testimonio.

“...Le doy mi pecho hasta los 6 meses porque es bueno, es alimento para que crezca sano y fuerte y porque todavía no come, sólo toma el pecho y no se acuerda de la comida...” (Circamarca, octubre del 2010; madre integrante de grupo focal).

“Tenemos que estar juntos con nuestros niños en las chacras, detrás de los ganados hasta los 6 meses, porque en el wawa wasi no nos aceptan antes de los 6 meses, dice porque tenemos que dar nuestro leche hasta que cumpla 6 meses...” (Circamarca, octubre del 2010; madre integrante de grupo focal).

Es interesante rescatar versiones en entrevistas a profundidad que fundamentan del por qué un cierto porcentaje de madres inician con la inclusión de agüitas o calditos de sopa a menores de seis meses de edad. El hecho de que un niño menor de seis meses pida alimento lo relacionaban a los colores vivos y llamativos de algunos objetos empleados en el hogar; concepción basado en conocimientos de crecimiento y desarrollo de un niño sano. Frente a ello el entrevistado de salud nos refiere:

“...Aquí las madres dan de comer generalmente a los cuatro o cinco meses de edad y dicen que el niño ya quiere comer... Lo que hace es que el niño se ve atraído por el multicolor del plato de plástico que utilizan y reacciona dirigiéndose con la mirada o con la mano,... eso para ellos significa que ya quiere comer e inician haciendo tomar calditos de sopa de cebada e interrumpiendo la lactancia materna exclusiva...” (representante del Centro de Salud, participante en entrevista en profundidad Huancaraylla, octubre del 2010).

CUADRO 18: EDAD DE DESTETE DEL NIÑO (ENCUESTA APLICADA A LAS MADRES DEL DISTRITO DE HUANCARAYLLA –2010)

¿Hasta qué edad debe tomar solo leche de pecho?	f	%
Menor de 6 meses	12	24,00
6 meses	28	56,00
Más de 6 meses	10	20,00
TOTAL	50	100,00

Fuente: Encuesta aplicada a las madres de Huancaraylla 2010

La encuesta revela que el 56% de las madres practican el destete en el periodo de 12 a 24 meses y el 40% en más de 24 meses.

Las madres encuestadas afirmaron que el destete se debe realizar a partir de los 12 a 24 meses, aduciendo que a esa edad ya comen y no es necesario dar leche de pecho porque ya no es un alimento bueno y suficiente.

Por otro lado consideran que el niño que lacta por más tiempo es más fuerte, prolongándose de esta manera la lactancia hasta que se produzca un nuevo embarazo, momento en el cuál se le desteta inmediatamente o que algunos continúan lactando sin darse cuenta de su embarazo, luego lo destetan porque esa leche puede hacerle daño.

“...Yo le dejo de dar pecho a mi hijo a los dos años porque la leche ya no es bueno, ya tiene que comer otras comidas...” (Circamarca, octubre del 2010; madre integrante de grupo focal)

“..Yo, en dos años ya tengo dos hijos y daba de lactar al niño hasta seis meses de gestación aproximadamente, luego ya le quitaba,... pero, hay madres que dejan de lactar faltando semanas para que se enfermen con su parto a lo que nosotros llamamos 'qatichikunchic'- tener hijos seguidos...” (Circamarca, octubre del 2010; madre integrante de grupo focal)

La lactancia materna después de los dos años para muchas madres parece entenderse como una actividad de tranquilizar al niño y para muchos como un alimento complementario y para continuar brindando seguridad a sus progenitores. Dichos conceptos están directamente relacionados con las madres que oscilan entre 36 a 45 años de edad.

“...Y yo le dejo de dar pecho a mi hijito a los 3 años porque no quiere dejar mi pecho, llora...” (Circamarca, octubre del 2010; madre integrante de grupo focal)

Contradictoriamente a las versiones anteriores, una minoría de las madres actores del estudio relacionan algunos conceptos de enfermedades malignas como cáncer de mama a las lactancias

prolongadas, por el mismo hecho que un niño mayor de dos años de edad succiona fuerte produciendo la salida de la leche de una manera forzada, 'sangre' como conocen las madres en la zona.

"...Cuando una persona da pecho mucho tiempo, la 'wawa' te 'chupa' ya la sangre y dicen que eso produce cáncer... y esa leche hace daño también a la barriguita de la 'wawa'...por eso yo le desteto al año..." (Circamarca, octubre del 2010; madre integrante de grupo focal).

Los beneficios de la lactancia materna son conocidos por las madres. Algunas madres reconocen como un rol reproductor que cumple una mujer, otras adquiridos como conocimientos tradicionales basados a comparaciones del estado nutricional entre niños que lactaron con niños que por diversos motivos no lactaron y fueron alimentados con productos alimenticios distintos a la leche materna o algunos por experiencias observadas en su propio entorno "...un becerro que se alimenta con la leche de su madres y otro que no..." y una minoría de las madres conocen con los criterios promocionados por los prestadores de salud del lugar, considerando como una leche que provee a los infantes nutrientes adecuados y les brinda inmunizaciones para un gran número de enfermedades comunes en la infancia.

"...le damos leche de pecho, porque si lo daríamos comida no más, su barriguita crecería como de un 'chanchito' 'ecco' o desnutrido..." (Llusita, octubre del 2010; madre integrante de grupo focal).

Los informantes claves entrevistados complementan y enfocan un panorama relacionado a la importancia de la lactancia materna llegando a contrastar con las madres, y afirman que las madres en la localidad de Huancaraylla priorizan dar la lactancia materna a sus niños menores dejando a un lado otros alimentos como la leche de sus propias vacas, coinciden en haber observado que esta actitud está relacionado a las actividades recargadas de una madre en la comunidad "...las madres tienen mucho que hacer en

este pueblo con lo que no disponen de tiempo para ofrecer otros alimentos y lo más fácil realizando cualquier actividad es lactar a su bebé...” expresan.

CUADRO 19: EMPLEO DE BIBERÓN EN LA ALIMENTACIÓN INFANTIL
(ENCUESTA APLICADA A LAS MADRES EN EL DISTRITO DE HUANCARAYLLA –2010)

Para alimentar al niño: ¿es necesario utilizar el biberón?	f	%
Si	10	20,00
No	40	80,00
TOTAL	50	100,00

Fuente: Encuesta aplicada a las madres de Huancaraylla 2010

Respecto al uso de biberón para la alimentación de los niños, resultados del presente cuadro nos muestra que el 80% de las madres rechazan el uso de biberón en la alimentación de sus hijos; sin embargo hay un 20% de las madres que lo aceptan por diversos factores.

Las entrevistas y grupos focales profundizaron los resultados sobre conocimientos de las madres en el empleo del biberón, que fue fundamentado en su mayoría como dañino. Madres argumentaron que no tienen necesidad de emplear dicho objeto en la alimentación porque tienen leche materna que abastece el requerimiento de sus hijos; algunas madres suelen emplearlo en casos de no tener la leche de pecho o cuando fallece la madre y queda huérfano el niño.

“...en wawa wasi no nos permiten llevar el biberón dice que es malo para el wawa, hace daño a su barriguita y cuando sea grande puede sufrir con dolor de barriga...” (Huancaraylla, octubre del 2010; madre integrante de grupo focal).

“... no es bueno porque en eso toma el niño, frio o muy caliente y ni siquiera se lava bien y no es como nuestra leche porque nuestro pecho es parte de nuestro cuerpo y amor lo que el biberón es un frasco extraño... ninguno de mis hijitos le gustaba biberón, a

veces cuando llegaba a gestar mi otro 'bebito', el que estaba lactando era muy chiquito, cuando destetaba lloraba mucho... entonces mi esposo compró biberón y no le gustaba lo tiraba al suelo..." (Llusita, octubre del 2010; madre integrante de grupo focal).

CUADRO 20: EDAD DE INICIO DEL CONSUMO DE OTROS ALIMENTOS POR EL NIÑO (ENCUESTA APLICADA A LAS MADRES DEL DISTRITO DE HUANCARAYLLA –2010)

A qué edad el niño puede empezar a comer comidas	f	%
Menor de 6 meses	12	24,00
6 meses	31	62,00
Mayor de 6 meses	7	14,00
TOTAL	50	100,00

Fuente: Encuesta aplicada a las madres de Huancaraylla 2010

En el caso de las madres que tienen sus hijos en el wawa wasi del distrito de Huancaraylla los testimonios indican que el 62% de las madres inician la alimentación de los niños a partir de los 6 meses cuando perciben que a esa edad el niño ya tiene hambre, llora al ver que otros comen; a ello también se atribuye a la disponibilidad de la papilla en la comunidad; el 24% de las madres inician la complementación alimentaria de sus niños antes de los 6 meses cuando tienen poca leche y otras madres sustentan que el niño inicia su alimentación dependiendo del sexo: el varón empieza a comer desde los 3 meses porque consideran que come más y tiene que tener fuerza para cuando crezca colabore en las actividades agrícolas al padre y la mujer a los 5 ó 6 meses. Además el programa nacional wawa wasi da a conocer mediante jornadas participativas o sesiones educativas de la lactancia materna exclusiva conjuntamente con los personales de salud.

"...Desde los 6 meses comen mazamorritas, porque tienen hambre y no se llena con mi pecho..." (Circamarca, octubre del 2010; madre integrante de grupo focal)

"...desde los 4 meses ya quiere comer, llora de hambre; además su barriguita crece" (Llusita, octubre del 2010; madre integrante de

grupo focal).

CUADRO 21: CONSISTENCIA DE ALIMENTOS EMPLEADOS EN EL INICIO DE LA ABLACTANCIA (ENCUESTA APLICADA A LAS MADRES EN EL DISTRITO DE HUANCARAYLLA –2010)

Con que alimentos se debe iniciar la comida del niño.	f	%
Espesos(mazamorras, papillas, purés)	37	74,00
Líquido (sopa o calditos, agüitas)	11	22,00
Otros.	2	4,00
TOTAL	50	100,00

Fuente: Encuesta aplicada a las madres de Huancaraylla-2010

El presente estudio nos permitió identificar que el 74% de las madres encuestadas del distrito de Huancaraylla refieren que el inicio de la alimentación del niño es con comidas de consistencia espesa (mazamorritas, "machca", purés de papa amarilla, mote, cancha, "papilla"6). El resultado se puede atribuir a la presencia de la "papilla" que es distribuida a madres con niños a partir de los 6 a 36 meses de edad, excepto aquellas que migraron temporal o definitivamente a otros departamentos que no tienen dicho beneficio.

Un menor porcentaje de madres beneficiarias del PNWW (22%), manifestaron que las comidas líquidas eran más fáciles de comer, eran más suaves y no le hacían daño. Piensan que las comidas espesas pueden provocar daño digestivo. Por esta razón no incluyen menestras en la dieta del niño pequeño sino hasta alrededor de los dos años; además el niño no tiene dientecitos y con comidas espesas como los segundos de habas, trigo y otros, se puede atorar.

"...yo empiezo darle cualquier comidita, mazamorritas caldos, sopa de morón y la "papilla" que recibimos..." (Huancaraylla, octubre del 2000; madre integrante de grupo focal)

CUADRO 22: LA CONSISTENCIA DE LA ALIMENTACIÓN DE UN NIÑO SANO
(ENCUESTA APLICADA A LAS MADRES EN EL DISTRITO DE
HUANCARAYLLA –2010)

¿Qué consistencia debe tener la comida del niño?	f	%
Espesos	37	74,00
Líquidos	13	26,00
TOTAL	50	100,00

Fuente: Encuesta aplicada a las madres de Huancaraylla -2010

Se observó un mayor porcentaje (74%) de madres que refieren brindar una alimentación de consistencia espesa con relación al 26% de madres que refieren que la consistencia del alimento debe ser liquida porque consideran que las comidas liquidas tales como sopas, caldos son suaves y fáciles de comer; *"si come espeso se puede atorar"*. En este grupo, la concepción y actitud en el distrito de Huancaraylla está plenamente determinado por sus hábitos y costumbres alimentarios como sopas y caldos a base de cereales los que son considerados para ellos como el mejor alimento.

"...Las comidas espesas son más alimentos y 'agarra' bien al estómago de mi 'wawa', por eso le doy su especitos de la sopa..."
(Circamarca, octubre del 2010; madre integrante de grupo focal)

"...Las comidas suaves son las sopas, caldos, mates, mashua y mazamorritas, sino se puede 'empachar'; si come espeso se puede atorar..." (Llusita, octubre del 2010; madre integrante de grupo focal)

Se encontraron referencias sobre las consistencias, la cantidad y calidad de la alimentación relacionadas directamente a las cosechas de los productos cultivados. Es así que: *"...el año pasado las familias ni siquiera comían 'cancha' o 'mote' de maíz por qué no hubo buena cosecha y la sopa que preparan era diario de morón sin casi nada de otra cosa..."*. Esto tipifica una de las características de la alimentación predominantemente de productos agrícolas propios de la zona.

CUADRO 23: FRECUENCIA DE ALIMENTACIÓN DE UN NIÑO MENOR DE UN AÑO DURANTE EL DÍA. (ENCUESTA APLICADA A LAS MADRES EN EL DISTRITO DE HUANCARAYLLA –2010)

¿Cuántas veces al día debe comer un niño menor de un año?	f	%
Menor de 5 veces	27	54,00
5 a 6 veces	21	42,00
Más de 6 veces	2	4,00
TOTAL	50	100,00

Fuente: Encuesta aplicada a las madres de Huancaraylla-2010

La encuesta aplicada a las madres muestra que el 54% da de comer menos de 5 veces al día que, bajo su percepción, es el término de alimentación óptima. Mientras que el 42% de las madres sostienen que los niños deben alimentarse de 5 a 6 veces por día y solamente el 4% conocen la frecuencia ideal de la alimentación diaria del niño menor de un año, porque posiblemente estas madres manejan la información de una alimentación adecuada para sus hijos.

“...en wawa wasi nos dicen que debemos de dar de comer 5 veces a nuestros niños, desayuno damos en nuestras casa, a las 10 de la mañana dan su leche a las 12 dan su almuerzo y a las 2 de la tarde dan su mazamorra y la cena nosotros solo le damos sopita nomas comemos juntos cuando regresamos de la chacra, pero los sábados y domingos cuando no hay wawa wasi no damos igual solo damos 4 como máximo...” (Circamarca, octubre del 2010; madre integrante de grupo focal)

“...en wawa wasi cuando estaba mi niño comía cinco veces al día pero ahora ya no está en wawa wasi por que ya tiene 4 años cumplidos, ahora en casa solo le damos 3 o 4 comidas pero mi niño extraña las comidas de wawa wasi...” (Llusita, octubre del 2010; madre integrante de grupo focal)

“...nosotros en la casa comemos todos iguales ‘chicos’ y ‘grandes’ (niños y adultos). No hay tiempo para dar de comer a cada rato con los quehaceres de la casa o la chacra... y si come más le hace daño a la ‘barriga’ porque no está acostumbrado a comer bastante, a lo menos mis ‘chiquitos’ comen poco...” (Circamarca, octubre del 2010; madre integrante de grupo focal)

“... los varoncitos generalmente, comen más que las mujercitas, se debe dar tres veces al día y si pide comida de hambre se le da canchita, quesito, papitas cocinadas y otros...” (Llusita, octubre del 2010; madre integrante de grupo focal)

La encuesta revela que el 48% de las madres consideran que el alimento que mejora la consistencia de la comida del niño son las frutas y verduras, y un 24% que son la grasa y el aceite. Ellas suponen que las frutas y verduras contienen vitaminas, “para que la comida tenga gusto”. Un menor porcentaje de madres cree que las grasas y aceites son complementos para suavizar y mejorar la consistencia de la comida del niño.

En el debate de los grupos focales, la mayoría de las madres desconocían la importancia de agregar aceite u otras grasas a la comida del niño como lo hace el programa nacional wawa wasi con la adición de aceite a los niños de bajo peso. Ellas refirieron emplear dichos alimentos pocas veces, cuando los encontraban, y en proporciones mínimas en la preparación del alimento para toda la familia.

El siguiente testimonio refleja la utilización de aceites u otras grasas solo algunas veces, en la preparación del alimento de toda la familia, debido al difícil acceso por el alto costo.

“...Aquí las madres agregan aceite algunas veces que encuentran, pero para toda la comida y no así exclusivo a la comida del niño...dicen ‘manan acititaqa preciopa chaninmi o cuestan carum’, por lo que emplean con mucho cuidado teniendo en cuenta la economía familiar” (Circamarca, representante de salud entrevistado en octubre del 2010)

“...en wawa wasi lo ponen aceite a su comida de mi wawa eso lo hace mal l da diarrea por eso no deben de dar aceite en su comida porque...” (Circamarca, octubre del 2010; madre integrante de grupo focal)

“...No agregan casi nada a las comidas para mejorar la consistencia, es más la sopa es blanca sin verduras... cuando un niño desee comer por ejemplo carnecita de chanco con grasita no lo permiten porque cuando sea adulto le va salir mucha grasa por la nuca y va ensuciar la camisa, eso hace quedar en vergüenza a la familia, dicen los padres en la comunidad...” (Huancaraylla, representante del Colegio de Menores “santo domingo” en octubre del 2010).

CUADRO 26: FRECUENCIA DE REQUERIMIENTO DE ALIMENTOS DEL ESTÓMAGO DEL NIÑO EN COMPARACIÓN CON EL ESTÓMAGO DEL ADULTO (ENCUESTA APLICADA A LAS MADRES DEL DISTRITO DE HUANCARAYLLA – 2010)

¿El estómago de un niño necesita recibir alimentos más veces que el adulto?	f	%
Si	33	66
No	17	34
TOTAL	50	100

Fuente: Encuesta aplicada a las madres de Huancaraylla -2010

Los resultados de la encuesta muestran que el 66% de las madres refieren que el niño necesita recibir alimento más veces que el adulto y un 34% considera que no.

Los fundamentos de las madres respecto a las diferencias entre el estómago del niño y adulto es: *“...el estómago del niño es pequeño, limpio, débil y delicado y por lo que se debe alimentarse poco a poco varias veces durante el día, mientras del adulto es grande sucio y acostumbrado por eso no se malogra con ninguna comida...”*

Las madres que respondieron que la frecuencia de la alimentación del niño debe ser igual que el adulto, refirieron que las frecuencias de ‘costumbre’ eran la mañana, tarde y noche tres veces al día, por las prácticas de apoyo a las actividades agrícolas y de pastoreo que sus padres realizan.

“...se le debe dar más alimentos que los mayores, porque su barriguita es limpio, chiquito, débil y delicado por eso debe comer a cada rato y poco a poco y los mayores comen más y para todo el día...” (Huancaraylla, octubre del 2010; madre integrante de grupo focal)

“... yo le doy de comer a cada rato porque su estómago es chiquito, come poco y le da hambre a cada rato...” (Llusita, octubre del 2010; madre integrante de grupo focal)

“...las “wawas” deben alimentarse bien para que crezca, desarrolle sus huecitos y tenga más conocimiento en la escuela, además

para que no esté flaco...” (Circamarca, octubre del 2010; madre integrante de grupo focal).

“...wawachayqa manam yuyanchu mikuytapas haukam ñuñullaywan, mikuchiptiyqa wiksachanniytam impachu qun...” (Circamarca, octubre del 2010; madre integrante de grupo focal)

3.4. Alimentación del niño durante la enfermedad

CUADRO 27: FRECUENCIA DE LA ALIMENTACIÓN DE UN NIÑO ENFERMO POR DÍA (ENCUESTA APLICADA A LAS MADRES DEL DISTRITO DE HUANCARAYLLA –2010)

¿Cuántas veces al día debe comer un niño enfermo?	f	%
De 1 a 3 veces.	32	64
De 4 a 5 veces.	16	32
De 6 a más veces.	2	4
TOTAL	50	100

Fuente: Encuesta aplicada a las madres de Huancaraylla -2010

Como puede apreciarse, la frecuencia de la alimentación durante la enfermedad en Huancaraylla, es de una manera inadecuada; el 64% de las madres encuestadas refieren dar de comer a sus hijos de 1 a 3 veces durante el día, mientras el 32% responden que la frecuencia de la alimentación de un niño enfermo durante el día debe ser de 4 a 5 y sólo el 4% de las madres conocen la frecuencia ideal de la alimentación de un niño enfermo durante el día.

Los testimonios sugieren que la frecuencia de la alimentación de un niño enfermo, es menor en relación a la frecuencia de la alimentación de un niño sano.

“...Sólo doy de comer tres a cuatro veces al día cuando mi niño quiere comer y si no quiere comer solo toma agüitas hervidas, que puedo hacer cuando no quiere...” (Circamarca, octubre del 2010; madre integrante de grupo focal).

“...las madres muchas veces no dan importancia, pobres bebés enfermitos rapidito se desnutren y muchas veces mueren y las

madres dicen...quien tiene paciencia para atender, ni siquiera tengo tiempo... y dan de comer cada vez que tengan tiempo nada más, osea dos o tres veces al día...” (Llusita, octubre del 2010; madre integrante de grupo focal)

“...cuando nuestro wawa está enfermo no quiere que se deje en wawa wasi por que puede contagiar a los demás dice, pero su comida recogemos en su taper para hacer comer, pero cuando está enfermo no quiere comer...” (Circamarca, octubre del 2010; madre integrante de grupo focal).

CUADRO 28: LA CONSISTENCIA DE LA ALIMENTACIÓN DE UN NIÑO ENFERMO (ENCUESTA APLICADA A LAS MADRES DEL DISTRITO DE HUANCARAYLLA –2010)

¿Cómo debe ser la consistencia de la alimentación de un niño enfermo?	f	%
Espesos	33	66
Líquidos	17	34
TOTAL	50	100

Fuente: Encuesta aplicada a las madres de Huancaraylla-2010

El 34% de las madres encuestadas refieren conocer que la alimentación de un niño enfermo es a base de alimentos de consistencia líquida (mates, caldos, panetelas y otros); mientras el 66% madres manifiestan que la alimentación de un niño enfermo debe ser con alimentos de consistencia espesa como mazamorras, papillas y otros.

Por otro lado el programa nacional wawa wasi, mediante sus lineamientos señala que no deben recibir en el local de wawa wasi a los niños, sino deben ser derivados al centro de salud y sus alimentos se deben enviar a su domicilio en su taper, el cual no tiene un seguimiento si el niño termina su ración o en caso contrario es consumido por sus hermanos mayores.

“...wawa unquptinqa quna allin mikuychallatam: apichakunata, papa pikantichakunata y pustanchikman pusana apurawman...” (Huancaraylla, octubre del 2010; madre integrante de grupo focal)

“...cuando el niño está enfermo se da sólo lactancia materna,

caldo, agua hervida, suaves como mazamorritas, agua y yapita..."
(Circamarca, octubre del 2010; madre integrante de grupo focal)

Asimismo, las madres expresan que la preparación de alimentos para los niños enfermos no es de una manera especial, sino se le ofrece las comidas diarias que acostumbra preparar para la alimentación familiar y que generalmente están conformadas por sopas de cereales como cebada o maíz. Los niños enfermos no son priorizados en la alimentación durante la enfermedad, más bien restringidos de algunas comidas según las costumbres sociales; tal es así, que se considera que el niño no debe comer alimentos pesados como sopas o segundos de trigo y papa.

Se puede decir que gracias a la intervención de los programas como: wawa wasi, pronaa, juntos, centro de salud y otros, las madres conocen de cómo deben alimentar a sus menores niños cuando se encuentran enfermos, también encontramos a madres que no conocen sobre una alimentación correcta los cuales tienen una instrucción inferior.

IV. DISCUSIÓN

El acercamiento a los conocimientos y actitudes de las madres beneficiarios del programa nacional wawa wasi sobre la nutrición de niños menores de cinco años en el distrito de Huancaraylla, ha permitido identificar factores socio culturales de la población que valen la pena analizar para una visualización profunda del problema nutricional que afecta a los niños de esta comunidad.

4.1. Situación familiar y socioeconómica

4.1.1. Nivel de educación de las madres

Los hallazgos muestran que existe una asociación entre las excesivas cargas de actividades o roles que suele designarse a la mujer, lo que en la sociedad andina es transmitido de generación

en generación. Asimismo, se asocia a los aspectos culturales propio de los pobladores de la comunidad, donde el interés de los padres en la educación formativa de las hijas mujeres a menudo refleja cifras muy elevados (48% de las madres cuentan con un nivel educativo de primaria incompleta y un 18% no tienen instrucción) en relación a los resultados de analfabetismo de la mujer (11.4%) en el Perú durante 1998 (PNUD-2001).

La coincidencia de resultados encontrados en el distrito de Huancaraylla con estudios de PNUD-2001 y CHIRAPAQ-2000: 13, es con relación al ingreso tardío (extraedad) a la escuela primaria, la repitencia y deserción que caracteriza con una proporción más alta en las áreas rurales teniendo como muestra a los departamentos de Apurímac, Huánuco y Ayacucho. Una desventaja frente a las oportunidades de alcanzar niveles de bienestar o salir de la pobreza.

En Huancaraylla, todavía persiste la marginación de las mujeres, no tienen estudio completo y hay una discriminación, lo que en la actualidad va mejorando gradualmente. Criterio homogéneo con el informe de MINDES, que concluye “que la mujer padece una clara discriminación relativa al acceso a la educación”.

Entendemos que “los hombres y mujeres, niños y niñas son hábiles para el trabajo, y por esa habilidad constituyen un recurso que define la noción andina rural de riqueza.

El padre enseña al hijo varón todo lo que debe hacer y la madre hace lo mismo con la hija” según Montoya, R. 1998:91; pero esta noción quechua de la educación a través del trabajo y el ejemplo debe también reflejar en la educación formativa de sus pobladores.

Las niños y niñas en el distrito de Huancaraylla está bien definidas por el rol de género, es así que las niñas desde edades muy

tempranas cumplen el rol doméstico: como cuidado de sus hermanos menores, preparación de alimentos para la familia, ayudar a la madre en el pastoreo, mientras los niños es caracterizado por apoyar a los padres en tareas muy sencillas como: ayudar en el trabajo de la chacra generalmente; una característica muy típica de una sociedad con predominio del sexo masculino (machismo).

El programa nacional wawa wasi mediante uno de sus componentes de estimulación temprana (AIT) trata de cambiar estos roles bien definidos que tienen en el distrito de Huancaraylla, dando las mismas actividades a los niños en el juego y aprendizaje infantil temprano.

Se discrepa las políticas económicas y sociales que desde décadas se plantea la teoría de la descentralización de recursos logrando con ella resultados excluyentes y cada vez centralistas, con comunidades periféricas a la metrópoli, que a lo largo de la historia vienen siendo marginados y afectados por el incremento de la pobreza, la falta de alternativas para promover un desarrollo sostenible acorde a la realidad indígena.

El analfabetismo y el bajo nivel de educación (madres con educación primaria incompleta) es uno de los problemas que caracteriza a los pobladores de las comunidades andinas. Lo que a la vez, urge precisar que es uno de los factores que sigue generando el cruel castigo que sufren los niños, la desnutrición.

Se comparte con lo planteado por Galan S. Elsa, 1998 en el estudio nutricional de Colombia, quien determina como factores que inciden negativamente en el estado de salud y nutrición del pueblo colombiano y de los niños en particular a la deficiente escolaridad; la falta de protección social y de escolaridad de las madres, especialmente las analfabetas y valores culturales, que

constituyen un riesgo para los hijos.

Por otra parte, es cierto que “una de las oportunidades que determina el desarrollo personal y social de niños, niñas y adolescentes, es el ambiente familiar, denominado también ‘clima educativo del hogar’, pues éste ejerce una influencia preponderante en el desarrollo de la personalidad y de las habilidades intelectuales y laborales de niños, niñas y adolescentes”, planteado por PNUD-2001.

Entonces el hombre es el producto del medio donde habita; probablemente los hábitos, costumbres y la forma de vida en el hogar, las recargadas labores en la infancia “...periodo que el niño vive en su hogar, y es donde produce más de lo que consume” y cierta libertad en la etapa de adolescencia que permite la participación en fiestas costumbristas “paseo” o fiesta de juventud soltero(a) como ellos lo denominan define el futuro hogar, sin importarle el beneficio del nivel de instrucción.

Finalmente, el nivel instrucción de las madres beneficiarios del programa nacional wawa wasi está determinado por los factores como: familias de condición económica precaria, la importancia de mano de obra de las hijas dentro de la economía familia -de ahí que las hijas en cierta edad (adolescencia) son considerados por los padres en más peligro que beneficios yendo a la escuela- y los valores culturales de los padres para con la educación de las hijas en comparación con los hijos.

En consecuencia, cabe señalar que los niños de 6 a 48 meses de la comunidad en estudio se desarrollan en relación muy cercana con madres de muy bajo nivel de educación.

4.1.2. Ocupación y/o actividad de las madres

En la comunidad en estudio, la ocupación de las mujeres en un

86% es la casa, chacra y pastoreo lo cual indica que las madres comparten sus actividades del hogar con las labores agrícolas, resultado coincidente con el informe del estudio de MIMDES en el departamento de Ayacucho donde manifiestan que las mujeres son amas de casa, cría animales, realizan las labores agrícolas (cultivan hortalizas, barbechean, aporcan, siembran, cosechan, aran con buey, realizan la limpieza de irrigaciones, riegan, reforestan. Además, deshieran para pakchay (técnica de aporque).

Por otra parte, de acuerdo a la literatura nacional (CHIRAPAQ, 2000:16), la mujer campesina de la Sierra participa en todas las tareas del ciclo agrícola y está especializada en aquellas que no requieren mucha fuerza física pero se caracterizan por exigir habilidad manual y destreza. En una campaña agrícola se pueden diferenciar cinco etapas importantes en las que participa la mujer: barbecho, siembra, aporque, deshierre y cosecha, además del riego, que adquiere importancia en los cultivos de siembra temprana y en épocas de ausencia de lluvias. Asimismo, en algunas de las labores ganaderas, la participación de la mujer es mayor que la de los hombres: el pastoreo, ordeño y alimentación de los animales son labores típicamente femeninas; todo ello carente de valor social.

De igual forma, Gloria Patscheider Graf, encuentra resultados que refuerza a los anteriores, es decir, que en Cochabamba como en tantos otros lugares del mundo, el trabajo doméstico no es valorado, es un quehacer cotidiano que debe ser asumido exclusivamente por la mujer aunque tanto ella como el hombre tengan que salir a trabajar fuera del hogar.

FAO, 2000. En África sub-sahariana, las mujeres juegan un papel decisivo en los aspectos relativos a la producción de cosechas comerciales. Lo que marca diferencia es que en África Sub-

sahariana la producción de la mujer está ligada al mercado comercial, mientras en el distrito de Huancaraylla la ocupación es característica (casa, chacra y pastoreo) de una economía de autoconsumo y carente de valor productivo en la economía familiar y porque no decir en la economía nacional.

De manera muy particular en el distrito de Huancaraylla, la crisis socio-político sufrido en las décadas pasadas la ha responsabilizado aún más a las madres al asumir mayores labores agrícolas, quedándole escaso tiempo para realizar otras labores como la alimentación, el cuidado de salud y la educación de los niños.

En consecuencia, la frecuencia con que las madres se desplazaban a cumplir sus labores agrícolas y de pastoreo, llevando auestas a sus menores hijos, representaban un riesgo importante en la alimentación y la buena nutrición, como también en el cuidado de la salud y educación. Pero hoy en la actualidad el programa nacional wawa wasi es de mucha ayuda para la población o madres del distrito de Huancaraylla donde pueden dejar a sus niños y salir a la chacra sin correr riesgo de mal nutrición a sus menores niños.

4.1.3. Composición familiar (hijos menores de 5 años por familia)

Del resultado, observamos que aproximadamente uno de cada dos madres cuentan con hijos entre dos o inclusive tres menores de 5 años, con lo que reflejan un periodo íter genésico menos de 2 años. El hallazgo en la comunidad es una expresión de persistencia de creencias y costumbres relacionados a la dinámica demográfica propio de la población andina, corroborado con estudios efectuados en el departamento de Ayacucho, 1993 (Promudeh, 2001:8), donde las mujeres tenían mayoritariamente 8

y más hijos, seguidas de las que tienen 4-5 y 6-7 hijos.

En el distrito de Huancaraylla, pese a la intervención del Estado para regular el crecimiento excesivo de la población, mediante políticas de planificación familiar aún persiste dicho problema. Mientras en “países desarrollados como Francia, desde hace unos 8 años, se creó una política nacional de dar subsidio e incentivos a las familias que tuvieran más de un hijo”. De igual modo hoy se brinda un subsidio de 100 nuevo soles por el programa “juntos” con el objetivo de disminuir la desnutrición en la infancia temprana.

Nuestra realidad concuerda con lo planteado por Velásquez, F. Donde los países desarrollados se caracterizan por tener tasas de crecimiento de población bajas, mientras que los países subdesarrollados normalmente se les asocian con tasas muy altas de crecimiento. Las lógicas y las conductas de la sociedad en materia de fecundidad y reproducción, tienen que ver con aspectos económicos y culturales.

Se identifican factores que condicionan tener el número de hijos por familia: producto de la violencia física, sexual y psicológica impuesto por el marido de un lado y familiares por otro lado, se atribuye también a la cosmovisión andina sustentado en un don sobre natural “Dios” y como fuerza productiva para las actividades propias de los pobladores andinos. Lo que en la localidad las madres lo denominan tener hijos “contra la voluntad”.

En las comunidades rurales se debe continuar fortaleciendo gradualmente la aplicación de las políticas públicas enfatizados a continuar con la transformación demográfica haciendo que las familias y el número de hijos por pareja tienda a disminuir; priorizando metodologías dirigidas al logro progresivo del cambio de las conductas reproductivas.

4.2. Características de la alimentación en la familia

4.2.1. Miembro de la familia que recibe la mejor comida y primero en orden en el hogar

En el distrito de Huancaraylla, las madres beneficiarias del PNWW suelen conocer y practicar las costumbres de respeto al mayor, a la jerarquía, a la autoridad y/o al padre teniendo mucho en cuenta el género varón; desde luego el servir primero en orden y la mejor comida están relacionados con las actividades que cumplen en el hogar fundamentado como matriz de soporte económico.

Por otro lado, se podría presumir, el hecho de que el hombre realiza trabajos de mayor esfuerzo físico en las actividades agrícolas, en la concepción de las madres están definidos como la persona quién debe comer mejor y más para nutrirse bien y en función a ello producir mejor en la chacra. Conocimientos que coinciden con los resultados del estudio reportada por el proyecto MASPODIPA (Ayacucho, 1999). En ambos estudios se evidencia la diferencia de género en servir alimentos.

Se contrastan con los resultados del estudio efectuado en Cochabamba-Bolivia, en relación a las características de la alimentación en la familia “las mujeres se relegan frecuentemente, no reivindican ni toman lo que necesitan mientras el resto de la familia no esté «servida». Un ejemplo ilustrativo es la injusta distribución de los alimentos dentro de los hogares observados: la porción mayor la recibe el esposo « porque trabaja duro», luego vienen los hijos – primero los varones – y finalmente, lo que resta, si resta algo, es para las mujeres. La que distribuye los alimentos en la mesa es la madre-esposa, por consiguiente no resulta extraño que el 30% de las mujeres latinoamericanas embarazadas sean anémicas”.

Es importante mencionar que en las sociedades andinas el padre es violento con la esposa, cada uno de ellos con los hijos- en grados desiguales, por cierto- los hermanos mayores sobre los menores, los varones sobre las mujeres.

Deducimos, las series trabajo-castigo-violencia-fuga-sufrimiento, de un lado, y, orfandad-abandono-explotación-discriminación, de otro, aparecen claramente expuestas en los relatos. Como la condición indígena es sinónimo de pobreza, el recuerdo de la infancia está directamente asociado al dolor producido por la falta de alimentos, por la falta de afectos, por el maltrato, por la discriminación y por una inmensa soledad. (Montoya R. 1998:119).

Es claro la diferencia de género en servir el alimento y la discriminación infantil comparada con estudios en Guaraní-Argentina¹¹, una cultura muy distinta donde sus pobladores consideran que los niños son "sagrados" y se da mayor prioridad en su alimentación.

Desde la cosmología andina, los seres humanos viven en "este mundo" (kay pacha) y están permanentemente expuestos a las fuerzas de dos mundos en parte contra puestos, en parte complementarios. Estos son el janaq pacha (mundo de arriba/lejano) y el ukhu pacha (mundo de abajo/adentro). Ambos mundos están llenos de seres vivos y poderosos que influyen sobre todos nosotros, exigiendo nuestra colaboración y, a cambio, brindándonos sus bienes y poderes; o - caso de no tenerlos en cuenta- enviándonos sus amenazas para que cumplamos con ellos (Quechua, 2002:7).

Entonces está determinado el respeto a la jerarquía, a quien produce para alimentarse (padre-esposo), seguido por hijos varones una razón fundamentada y sustentada que determina quién debe servirse primero y el mejor plato acorde a la literatura

andina.

Entonces, en caso de Huancaraylla el conocimiento en relación a la distribución del alimento tanto en orden, cantidad e incluso calidad dentro de los miembros de la familia está determinado por el factor cultural y la cosmovisión local; es así que, en los hábitos y costumbres de alimentación dentro de la familia está bien determinado el respeto a la jerarquía donde el padre (jefe) es considerado como el matriz del soporte económico a quien se le prioriza en el orden de la distribución como en la cantidad y calidad del alimento, siendo postergados los niños(as) menores y la madre que por un lado se relega por si misma aparte de ser marginadas. Esto implica que se tiene poco interés nutricional hacia los niños y las madres en dichas familias.

Con todo, es preciso investigar acerca de la forma en que se adoptan las decisiones sobre la asignación de alimentos en el hogar y en función a ello habrá que educar a los responsables del hogar en lo relativo a las necesidades nutricionales específicas de todos sus miembros.

4.3. Lactancia materna exclusiva, la ablactancia y alimentación de un niño sano

4.3.1. Contextura (gordito o flaquito) del recién nacido

Las madres, sean ellas embarazadas o no, en el distrito de Huancaraylla suelen cumplir una serie de actividades durante el día fuera de las que cumple en el hogar, entre ellos podríamos mencionar las actividades de pastoreo donde tiene que trasladarse a lugares muy distantes, las actividades de apoyo en la agricultura, considerándose también como la fuerza de producción dichas actividades crean como resultado altos índices de gasto de energía especialmente en las mujeres gestantes (Altobelli y Leo 1997), a

ello sumamos la falta de una alimentación adecuada, tanto en la calidad como en la cantidad siendo la alimentación de forma monótona (basado en cereales), escasa, y baja en el consumo de alimentos ricos en micro nutrientes y finalmente, el bajo nivel de instrucción.

Estando de acuerdo con Altobelli y Leo: "Las mujeres necesitan descanso durante el embarazo. Una carga de trabajo pesado da como resultado altos índices de gasto de energía en las mujeres gestantes, el cual ha estado asociado con el bajo peso neonatal.

Las mujeres especialmente en las áreas rurales, puede inclinarse a trabajar durante todo el embarazo e inclusive durante el período de post parto, con poco tiempo para descansar producto de un deseo por mantener la integridad de la familia".

Según bibliografías nacionales (ENDES 1996), los hallazgos del estudio coinciden, no es de dudar la alta incidencia de partos domiciliarios atendidos por personas no profesionales de la salud (esposo o parteras) en esta comunidad hace que se produzca el sub registro de las informaciones a nivel de establecimientos de salud con lo que los datos no tengan credibilidad, tal es así que relacionado a las atenciones de parto institucional del establecimiento de salud de la localidad refiere que el 5% del total de partos al año representa a niños con bajo peso al nacer.

Probablemente, los conocimientos y actitudes practicados por las familias estén repercutiendo en el estado nutricional de los niños y es más las mujeres embarazadas en la familia no son considerado prioritarios por requerir mayores aportes nutricionales en su alimentación, asimismo, es digno de mencionar las barreras culturales (se prohíbe ciertos alimentos a las mujeres gestantes). Como consecuencia se presenta el bajo peso al nacer en los niños que está ligado al deficiente estado nutricional de las madres

producto de la baja ingesta de alimentos, maternidad temprana, alta paridad, bajo nivel educativo y deficientes prácticas de autocuidado.

Es valioso el conocimiento de las madres sobre la importancia de la alimentación durante el embarazo, pero, a la vez es crítico el hecho de una práctica inadecuada fundamentados por las madres como la falta de acceso a alimentos variados lo que se relaciona con la pobreza familiar; dicho grupo sería actores muy positivos en la reorientación de los hábitos de alimentación y nutrición durante el embarazo y con ello controlar uno de los factores determinantes de niños con bajo peso al nacer.

Finalmente, la intervención del programa nacional wawa wasi de una y otra manera es de mucha ayuda para las madres que tienen sus niños menores de cuatro años quienes ya pueden permanecer en el wawa wasi con una atención integral de la madres cuidadora, mientras que la madres salga a las actividades como el pastoreo o la actividad agrícola. Pero aún sigue notándose la laboriosa carga que tienen las madres gestantes y con niños de mayores de 4 años con quienes tiene que salir a las actividades diarias descuidando la alimentación infantil.

4.3.2. El calostro o la primera leche

Hallazgos relacionados al empleo del calostro nos indican, que es una de las comunidades donde las madres hacen uso inmediato del calostro. En el distrito de Huancaraylla, el calostro es conocido con el nombre de “corta” pero también algunas madres conocen con el nombre de “ccello”(amarillo) por el color característico que posee dicha leche, de igual modo, conocen la importancia y empleo del calostro como un alimento vital en la nutrición del recién nacido. Por lo tanto, estos descubrimientos superan a los resultados obtenidos en otros departamentos como cuzco, donde una cuarta

parte de mujeres en estudio consideran que el calostro es dañino, aunque una proporción algo menor (20%) deja de darlo a sus hijos. (PNSB, 1997:62)

Según Calandro, el calostro es un alimento muy especial que el bebé comerá en su vida, es la primera inmunización del bebé y resuelve justamente las necesidades de un bebé acorde a su estómago pequeño y sus riñones no maduros. Es más grueso y más pegajoso. Es a veces color de oro, y así le apodan "oro líquido." Los bebés que encuentran oro durante la primera semana, son recompensados con un tesoro para toda la vida. La naturaleza proporciona esta rica mina.

Asimismo, existen influencias culturales con algunas variaciones alimentarias con relación al conocimiento en el empleo del calostro, observados en el presente trabajo aún algunas madres jóvenes refieren conceptos negativos basados en el aspecto de lo referido como leche "guardada" y "malograda" por estar expuesto al "calor" y al "frío", *lo que guarda relación con lo enunciado por Toussaint donde en las comunidades mexicanas "existen varios mitos que hacen que las madres que amamantan tengan estas dudas. Se dice que la leche de los primeros días debe 'cocerse' para dársela al niño, porque su color es amarillo, o bien que es 'delgada, azul y transparente', por lo que 'no sirve'..."*

Por otro lado, Huancaraylla es una de las comunidades donde todavía prevalece el dominio de relaciones de género (varón hacia la mujer) dejando claro la discriminación en el cuidado de la salud, alimentación entre otras. Los ilustramos con un ejemplo. El cuidado inmediato después del parto está asociado con conductas culturales especiales como alimentar bien por una semana para que tenga bastante leche; preocupación que se centra en función de su rol de madre proveedora, sin importar lo que sucede con ella, con su cuerpo y con su salud.

Sin embargo, hay algunas madres que refieren no ofrecer inmediatamente el calostro al niño recién nacido lo que está relacionado con el concepto local de la sensación de no tener leche en los primeros días post parto, lo que hace sospechar poca presencia con actividades de información sobre la técnica de amamantamiento o las barreras culturales existentes entre las instituciones competentes y la comunidad.

Todo indica que, nuestro estudio mostró que las madres beneficiarias del PNWW del distrito de Huancaraylla conocen la importancia y empleo del calostro como un alimento vital en la nutrición del recién nacido; sea ésta como un conocimiento en relación a las observaciones del medio entorno (experiencia) o como influencia de la sociedad local que se transmite de generación en generación. Este elemento importante (calostro) es localmente conocido como “corta” o “ccello”.

Tener en cuenta las grandes oportunidades de conocimientos encontrados en esta comunidad sería un elemento indispensable para el cambio de las políticas sociales de apoyos alimentarios quienes deben orientarse cada vez más priorizando la nutrición de las madres durante el período de embarazo y lactancia del niño.

4.3.3. La lactancia materna exclusiva

En la comunidad de estudio los conocimientos locales de las madres indican la lactancia materna en forma exclusiva porque es la forma más barata y accesible de alimentación, las variaciones entre proporcionar alimentos antes de los seis meses y después son relativamente 1 de cada 2 lo que indica la carencia de acceso a una lactancia materna exclusiva. Los valores de la prevalencia de lactancia materna exclusiva son superiores a los resultados encontrados según investigaciones de PSNB 1997:64 en el departamento de Cuzco.

En otros países hay resultados adversas en relación a Lactancia Materna Exclusiva, según OPS-2000, Brasil es el país que tiene el porcentaje más alto de mujeres que no amamantan, incluso en el período de 0 a 4 meses de edad (20% en la zona urbana y 14% en la rural, aproximadamente), es aún más crítico los hallazgos publicados por la Revista Salud Pública (Argentina-agosto, 2000) En Puerto Rico, las estadísticas revelan que el 65% de las madres amamanta a sus hijos en forma inmediata luego del nacimiento, pero que un mes después solamente el 4% continúa haciéndolo.

Hay autores que han encontrado una relación inversa entre la prevalencia de lactancia materna y la sobrecarga de trabajo, tanto pagado como no pagado lo que se agudiza más en madres profesionales con diversos empleos en instituciones privadas o públicas, es más Penny van Esterik informó que en países como Norte América *“los miedos de las mujeres se confirman cuando son arrestadas o se les pide que dejen los lugares públicos por estar amamantando abiertamente”*. Todo indica, que la *“modernidad”*, la urbanización, la falta de respeto al derecho de las mujeres a amamantar mientras trabajen fuera del hogar son factores limitantes de la lactancia materna.

Particulariza a la comunidad investigada, la asociación de conductas culturales especiales como por ejemplo la alimentación de las madres inmediatamente después del parto basado en carne que le permitir recuperarse del parto y con muchos otros ritos que aseguran el bienestar de las madres. Durante este período, las madres son capaces de lograr amamantar mientras que otras tareas son asumidas por otros miembros del grupo familiar o de la sociedad. Estas culturas ofrecen lecciones muy valiosas para las familias de los países industrializados que tienen dificultades para darles a las madres un adecuado tiempo post parto para recuperarse y para tener tiempo de estar con sus hijos(as) y de

cuidarse a sí mismas.

Huancaraylla es una de las razones que confirma el enunciado de OPS-2000, configurando a nuestro país como asombroso por su alta prevalencia de lactancia materna exclusiva comparado con otros países: 60% y 73% para el grupo 0-4 meses para las zonas urbana y rural respectivamente. Cabe señalar que en Huancaraylla la práctica de lactancia materna durante los primeros cuatro meses de vida es casi universal.

En conclusión, nuestros hallazgos muestran que en el distrito de Huancaraylla los conocimientos, actitudes y prácticas en relación a la lactancia materna son propias de la localidad rural que es parte de una concepción cultural milenaria con convicciones profundas y muy benéficas por su accesibilidad y costo bajo que defiere de otras investigaciones citadas. En esta sociedad la mujer trabaja tanto o más que el esposo, ya que su actividad laboral, forma una cadena entre el ámbito exterior y su casa, entonces las mujeres cumplen con dos funciones genéricas más importantes: la maternidad y la laboral. Con relación al trabajo extra doméstico. El trabajo de estas mujeres se basa en las estrategias de acomodo de sus funciones de madre, mismas que van desde llevar al niño al lugar de trabajo, hasta recurrir a parientes femeninos más cercanos (hijas mujeres).

En Huancaraylla, el proceso de amamantamiento se realiza con toda facilidad incluso caminando, puesto que el niño se encuentra en la espalda de la madre, el único desenvolvimiento es de que la madre realiza un movimiento de lateralización y circunducción del tronco y el niño es trasladado hacia delante, quedando en una actitud de calma motora para recibir esta alimentación.

Conocedores de la fortaleza comunal en relación a la lactancia materna invocamos promocionar orientando desde dos ámbitos en

relación al hogar: **Primero**, ámbito extradoméstico que implica establecer políticas progresivas que favorezca a las madres lactantes balancear responsabilidades que tiene tanto en la familia como en el trabajo, información, educación y comunicación sobre la responsabilidad colectiva en el éxito de la lactancia materna y considerar que proyectos de desarrollo social integre el derecho de las mujeres a la lactancia materna y temas de igualdad sobre género y **segundo** desde ámbito intradoméstico generar conciencia sensibilizando todas las familias para hacer frente a las desigualdades y asumir responsabilidades, está claro que solo las mujeres pueden amamantar, pero está más claro aún, que los hombres y parejas pueden ser igualmente responsables del cuidado infantil y de las tareas del hogar.

4.3.4. El destete

En Huancaraylla, las madres muy independientes a niveles educativos que presentan, recargadas labores intra y extradomiciliarias, configuran nuestros resultados y ponen de manifiesto conocimientos y actitudes con relación al destete enmarcando diferencias superiores cuanti-cualitativas con los estudios de ENDES 2000. Los hallazgos se atribuyen a factores propias de una cultura que caracteriza y discrepa a muchas teorías sobre el destete.

Estando de acuerdo con Kapsoli, W. y Dettwyler, C. Quienes informaron que es una tradición o la costumbre andina de dar de lactar a los hijos, de alimentarlos directamente con el seno materno, lo que permite que se produjera una empatía y una compaginación afectiva muy intensa. Con esto logra una estabilidad emocional que, más adelante, será sumamente importante. Hasta épocas muy contemporáneas, esta tradición de dar de lactar o amamantar a los hijos iba más allá de un año, dos hasta tres años. Nos atrevemos afirmar que los conocimientos y

actitudes del presente estudio son reflejos a lo que se denomina culturas no occidentales que aún mantienen la tradición incaica, donde la modificación cultural o la occidentalización es poco percibido en muchos aspectos.

Por otra parte, la literatura internacional nos muestra opuesto al presente estudio, con países occidentales en afán de modificación cultural allí donde la práctica materna del destete precoz o la decisión de no amamantar a su hijo ha sido un problema ancestral basado en la tradición propia, desde la búsqueda y empleo de nodrizas o alimentación artificial "porque amamantar a sus hijos no era la costumbre"(Europa), hasta mantener su "belleza y frescura" (Francia) una influencia que continuo durante el siglo XIX y parte del siglo XX. En la actualidad en los EE.UU. las mujeres reciben consejos contradictorios respecto a cuándo deben destetar a sus hijos. Muchos médicos consideran que seis meses constituyen una lactancia "prolongada" y algunos profesionales de la salud cuestionan los motivos de las mujeres que amamantan a sus hijos más de un año. Por su parte, las mujeres ocultan que amamantan a niños mayores para evitar la desaprobación de los profesionales de la salud y la presión social.

De las realidades contradictorias entre las culturas occidentales y no occidentales (andinas) encontramos dos planteamientos: primero según los autores Smith (1991) y (Dettwyler, 1994), quienes coinciden que muchos mamíferos primates destetan a su progenie cuando ésta desarrolla sus molares permanentes, situación que se da en los humanos entre los 5 y los 6 años de vida, edad en la que justamente alcanzamos la autonomía inmunológica y el segundo las teorías de Melanie Klein que persuadían a un destete precoz a los 9 meses, avalado por Sigmund Freud cuando según él "la separación se hace inevitable en cuanto aparecen los dientes" y el bebé deja de alimentarse

mediante la succión. Esta última un planteamiento basado en la “occidentalidad” y que se discrepa de acuerdo a la realidad cultural andina.

Organizaciones internacionales como la OMS y UNICEF recomiendan que la lactancia materna se continúe hasta los 2 años de vida y más.

En la comunidad en estudio, los conocimientos y actitudes de las madres son conceptos muy tradicionales y porque no llamarlo locales que distan del conocimiento “moderno” y actual, ello implica un manejo adecuado en relación al periodo o edad de destete del niño lactante, lo que tal vez no ocurre lo mismo en el manejo de las informaciones del valor nutricional de los alimentos propios de la zona empleados en el período de destete. Sin embargo, se percibe nociones en grupos poco representativos noción de temores y miedos acerca del amamantamiento prolongado, sobre dejar que el bebé tome la iniciativa para destetarse, que según ellos estarían relacionados con enfermedades crónicas como cáncer o que simplemente después de un año la leche materna ya perdió su valor nutritivo. A ello se suma la presión de la sociedad y algunas veces del marido, inmersa en una cultura occidental del amamantamiento, que critica a la madre que amamanta a un bebé que ya habla o camina. A lo que es importante escuchar lo que él tiene para decir y entender las razones que lo llevan a empujar en este sentido.

Según SAPENA J. “la leche materna puede seguir aportando nutrientes y elementos esenciales más allá del primer año de vida, y es aconsejable mantenerla el mayor tiempo posible, aunque ya se haya introducido alimentación complementaria.

Independientemente de los factores nutricionales, la lactancia materna crea un vínculo entre madre e hijo que es único e

irrepetible, y conviene crear un entorno adecuado para que ésta sea una experiencia positiva. De todas maneras, en aquellos casos en que, por factores maternos, del lactante, por adopción o problemas socio laborales insalvables, no pueda llevarse a cabo, se ha de evitar favorecer sentimientos de frustración y de culpabilidad por parte de la madre”.

Es interesante notar que aún existen madres que creen que la lactancia materna no alimenta después de un año de edad, sin embargo, siguen lactando; una posible explicación a este fenómeno es que después del primer año, sean otras las motivaciones que alientan a estas madres a continuar con la lactancia, tales como tranquilizar a sus hijos cuando llora, conferirle protección, o como complemento alimenticio, que aunque desde su punto de vista no lo nutre pero ayuda a espaciar las comidas durante las actividades de pastoreo o trabajo en la chacra.

Hay pocas madres que llevan al wawa wasi a los 6 meses, esto porque consideran que la lactancia materna aun es importante para el niño, y al llevar al wawa wasi la madre está casi permanente en el local del wawa wasi acompañando al niño que también lo ve como importante la alimentación complementaria que brinda el programa nacional wawa wasi.

Generalmente las madres que tienen sus niños en el wawa wasi destetan a un promedio de 1 año de edad, esto porque los niños ya se van acostumbrando a la alimentación complementaria que se los brinda en el programa nacional wawa wasi.

Por otro lado, los embarazos producidos durante el periodo de lactancia materna suelen ser un factor quizá determinante para poner fin a la lactancia, según las madres en estudio relacionados entre 36 a 45 años de edad sostienen que una vez determinado su siguiente embarazo recién dejan de lactar a su bebé sin importar el

periodo de gestación, pareciera ser con mayor frecuencia en el último trimestre de gestación. El destete abrupto puede poner en riesgo a los bebés estrechamente espaciados, es otra de las causas también para no llevar a sus hijos a los 6 meses al wawa wasi.

En resumen, los hallazgos configuran los conocimientos y actitudes tradicionales resultado de un largo proceso intergeneracional, que ha sido producido colectivamente, y que a la fecha siguen sosteniendo la forma de sociedad local de Huancaraylla. El destete en dicha comunidad suele practicarse entre las edades de 2 a 4 años inclusive, tiene un carácter sostenible el empleo de recurso muy valioso que se sintetiza en el proceso de amamantamiento. Sin embargo no podemos negar el carácter avasallante y destructivo con que se va acercándose la occidentalización, no negamos todo los efectos positivos que esta brindaría, su presencia perfectamente puede acoplarse a las necesidades propias de esta zona.

Generar una política de promoción de estas prácticas benéficas basados en resultados de investigaciones específicos con enfoque de interculturalidad, es de importancia epidemiológica en salud pública. Esto involucra la voluntad política y la capacidad estratégica que hace falta.

Hay que resaltar que este hecho es de importancia epidemiológica en salud pública, toda vez que genera una diversidad de problemas nutricionales en los niños. Un proceso de reversión es posible creando mecanismos reales de una aproximación intercultural positiva entre el Estado, las instituciones y la comunidad, donde caminos hacia el desarrollo no atropellen la identidad sociocultural de estos pueblos. En resumen se debe impulsar la voluntad política y la capacidad estratégica que hace falta.

4.3.5. Empleo de biberón en la alimentación infantil

Los hallazgos relacionados al conocimiento y actitud frente al empleo del biberón para la alimentación de sus hijos es rechazado en un 80% por las madres, siendo ello poco acostumbrado, en comparación con los resultados de ENDES 2000:166, donde el empleo del mismo es una práctica relativamente común que se inicia entre los menores de 2 meses y alcanzando mayor frecuencia entre los niños de 20 - 21 meses de edad, pero se tiene que mencionar que las madres jóvenes en su mayoría aplican el biberón en sus hijos.

Según los autores, de investigaciones realizadas en Costa Rica, hay un predominio en el uso del biberón, 57,3% al inicio de la ablactación y tres de cada cuatro niños(as) (75,6%) al iniciar la alimentación complementaria; de igual modo en México, se mostró que el abandono de la lactancia al seno es producto de las indicaciones del médico, en el sentido de que este último aconseja introducir el consumo de otras leches empleando el biberón. Una posible explicación de lo anterior es que tales indicaciones médicas hayan sido motivadas por la presencia de infecciones gastrointestinales y una escasa ganancia de peso. Lo que ocurre lo contrario en Huancaraylla, cuando el acto de amamantar no se interrumpe para ser relegado por otros sucedáneos a la leche materna y el empleo del biberón se hace innecesario por contar con recurso propio suficiente (leche de pecho).

Para comunidades de esta naturaleza, aún no se han creado mecanismos reales de una aproximación intercultural positiva entre la corriente globalizadora y la concepción local, donde caminos hacia el desarrollo forjen en base a interculturalización compartida sin atropello de la identidad sociocultural, esto implica rescatar hábitos y costumbres tan valiosas y hacer extensivo en bien de la salud pública sin adjetivos calificativos de lo "único", "mejor" o el

“peor” de los aportes. Se discrepa a los estudios condicionados por las industrias de sucedáneos de la leche materna al investigador Anthony Costello, 1998, del Instituto de Salud infantil en el Colegio Universitario de Londres, quien afirmó “que la alimentación con pecho conlleva un gran riesgo de muerte”. Un concepto propio de los países desarrollados con intereses comerciales de sustituir el tan valioso alimento.

Para justificar planteamientos de Costello o los prestadores de servicio de salud de México podría encontrarse razones más que suficientes, sin embargo, Chen y Wang, concluyeron que inclusive para infantes de pre-término, la lactancia materna es un beneficio fisiológico y que la cultura, la raza y el parto de pre-término no deberían ser una excusa para relegar la lactancia materna por sucedáneos bajo el empleo de biberones.

De allí que, “un niño de una comunidad pobre que se alimente con biberón tendrá 14 veces más probabilidades de morir de enfermedades diarreicas y 4 veces más probabilidades de morir de pulmonía que un niño alimentado exclusivamente con leche materna” (UNICEF, 1998)

Esto explica, que una de las fortalezas más preciados para la sobrevivencia de los niños aún en comunidades tan pobres como Huancaraylla es la lactancia materna, la noción materna frente al empleo de biberón coincide con lo planteado por Vandale y Rivera, donde el acto de amamantar es más que un reflejo de una necesidad primaria del bebé desde su nacimiento, así como el primer grito, o el primer lloro, es la necesidad de crear un lazo, de establecer un contacto. El pecho se convierte tanto en fuente de alimento como de consuelo, seguridad, calor, ánimo y tranquilidad. Es un medio de afirmar la convicción indispensable de que es aceptado, amado, y cuyas necesidades afectivas son inmediatamente satisfechas. Entonces, para la mujer andina, el

pecho no es un biberón de carne que se lava, desinfecta o vacía, sino un órgano parte de su cuerpo que a la vez da como manifiesto amor, sentimiento, cólera o rechazo presente en el acto de amamantar. Una expresión vibrante de la vida.

Asimismo, los resultados del estudio nos mostró, sobre conocimientos de las madres en el empleo del biberón como dañino y no necesario en la alimentación infantil. La referencia local de las madres aún definen conocimientos basados en los principios de la alimentación tradicional donde “durante miles de años de la historia humana, la alimentación al pecho de los recién nacidos fue la regla incambiable, las madres al igual que otros especies mamíferos son buenas productoras de leche. La sobrevivencia dependía de eso... el niño cuya madre moría en el parto o sufría algún accidente que le impidiera amamantarlo tenía que ser alimentado por otra mujer lactante de la familia o tribu. (IBFAN, 1987)

Sin embargo, se hace notar la culturización occidental consecuencia de migraciones o informaciones externas del empleo de biberón en la alimentación alternativo a la lactancia materna lo que probablemente ha generado en una minoría de las madres a que busque justificación del empleo de biberón en ocasiones necesario como: cuando fallece la madre o motivos de enfermedad de la madre que afecta directamente, lo que hace que se deje en recuerdo la tradición de la práctica de que el niño sea amamantado por otra madre lactante con cierto grado de familiaridad.

En conclusión, los conocimientos tradicionales de las madres respecto a la alimentación del niño sin el empleo del biberón en la comunidad es una fortaleza para proponer estrategias de difusión a favor de una práctica adecuada. Promocionar un apoyo decidido, desde el interior del estado bajo la vigencia de normas legales, desde las instituciones unificando criterios, desde la comunidad

concertando y de la familia informándose sobre el respeto a la equidad de género y distribución adecuado de roles, dirigidos hacia el mantenimiento de la lactancia materna, es hace que el programa nacional wawa wasi promociona la lactancia materna exclusiva y prohíbe el biberón el uso del biberón en el wawa wasi.

4.3.6. Edad de inicio de consumo de otros alimentos distintos a la leche materna

Los hallazgos encontrados en el distrito de Huancaraylla, indican que el 62% de las madres inician la alimentación de los niños a partir de los 6 meses, lo que atribuyen que a esa edad el niño ya tiene hambre y una cuarta parte inician la complementación alimentaria de sus niños antes de los 6 meses, esto en relación con el sexo dando prioridad al varón, por otro lado que también ya existe el programa nacional wawa wasi que inicia su atención a partir de los 6 meses. Una realidad distinta a los resultados encontrados por Salvatierra G, Yrma, donde las prácticas de ablactancia en un 50% la inicia antes de los 6 meses y más crítico todavía en las comunidades Ashánincas, que acostumbra el inicio de la ablactancia a los 2 meses con el mazato fresco, el cual es de consumo diario para la familia. Enmarcándose un desconocimiento de la función real del alimento en el organismo, la importancia de una alimentación balanceada y la forma cómo lograrlo.

Presencia de prácticas de higiene y manipulación de alimentos inadecuada.

Compartimos con fundamentos planteados por Ponce C. José, en cuanto a las recomendaciones sobre la ablactancia es que ésta debe iniciarse alrededor de los seis meses de edad del niño, a partir de cierto momento la leche producida por las madres resulta insuficiente, asimismo, la ablactancia representa la oportunidad de ingerir alimentos con mayor densidad energética que la leche

materna, y de preferencia no incluir líquidos, incluso caldos, hasta tiempo después, ya que estos alimentos tienen una baja densidad energética (IIN, 1994). Por el contrario, es recomendable que se inicie con purés y papillas, cuya densidad calórica es mayor. (A.B. PRISMA, 1997:66).

En el distrito de Huancaraylla, aproximadamente 1 de cada 3 niños están siendo expuestos al riesgo, unos a contraer ciertas enfermedades por ingerir agua que generalmente no es de buena calidad u otras sustancias sin tener las precauciones adecuadas y otros niños al ser prolongado a la lactancia materna exclusiva y retrasar la ablactancia más allá del sexto mes, donde la leche materna se hace insuficiente antes que el niño complemente su dieta con otros alimentos; Por cualquier forma trae consecuencias nutricionales.

En consecuencia, hay un inadecuado manejo de informaciones concernientes a conocimientos básicos sobre la importancia nutricional en la etapa de ablactancia, entonces podríamos atrevernos a afirmar que Huancaraylla es una de las que forma parte del 15% de las poblaciones del país que se encuentra afectada por lo menos con dos de las tres privaciones humanas: excluido de los conocimientos y privado de un nivel de vida digno.

La tarea más valiosa y cívica es desarrollar la Información, Educación y Comunicación; es obvio que no todos los trabajadores de salud entendemos o conocemos mucho sobre la ablactancia, lo importante es complementar lo que sabemos para transmitir a las mamás un mismo mensaje que conlleven a mejorar las prácticas de alimentación infantil.

4.3.7. Consistencia de alimentos empleados en el inicio de la alimentación complementaria y posterior a ella.

Según resultados cuantitativos, el estudio nos permitió identificar que el 74% de las madres encuestadas del distrito de Huancaralla refieren conocer que el inicio de la alimentación del niño es con comidas de consistencia espesa (mazamorritas, "machca", purés de papa amarilla, mote, cancha, "papilla"), manteniéndose constante el resultado comparado con lo obtenido en el cuadro N° 14 donde las madres asumen conocer que la consistencia de la alimentación diaria de los niños debe ser espesa; valores muy superiores a los resultados ENDES-AYACUCHO (1996), donde niños entre 6 a 11 meses, el 76% recibe de complemento otros líquidos.

Pareciera ser fruto de una amplia difusión de mensajes sobre esquemas adecuados de alimentación infantil a cargo de los programas sociales de apoyos alimentarios(juntos, pnww, pronaa) y el sector salud, sin embargo, los estudios cualitativos nos configuran la distancia entre el conocimiento y la actitud expresada por las madres sumado a ello los resultados de entrevistas en profundidad, quienes responden que la introducción de alimentación complementaria se inicia con alimentos de consistencia líquida, fundamentan como aquello que es fácil de comer para el niño que se supone que está en etapa de aprendizaje, además sustentan la realidad observada donde la alimentación diaria está conformada generalmente de sopa y mates de consistencia líquida.

Coincidimos con la afirmación hecha por Zegarra, Q. según resultados de un estudio en una comunidad vecina, "que paralelamente, entre los 4 a 6 meses, el niño inicia un proceso de ablactancia (semilíquidos) mediante el consumo de papillas elaboradas en base a maíz y otros cereales como la quinua, para que, luego a la edad de 10 meses, aproximadamente, inicie una alimentación en base a los alimentos comunes de la familia

(semisólidos), que son sembrados por ellos mismos”.

En en el distrito de Huancaraylla, la base de la alimentación diaria de la familia está conformado generalmente por sopas de maíz, morón(cebada partida) y trigo de consistencia semilíquida con horarios bien definidos sólo dos veces por día (mañana y tarde), las comidas en horarios que forman el almuerzo (medio día) están condicionados al tipo de trabajo. Todo indica que hay una práctica de malos hábitos de alimentación, aunado a lo anterior la ingesta de poca variedad de alimentos, consumo pobre de proteínas, vitaminas y minerales coinciden con hallazgos informados por Cambroner M. Estas prácticas alimentarias definen la consistencia del alimento en el inicio de ablactancia del niño (a).

Sin embargo, lo ideal es poner en práctica los conocimientos referidos por las madres beneficiarios del PNWW, teniendo en cuenta que la introducción de nuevos alimentos se hará en forma paulatina, sin prisa, muy lentamente y no juntando más de un nuevo alimento cada vez, en toma diurna, probando la tolerancia del niño y dando tiempo a la adaptación de su organismo. “Si el niño se acostumbra desde pequeño a ingerir alimentos espesos y sólidos aun cuando, más adelante, sea inapetente y consuma pequeños volúmenes adquirirá suficientes calorías y proteínas a diferencia de lo que ocurriría si sólo acepta alimentos líquidos” Ponce C.

Se demuestra, que las capacitaciones no están siendo culturalmente aceptados y practicados, tal vez en las orientaciones no está considerándose alimentos localmente disponibles o que las madres aprenden dichos mensajes condicionado a la recepción de sus raciones de alimentos, conocedores de que las instituciones responsables, antes de la distribución evalúan los conocimientos ofrecidos en reuniones o eventos de capacitación; sobre el particular, la obtención de raciones de alimentos de los programas

de apoyos alimentarios se convirtió en una necesidad primordial de la familia que para obtenerlo se valen a diversos medios como asistir a las charlas educativas, simular estar embarazadas o hasta situaciones extremas de restringir la alimentación de su niño para demostrar la desnutrición. Esto significa distinguir bien la determinación cultural de la alimentación familiar y la falta de recursos de la población.

4.3.8. Frecuencia de alimentación de un niño menor de 1 año y de 1 a 4 años de edad

Según los resultados casi la mitad de las madres encuestadas en el distrito de Huancaraylla, refieren conocer que la frecuencia de alimentación en niños menores de un año es de 5 veces al día que bajo la percepción local es el término de alimentación óptima, y es inferior a los hallazgos de estudios realizados por ENDES, 2000:169 quienes ubicaron un promedio de 5.4 veces de consumo de algún alimento en niños lactantes de 6-9 meses de edad; Según este resultado se podría suponer que casi 1 de cada 2 madres conocen la frecuencia de la alimentación de un niño menor de un año (4 a 5 veces por día).

Por otra parte, en relación a la frecuencia de alimentación en niños entre 12 a 48 meses de edad sufre un descenso al expresar que sólo 1 de cada 10 madres conocen que la alimentación es 5 a más veces durante el día; lo que se atribuyen a los conocimientos adquiridos durante sesiones de capacitación en las organizaciones comunales como Clubes de Madres, programa nacional wawa wasi y otros. Se tiene como ideal al estándar 5 veces durante el segundo año, luego el niño se acomoda al patrón familiar y cultural de alimentación. Este patrón incluye 3 comidas sustanciosas por día y si es necesario 2 comidas de menor cantidad a 1/2 mañana y a 1/2 tarde. (ENDES, 2000:169)

En Huancaraylla, la aplicación de los conocimientos a las prácticas diarias está estrechamente relacionado a las actividades de una madre, es evidente que la permanencia de la familia en el hogar es sobre todo por las noches ya que en horarios diurnos a partir de las siete de la mañana hasta las cinco de la tarde la ocupación es en actividades fuera del hogar, que generalmente es la actividad agrícola. Éste hecho nos hace suponer que los niños están expuestos a riesgos nutricionales por tres razones:

primero, el trasladarse a lugares lejanos y los hábitos propios hace que no se lleve

consigo alimentos para que el niño coma durante la permanencia, mientras la madre ciega al hambre con el coqueo (consumo de hoja de coca), segundo el transportar alimentos al campo no garantiza la condición de consumo debido a que está expuesto a factores externos como gérmenes patógenos, calor o frío del medio ambiente, y tercero el alimento a ser transportado con facilidad al campo y con mayor frecuencia es la “cancha” o “mote” de maíz o algunos tubérculos como papa, mashua y oca cocidas; ósea la alimentación se torna en base a carbohidratos muy carentes de proteínas, vitaminas y minerales. Este tipo de alimentación generalmente se desarrollan los sábados y domingos cuando el programa nacional wawa wasi no atiende.

Otros estudios de “Consumo de Alimentos en el Perú 1990-1995” (A.B. PRISMA, 1997:64), presentan resultados relacionado a los tiempos de comida donde los niños tienen mayor participación como son el desayuno, el almuerzo y la cena; en todos los dominios, la media tarde fue el tiempo de comida con la menor participación. Lo que frente a las percepciones reveladas en el distrito de Huancaraylla no comparte este hecho, es posible que los hábitos y costumbres de la alimentación en la zona sea un factor preponderante sobre los conocimientos adquiridos de los sectores

de intervención.

En consecuencia, todo indica que buena proporción de madres maneja informaciones adecuadas en relación con la frecuencia de la alimentación de niños menores de un año y expresa una disminución en la frecuencia de alimentación de 12 a 60 meses de edad; sin embargo, las actitudes percibidas reflejan una pobre influencia en las prácticas diarias. Amerita profundizar estudios relacionados a múltiples segmentos culturales los cuales muestran todo un bagaje de conocimientos, creencias, actitudes y prácticas nutricionales de la población infantil en la comunidad en estudio y otros que tengan ciertas similitudes.

4.3.9. Alimentos (grasas) que mejoran la consistencia de la comida del niño.

Los resultados demuestran que la grasa es el componente nutricional menos consumida en el distrito de Huancaraylla, ósea, 1 de cada 4 madres en el distrito de Huancaraylla conoce el empleo de las grasas en la alimentación infantil una cifra inferior al resultado de ENDES, 2000:169 que es 1 de cada 2 niños que recibieron alimentos preparados con grasa, aceite o mantequilla en las 24 horas antes de la encuesta. Al mismo tiempo, nuestro estudio coincide con resultados de A.B. PRISMA, 1997, publicado en el informe final de la investigación "Consumo de Alimentos en el Perú 1990-95" donde hacen constar la deficiencia de ingesta de grasas a lo que atribuyen como la principal causa del déficit energético de la dieta infantil, afectando a casi 90% de la población en los dominios de sierra y selva alta.

El consenso de Autores del INCAP/OPS, definen: "las grasas son la fuente más concentrada de energía, ayudan a la formación de hormonas y membranas, así como a la absorción de algunas vitaminas y ellos pueden ser de origen animal y vegetal.

Agregar aceite (una cucharadita) o margarina a la preparación de las papillas o purés para los niños pequeños, como lo realiza las socias de cocina en el wawa wasi, es proveer mayor cantidad de energía. Por otro lado, es importante señalar que a los niños NO se les debe limitar el consumo de grasas, especialmente a los que tienen bajo peso, porque las grasas les ayudan a aumentar su consumo de energía y a mejorar su peso". (INCAP/OPS, 1998)

Partiendo de la definición, todo indica, que el consumo de grasas en la comunidad en estudio está relacionado a factores de conocimiento, acceso y las barreras culturales; todavía en el distrito de Huancaraylla persisten las creencias de que el niño no debe comer grasas, esto pareciera estar permitido sólo en adultos.

Entonces, en función a los resultados del estudio podríamos atrevernos a plantear de que en el distrito de Huancaraylla se presenta uno de los grandes problemas de inadecuado manejo de información sobre la importancia del empleo de grasas en la alimentación de los infantes dejando como secuela el gran riesgo de malnutrición infantil.

Lo que implica que las comunicaciones para cambios de comportamiento son diferentes de la educación en nutrición según sus prácticas típicas. Para ser eficaces los mensajes de cambios de comportamiento deben orientarse a determinadas conductas identificadas en el ámbito local, basadas en investigaciones formativas de prácticas específicas locales, de los recursos disponibles, de los obstáculos físicos, sociales y culturales. Un enfoque multifacético basado en circunstancias de orden local, tiene mayores probabilidades de superar los obstáculos de las personas y hogares adoptando una práctica determinada en lugar de una estrategia basada sólo en un medio de comunicación, involucrando una amplia representación del ámbito familiar, incluyendo a los padres y otras personas encargadas del cuidado

de los niños.

4.3.10. Frecuencia de requerimiento de alimentos del estómago del niño en comparación con el estómago del adulto.

Las diferencias en el requerimiento de alimentos del estómago de un niño y del adulto, son adecuadamente manejadas por la mayoría de las madres beneficiarios del PNWW del distrito de Huancaraylla, dichos conocimientos están relacionados al tamaño comparado con el estómago de un adulto, y basándose en el tipo de alimento y frecuencia con que consume. Una minoría de madres lo relacionan el tamaño del estómago y el requerimiento de alimentos con el consumo de alimentos en las mismas horas con los adultos. Esto más se refiere al hambre que presenta el niño y las veces que solicita la comida.

Estando de acuerdo con planteamiento de UNICEF en la edición sobre Desarrollo Físico Infantil “el estómago del niño es mucho más pequeño que el de una persona adulta, y por ello un niño no puede ingerir la misma cantidad de alimentos que un adulto en una sola comida. Sin embargo, sus necesidades energéticas son mayores con relación a su tamaño. Esto plantea el problema de cómo conseguir que el niño tome la cantidad suficiente de alimentos energéticos. La solución es la siguiente: alimentar al niño con frecuencia, entre cinco o seis veces diarias y enriquecer la papilla con puré de verduras y un poco de aceite o de grasa”.

Concluimos, que el manejo de conceptos inapropiados de las madres sobre aspectos puntuales como el tamaño y requerimiento de alimentos diferenciados entre el estómago de un niño y del adulto genera una tremenda brecha en la búsqueda de solución a problemas de salud pública frente a la nutrición infantil.

Es importante, determinar factores específicos, tal vez poco

perceptibles o denominados de menor categoría, pero de alto grado en generar problemas de malnutrición infantil. Ello permitirá una orientación a las instituciones decisoras y dirigir sus actividades a puntos críticos localizados.

4.4. Alimentación de un niño durante la enfermedad (frecuencia, consistencia y tipo)

La frecuencia de la alimentación durante la enfermedad en el distrito de Huancaraylla, es de una manera inadecuada; el 96% de las madres encuestadas refieren dar de comer menos de 5 veces durante el día y sólo el 4% de las madres conocen la frecuencia ideal de la alimentación de un niño enfermo durante el día un concepto convencionalmente aceptado por el sistema biomédico (6 a más veces durante el día).

Asimismo, 1 de cada 3 madres encuestadas refieren conocer que la alimentación de un niño enfermo es en base a alimentos de consistencia líquida (mates, caldos, panetelas y otros); mientras el 66% madres manifiestan que la alimentación de un niño enfermo debe ser con alimentos de consistencia espesa como mazamorras, papillas y otros. Todo indica, que los conocimientos encontrados en la comunidad en estudio es superior a los resultados publicados por A.B. PRISMA, 1997:76 en el estudio de "Consumo de Alimentos en el Perú 1990-1995" que hace constar sobre las actitudes en cuanto a la alimentación de un niño menor de tres años con diarrea, donde los mates e infusiones son los líquidos más ofrecidos a los niños durante un episodio de diarrea, seguido por las sopas y la leche materna; al igual que los resultados del estudio en Comas-Lima, donde ante situaciones de diarrea, se opta por preparaciones como panetelas y mazamorras (25%) y líquidos y sopas desgrasadas, excluyendo los de mayor densidad calórica como guisos y segundos e incluso la leche, por "empeorar la diarrea". Este tipo de alimentación se presenta con una mayor

prevalencia en los dominios de sierra y selva.

Por otro lado, estudios cualitativos en caso de Huancaraylla reflejan los conocimientos sobre la preparación de alimentos durante la enfermedad del niño que se mantiene sin variación, ósea, se le ofrece al niño enfermo las comidas diarias que acostumbra emplear la familia y que generalmente está conformado por sopas de cereales como cebada o maíz, además la frecuencia de alimentación está en relación al apetito del niño enfermo. La misma que es corroborado por los estudios de cambios de la alimentación durante los episodios de diarrea, donde en la región Arequipa se presentaron la más alta prevalencia de madres que refirieron haber mantenido sin cambios la alimentación durante el período de diarrea (A.B. PRISMA, 1997:74).

Según las bibliografías internacionales, mientras que las enfermedades infecciosas están determinadas en gran parte por factores ambientales (incluyendo saneamiento e higiene), las tasas de mortalidad infantil se relacionan aún más con el estado nutricional, que afecta a la capacidad del organismo para combatir la infección. De la premisa, se afirma según resultados de estudios efectuados en China que “la desnutrición mantenida en el tiempo es una de las principales causas del incremento en la incidencia, gravedad y mortalidad de la diarrea”. Para lograr una tasa de mortalidad infantil más baja, el estudio concluye que, en lugar de centrarse en medidas tecnológicas, “los recursos estarían mejor dirigidos, si se destinaran a que los pobres tuvieran más acceso a la comida”.

Discrepamos a los conceptos de los defensores de la Atención Primaria de Salud Selectiva, quienes buscan formas de combatir la desnutrición mediante medidas tecnológicas, en lugar de corregir sus causas; para defender esta posición, insisten en que la causa principal de la desnutrición infantil no es la escasez de alimentos,

sino las infecciones repetidas, van aún más lejos, concluyendo que las afecciones diarreicas constituyen una de las causas principales de desnutrición, lo que está demostrado contrariamente que un niño bien nutrido aunque presente diarrea las pérdidas de peso es menor y este efecto es transitorio y la recuperación se produce en semanas. Ponemos enfrente los hallazgos de “Werner, et al. (2000)” quienes indican que la falta de alimento es más que la diarrea frecuente la que causa el pobre estado nutricional de esta comunidad.

Estamos seguros de que “las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias agudas interaccionan con la desnutrición, de forma que la mayoría de las muertes se producen no por un hecho concreto, sino por una espiral descendente con múltiples elementos que se combinan y se potencian unos a otros”

Entonces, “durante la enfermedad, la alimentación es un factor determinante para el mantenimiento de los requerimientos nutricionales, donde posiblemente se presenten problemas como pérdida de apetito. Para ello es fundamental que el niño reciba gran cantidad adicional de alimentos con lo que podría recuperarse y no mostrar efectos de largo plazo en su crecimiento”.

En caso Huancaraylla cabe señalar, que algunas madres aún refieren conocer alimentos que se restringe durante los episodios de diarrea básicamente con el afán de controlar el mal; estos alimentos que se limita según costumbres sociales vienen a ser los alimentos conocidos como “pesados” en la localidad y estos son: sopas o segundos de trigo, papa y algunas menestras.

Dentro del contexto comunal, probablemente la escasez de información sobre cómo prevenir las infecciones y cómo usar la comida para favorecer el crecimiento, las recargadas actividades agrícolas, poca valoración de los niños, infantes que viven a

menudo en hogares donde apenas existen alimentos adecuados, barreras culturales y el escaso conocimiento sobre las consecuencias negativas de una inadecuada frecuencia de alimentación durante la enfermedad son factores desencadenantes de la desnutrición. Por otro lado, si el apetito está disminuido implica que el niño no tiene hambre, y dentro del conocimiento popular no está registrado como algo alarmante o de peligro las consecuencias desastrosas que puede causar dar alimentación con frecuencias mucho más disminuidos que un niño sano.

En consecuencia, una estrategia de dependencia en alimentación adicional durante los episodios de la enfermedad probablemente sea menos efectiva para reducir el enanismo que aquella orientada a prevenir la enfermedad. En este sentido, una de las funciones más importantes que deben desempeñar las instituciones organizados multisectorialmente, deben estar basados en orden local, dirigido a involucrar a la representación del ámbito familiar, especialmente a los padres para cumplir las estrategias de prevenir las enfermedades recurrentes (enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias agudas). Si bien se sabe que para tener buenas posibilidades de sobrevivencia, el niño necesita una alimentación adecuada todo el tiempo.

V. CONCLUSIONES

1. Situación familiar y socioeconómica

- a) Las representaciones socio culturales y el medio donde habita caracterizan al poblador de Huancaraylla reflejándose en ella los hábitos, costumbres y la forma de vida en el hogar, que influye en el nivel instrucción de las madres, los factores que intervienen tipifican la condición económica precaria de la familia, las recargadas labores en la infancia que define la importancia de mano de obra de las hijas dentro de la

economía familia, a ello se incluyen los valores culturales de los padres para con la educación de las hijas en comparación con los hijos. Todo lo descrito define el futuro hogar, sin importar el beneficio del nivel de instrucción. Asimismo, la ocupación de las madres en su gran mayoría es característica (casa, chacra y pastoreo) de una economía de autoconsumo y carente de valor productivo en la economía familiar y economía nacional. Ello implica que a las madres les queda escaso tiempo para realizar otras labores como la alimentación, el cuidado de salud y la educación de los niños.

- b) En Huancaraylla, las madres entre 36 a 45 años de edad, conocen que tener el número de hijos en el hogar, es en función al rol que cumple en la familia y comunidad, según conceptos locales la toma de decisión para determinar cuántos hijos tener no es de libertad toda vez que ella es producto de la imposición del marido de un lado y familiares mayores “suegras” por otro lado, sumado la cosmovisión andina sustentado en un don sobrenatural “Dios”. Conocimiento que sufre cambios de acuerdo a la edad de madres (14 a 35 años) quienes denominan tener hijos “contra la voluntad”.

2. Características de la alimentación en la familia

El conocimiento en relación a la distribución del alimento tanto en orden, cantidad e incluso calidad dentro de los miembros de la familia está determinado por el factor cultural y la cosmovisión local: el respeto a la jerarquía (padre y jefe del hogar) y bien enmarcado la diferencia de género; siendo postergados los niños(as) menores y la madre que por un lado se relega por si misma aparte de ser marginadas.

3. Lactancia materna exclusiva, lactancia materna y alimentación complementaria de un niño

- a) Nuestro estudio mostró que las madres del distrito de Huancaraylla conocen la importancia y empleo del calostro como un alimento vital en la nutrición del recién nacido; sea ésta como un conocimiento en relación a las observaciones del medio entorno o como influencia de la sociedad local que se transmite de generación en generación. El calostro es localmente conocido como “corta” o “ccello”. Por otro lado, la lactancia materna es parte de una concepción cultural milenaria con convicciones profundas y muy benéficas por su accesibilidad y costo bajo que difiere de otras investigaciones citadas. Esto se explica por los conocimientos, actitudes y prácticas que son propias de la localidad rural. Nos muestra estadísticamente que el 74% de las madres conocen la lactancia materna exclusiva, sin embargo, hay una marcada diferencia con la práctica inadecuada caracterizado por la introducción temprana de mates y caldos. Cabe señalar que ni el trabajo recargada de ellas es motivo de dejar de lactar a sus niños, estas mujeres se basan en las estrategias de acomodo de sus funciones de madre, mismas que van desde llevar al niño al lugar de trabajo, hasta recurrir a parientes femeninos más cercanos (hijas mujeres).
- b) Las madres, refieren que el uso de biberón para la alimentación de sus hijos, es rechazado en un 80%, esto explica, que una de las fortalezas más preciados para la sobrevivencia de los niños aún en distritos tan pobres como Huancaraylla es la lactancia materna, la noción materna frente al empleo de biberón es como dañino y frío que no confiere lazos de unión o contacto con la madre. Entonces, para la mujer de Huancaraylla, el pecho no es un biberón de carne que se lava, desinfecta o vacía, sino un órgano parte de su cuerpo que a la vez da como manifiesto amor, sentimiento, cólera o rechazo presente en el acto de amamantar.

- c) Sobre el destete, los hallazgos configuran los conocimientos y actitudes tradicionales resultado de un largo proceso intergeneracional, que ha sido producido colectivamente, y que a la fecha siguen sosteniendo la forma de sociedad local de Huancaraylla. El destete en dicho distrito suele practicarse entre las edades de 2 a 4 años inclusive, el concepto de fuerza productiva del poblador está directamente relacionado con el período de duración de la lactancia “... *el niño que lacta por más tiempo es más fuerte*”.
- d) Con relación a la consistencia y frecuencia de la alimentación, el estudio concluye que el 74% de madres refieren conocer el inicio de la alimentación del niño que es de consistencia espesa (mazamorritas, "machca", purés de papa amarilla, mote, cancha, "papilla"), manteniéndose constante el resultado en la consistencia de la alimentación diaria de los niños que debe ser espesa, así mismo, con una frecuencia adecuada en niños menores de un año y se expresa una disminución en la frecuencia a partir de 12 a 48 meses de edad; sin embargo, los estudios cualitativos en ambos casos nos configuran la distancia entre el conocimiento y la actitud expresada por las madres donde la introducción de alimentación complementaria se inicia con alimentos de consistencia líquida, porque es fácil de comer para el niño y es la alimentación diaria de las familias que está conformado generalmente por sopas de maíz, morón(cebada partida) y trigo de consistencia semilíquida de dos a tres veces al día debido a las recargadas actividades y la poca permanencia de las madres en el hogar.
- e) Todo indica, que el consumo de grasas en el distrito en estudio está relacionado a factores de conocimiento, acceso y las barreras culturales; todavía en el distrito de Huancaraylla persisten las creencias de que el niño no debe comer grasas, esto pareciera estar permitido sólo en adultos. En

consecuencia deja como secuela el gran riesgo de malnutrición infantil.

4. Alimentación del niño durante la enfermedad

Dentro del contexto comunal, pese a conocer sobre la consistencia espesa de la alimentación de un niño enfermo, es aún evidente la poca información en relación a la frecuencia y el empleo adecuado de los alimentos durante la enfermedad de un niño.

Las recargadas actividades agrícolas, poca valoración de los niños, infantes que viven a menudo en hogares donde apenas existen alimentos adecuados y las barreras culturales son factores limitantes de las prácticas de dichos conocimientos y desencadenantes de la desnutrición. Asimismo, si el apetito está disminuido implica que el niño no tiene hambre, y dentro del conocimiento local no está registrado como algo alarmante o de peligro, las consecuencias desastrosas que puede causar dar alimentación con frecuencias mucho más disminuidos que un niño sano.

VI. RECOMENDACIONES

En base a los hallazgos obtenidos en el presente trabajo, me permito sugerir a las instituciones comprometidas con los programas nacional wawa wasi y otros programas sociales de apoyo alimentario, al distrito de Huancaraylla y a las personas e instituciones interesadas en el tema, las siguientes recomendaciones:

1. Diseño y aplicación de una propuesta de intervención estratégica en aspecto de nutrición infantil en Huancaraylla que tome en cuenta lo siguiente:
 - Fortalecer la articulación entre las instituciones y la comunidad para un verdadero entendimiento buscando

puntos de encuentro entre las concepciones tradicionales y los contenidos educativos preventivo promocionales sobre nutrición infantil.

- Proponer nuevas estrategias de desarrollo y actualización del potencial, de conocimientos y capacidades tanto individuales como colectivas en el ámbito comunal desde una perspectiva de estimular la responsabilidad individual, familiar y comunitaria en la resolución de sus problemas dando un valor social a los esfuerzos que realizan para superar su situación, dejando la concepción tradicional de “incapacidad”, “vulnerabilidad”, o “marginalidad”.
- Reorientar la estrategia de los programas sociales de apoyo alimentario, considerando como elemento fundamental de cambio a las Organizaciones Sociales de Base y teniendo en cuenta el valor de la dignidad humana de cada persona en situación de pobreza, de sus potencialidades y capacidades que remita como mínimo combinar con una comunicación para el cambio de comportamiento, integrando a los servicios de atención de la salud, involucrando la participación comunal y asociando la intervención de otros sectores, especialmente en la agricultura y la educación; a partir de las conductas identificadas, recursos alimenticios propios disponibles y obstáculos físicos culturales en el ámbito local.
- Promover el autodesarrollo y empoderamiento en aspecto nutricional como principio fundamental, de todo ser humano, a partir de su autoestima, despertando, incentivando y fortaleciendo sus propias capacidades que ya tienen los agentes sociales, de tal suerte que se generen procesos de mejoramiento sostenido basados en sus propios esfuerzos.
- Tomar en cuenta estilos de vida saludable y promover la

construcción de una interculturalidad saludable abandonando que las creencias populares son incompatibles con el combate común a la desnutrición, efectuando una invitación a la acción y al desarrollo humano y no imponiendo con programas verticales.

- Reconocer a las madres sobre las recargadas labores en el hogar como en actividades agrícolas y diseñar propuestas que encaminen a la redistribución del tiempo y actividades de la madre en función a los miembros de la familia.
 - Aplicar las propuestas de intervención en comunidades con características similares a la del estudio, particularmente en las poblaciones sierra andinas de nuestro país.
2. Desarrollo de investigaciones con metodologías apropiadas para un abordaje profundo en estudios de Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre nutrición infantil en relación a la seguridad alimentaria y la cosmovisión andina de este segmento distrital.
 3. Tomar en cuenta los hallazgos de la investigación para el fortalecimiento de los contenidos educativos relacionados a la nutrición en la currícula de los Centros Educativos en todos los niveles de enseñanza, con adecuación cultural en el modelo formativo a nivel de la enseñanza universitaria implícito en su accionar.

CAPITULO III

CENTRO DE EJERCICIO PROFESIONAL

3.1. LOGROS Y METAS ALCANZADOS

Logros obtenidos en el Servicio de Cuidado Diurno (wawa wasi):

- 57,817 niñas y niños entre 06 y 47 meses de edad, usuarios del Servicio Cuidado Diurno fueron atendidos por el Programa en la UT Ayacucho.
- 57,748 niños y niñas atendidos por el programa cuentan con DNI.
- 13'921,741 raciones alimenticias para el consumo de niños y niñas del PNCM fueron entregadas durante el año 2012.
- Funcionamiento de 591 Comités de Gestión que asumen la co-gestión del servicio de cuidado diurno en la UT Ayacucho.
- Transferencia de recursos a los Comités de Gestión para el Equipamiento de los locales comunales y familiares del Servicio de Cuidado Diurno según la propuesta de atención integral :
 - 4,902 Equipamiento de locales familiares.
 - 955 Equipamiento de locales comunales.
 - 85 Equipamiento de los servicios alimentarios.
 - 31 Equipamiento de Centros Infantiles de Atención Integral (CIAI).

- Reequipamiento de 759 servicios alimentarios mediante la entrega de un kit de utensilios de cocina y de mesas de acero inoxidable para garantizar la adecuada higiene y desinfección en la preparación de los alimentos.

- Transferencia de recursos a los Comités de Gestión para el mejoramiento de:

- 10 locales comunales cedidos por la comunidad para migración del servicio de local familiar a comunal.

- 31 Mejoramientos y Adecuación de espacios para los Centros Infantiles de Atención Integral.

- 6,242 extintores entregados a locales familiares, comunales y servicios alimentarios del Servicio de Cuidado Diurno, para garantizar la seguridad en casos de probables siniestros.

- Equipamiento, iniciado en el año 2011, llegando a proveer botiquines a 302 Comités de Gestión, con lo cual se alcanzó al 100% de estos.

- Inauguraciones de Centros Infantiles de Atención Integral Cuna Más

- Centro Infantil de Atención Integral "Socos" en Ayacucho.

- Incorporación de S/. 69.7 millones de nuevo soles al presupuesto institucional de FONCODES para la construcción de 100 CIAI Cuna Más para el 2013.

- Implementación de un Sistema de Alertas para la DE, Unidades Técnicas y Unidades Territoriales, con indicadores claves sobre el desarrollo infantil y de los servicios.

- 575 profesionales del equipo técnico del Servicio Cuidado Diurno

fortalecidos en operatividad y gestión de los servicios del PNCM.

- 4,712 Actores Comunales de Comités de Gestión y Consejos de Vigilancia fortalecidos en sus roles y funciones para la gestión y vigilancia de los servicios del SCD.

- 5,801 cuidadoras y 1,012 guías fortalecidas para la atención integral de niñas y niños usuarios de los Servicio Cuidado Diurno con calidad, a través de la estrategia Capacitación en la Práctica.

- 5,801 cuidadoras, 1,012 guías y 536 profesionales de los equipos técnicos de las UT con conocimientos y habilidades en prevención de accidentes y primeros auxilios (Convenio con la Cruz Roja).

- 20 miembros del equipo técnico y 140 actores comunitarios de las Unidades Territoriales del Servicio Cuidado Diurno capacitados para la implementación del programa piloto 2013.

- Se han desarrollado actividades para la promoción y desarrollo de prácticas de cuidado infantil en 591 comités de gestión de las 36 sedes zonales, logrando atender a 11,820 familias usuarias.

- 7,914 cuidadoras de igual número de módulos de cuidado diurno se les ha dotado de materiales educativos para el trabajo con familias usuarias.

- Evaluación y certificación física y psicológica de 7,498 Cuidadoras y Guías y certificación de salud a 1,947 Socias de Cocina.

- Según las evaluaciones del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN) a los Servicios Alimentarios, las preparaciones destinadas a los niños cumplen con los criterios de calidad nutricional y calidad sensorial.

- Definición y aprobación de diseños arquitectónicos, organización de ambientes y especificaciones técnicas y criterios de calidad de

materiales para la implementación de CIAI Cuna Más y de los servicios de cuidado diurno incorporados del ex PNWW.

- "Lineamientos Técnicos para la Implementación del Piloto de Servicio de Cuidado Diurno y para el Equipamiento y Mejoramiento de los Servicio del Programa Nacional Cuna Más" – RDE N° 229-2012-MIDIS/PNCM (17/07/2012) – Directiva N° 003-2012-MIDIS/PNCM.

- "Lineamientos para el Mejoramiento y Equipamiento de los servicios de cuidado diurno del Programa Nacional Cuna Más" - RDE N° 266-2012-MIDIS/PNCM (13/08/2012) - Directiva N° 004-2012-MIDIS/PNCM

3.2. LECCIONES APRENDIDAS

Servicio de Cuidado Diurno (waw wasi)

Incorporamos al servicio de cuidado diurno que brindaba el ex PNWW, que tenía un enfoque metodológico sustentado en los derechos de la familia y la mujer, básicamente por el Sector al que estaba adscrito. Con la creación del PNCM y su adscripción al MIDIS, se cambió dicho enfoque reorientándolo hacia las niñas y niños usuarios del servicio, con el objetivo de superar las brechas de su desarrollo cognitivo, social, físico y emocional. En dicho marco, se inició un proceso de rediseño del servicio buscando proporcionar una mayor calidad y obtener mejores resultados e impacto en el desarrollo infantil. Entre los aspectos que se han incorporado como consecuencia de ese proceso podemos citar:

- ✓ Nueva propuesta de atención integral con estándares de calidad: se ha elaborado un documento de Principios y Estándares del PNCM, que define ocho aspectos clave para garantizar la calidad

de los servicios: (1) el programa promueve niños y niñas saludables, felices y competentes (2) los cuidados como fuente de afecto y aprendizaje, (3) un ambiente que promueve el bienestar, (4) una relación cercana con las familias, los principales educadores de los niños y niñas, (5) un adulto que escucha y responde respetando la individualidad de cada niño y niña, (6) un adulto que observa, registra y planifica, (7) una comunidad que participa para construir una cultura democrática, (8) un programa que valora e incorpora la diversidad y promueve la inclusión de todos.

- ✓ Mejor infraestructura: construcción de nuevos centros infantiles y mejoramientos de locales comunales y servicios alimentarios existentes con aportes del PNCM y socios (Gobierno regional, Gobierno local, ONGs, empresas), incluyendo comedor, sala de cuidado diurno diferenciado según los grupos etarios y área exterior de juego al aire libre.
- ✓ Mejor equipamiento y materiales educativos: dotación de mobiliario nuevo y materiales educativos a todos los servicios de cuidado diurno del PNCM (incluidos los Hogares de Cuidado Diurno, Centros de Cuidado Diurno y los Centros Infantiles de Atención Integral-CIAI)
- ✓ Organización de las salas de cuidado diurno en áreas de juego: área de juego sensorio motor; área de juego simbólico; área de biblioteca; área de construcción; área gráfico plástico y juegos tranquilos.
- ✓ Reorganización del personal para la prestación del servicio: cada sala de entre 8 y 16 niños estará a cargo de dos adultos cuidadores, según la edad de estos; incorporación de una educadora para los CIAI, incremento en el número de especialistas de educación, salud, nutrición, gestión comunal e infraestructura y equipamiento por unidad territorial para mejorar la calidad del acompañamiento técnico a los servicios. Los acompañantes

técnicos estarán a cargo de 12 salas como máximo, antes tenían a su cargo hasta 30.

- ✓ Fortalecimiento de los actores comunales: se ha incluido nuevo actores comunales como el apoyo administrativo al Comité de Gestión y el apoyo en vigilancia y limpieza para los Centros Cuna Más que reciben un estipendio, y se han incrementado los estipendios a las cuidadoras, guías y socias de cocina. Adicionalmente, se viene ejecutando capacitaciones de los Comités de Gestión, cuidadoras, guías y socias de cocina sobre la nueva propuesta de atención integral del programa. Existía una alta tasa de deserción de actores comunales que afectaba la calidad en las prestaciones de los servicios y ocasionaba un costo de aprendizaje que se perdía. Con estas medidas esperamos generar mayor permanencia, compromiso y competencias en los actores comunales.
- ✓ Elaboración y dotación de materiales para la formación de profesionales y actores comunales y para la prestación del servicio: se han elaborado un Plan de Formación, guías, videos, cartillas de registro de información, paneles de seguimiento del desarrollo del niño, fichas de programación de actividades, instrumentos para medición de la calidad de los servicios, etc).
- ✓ Finalmente, es necesario señalar que se ha reformulado el Programa Presupuestal del servicio de Acompañamiento a Familias del PNCM, a fin de incluir el servicio de cuidado diurno, para que el año 2014, ambos servicios sean considerados en un único programa presupuestal.

CONCLUSIONES

1. Existe una necesidad imperativa de comprender el tema de las políticas desde una percepción antropológica, que implica entender el tema social de los usuarios o de la población beneficiaria, dando respuesta al problema que quiere resolverse desde un enfoque y desde la percepción de actitudes que poseen las madres y la población beneficiarias del PNWW frente a la problemática de la nutrición infantil de niños andino rurales (Huancaraylla). Lo que conllevaría a disminuir brechas existentes entre una visualización “desde fuera” vista por las instituciones comprometidos en el tema de nutrición y pasar a una “desde dentro”, reforzando acciones que a favor de la nutrición infantil se vienen desarrollando en esta población.
2. Conjuntamente con los usuarios o la población beneficiara se debe construir modelos de comprensión y explicativos de las acciones que deben implementarse, los cuales deben estar de la mano con las posiciones comunales (diversas formas de organización de la sociedad civil organizada) e institucionales reconocidas. Donde los aportes individuales y colectivos deben ser los elementos constructores para una intervención conjunta y estratégica, de modo que ella se convierta en un acción programa sostenible en el tiempo.
3. Considerar como elemento fundamental desde la comunidad la capacidad resolutive que en problemas de nutrición poseen las organizaciones y autoridades de esta comunidad, lo que implica

reconocer que existen diversas miradas para entender los problemas que intentamos resolver desde las instituciones estatales, que en muchos casos desecha el baúl cultural de la comunidad, por tanto se requiere un enfoque intercultural donde se considere el involucramiento de todos los sectores y concluya que la solución no siempre debe venir desde los especialistas ciudadanos o intelectuales.

4. En la totalidad de proyectos y programas lo que debe lograrse es el empoderamiento de la población en aspectos de nutrición e involucrar una amplia representación del ámbito familiar, incluyendo a los padres y otras personas encargadas del cuidado de los niños, quienes cumplirán actividades intermedias en dichos procesos, solo ese proceso podría garantizar su sostenibilidad y éxito.
5. Y finalmente la participación del antropólogo como mediador entre culturas podría garantizarnos la empatía y tolerancia entre los interlocutores válidos para este proceso, no se trata de seguir transfiriendo experiencias exitosas de otras realidades, se trata de contextualizar las experiencias.

BIBLIOGRAFÍA

- A,B; PRISMA (1997). "Consumo de alimentos en el Perú 1990-1995". Lima-Perú.
- Alarcón, P. y otros. (1994). "Los Niños". USAID/A.B. PRISMA, Lima – Perú.
- Arévalo, C. Barrantes, L. Camey E. (1998). "Guías Alimentarias para Guatemala: Los siete pasos para una alimentación sana". Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá. Copyright © 1998.
- BARIOCHI U. Nelly (1997). "Perfil Nutricional del País- Perú" INS-Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. Lima-Perú.
- Calandro, Ann. RNC, IBCLC. (2001). noticias / expertos P & R / fuentes / comunidad / diarios. "Calostro: Descubrir Oro". <<http://LactanciaHoy.com> © 2000-2001 iParenting Español, LLC.>
- CAMASCA G. Rubén (1999). "Educación Nutricional de las Madres y su implicancia en el Estado Nutricional de los niños menores de 3 años de los distritos de Chiara y Carmen Alto". Ayacucho-Perú.
- Camasca G., R. (1999). *"Educación Nutricional de las Madres y su implicancia en el Estado Nutricional de los niños menores de 3 años de los distritos de Chiara y Carmen Alto"*. Ayacucho.
- Cambronero, M., Núñez, H. y otros (2000). "Atención de la Desnutrición Infantil: Un Enfoque Interdisciplinario". Costa Rica. <<http://www.iacd.oas.org/Educa135/CostaRica2000/Costa-Rica2000.htm>>
- Chen CH, la TM de Wang, Chang HM, Chi CS. (2000) "El efecto de pecho – y botella-alimentando en la saturación de oxígeno y temperatura del cuerpo en los infantes pretérminos, Periódico de Lactación". Taiwán- Este Chino.
- CIDRA; PROGRAMA DE INVESTIGACIÓN ESCAD/CIDRA. (1999). "Estudio sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas de las madres en relación al embarazo, Parto y Puerperio en la Red de Salud San Francisco". Ayacucho-Perú.
- Colombres A. (1992). "Manual de Promotor Cultural, bases teóricas de la acción". Argentina: Editorial Humanitas, Ediciones Colihue.

- Cortez, R. (2004). *El estado de la niñez en el Perú*. Lima: UNICEF.
- Day, Robert (1996). "Cómo escribir y publicar trabajos científicos". 2da. Ed.- Washington, D.C.: OPS.
- Dettwyler, Catherine A. 2001. "La hora de destete". Universidad de Texas Austin, Departamento de Antropología. EE.UU. <http://www.utexas.edu/>
- Dirección Regional de Salud Ayacucho. (1999) "Evaluación Anual Micro Red Chuschi". Ayacucho-Perú.
- EIGNER Ulrike (1995). "Nutrición Infantil en los andes nuevos, enfoques en la medición e interpretación del estado nutricional en la niñez". Lima-Perú.
- ENDES-AYACUCHO, (1996). "Población Mujer y Salud". <http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/Est/Lib0251/CAP0902>.
- ESQUIVEL I. Mercedes (1993). "Estado Nutricional de Pre Escolares de la ciudad de Habana. 1972-1993". Panamá-Salud Pública.
- FAO. (2000). *Perfiles Nutricionales por Países – PERÚ*. Roma: FAO.
- Gerald J. Dorothy y R. Friedman. (2001). "School of Nutrition Science and Policy at Tufts University"; USAID, Lima-Perú.
- GONZALES G. Victoria (1992). "Grado de conocimientos que tienen las Madres de Villa San Cristóbal. Sobre el valor nutritivo de los alimentos en la Alimentación del niño de 0-6 años. Ayacucho 1992". Ayacucho-Perú.
- Huguet Polo, Andrés 1988. "Carhuamayo: Eficiencia de la comunidad campesina en la puna. Sociedad Andina, Pasado y Presente". FOMCIENCIAS. Lima-Perú. <http://members.tripod.com/~Huguet/carhua.htm>.
- Iguíñiz E., Javier. (1998). Aplanar los andes y otras propuestas. Instituto Bartolomé de las Casas – Rímac. Lima-Perú.
- IIN. (1994) Ablactancia: Seguir creciendo sano. En: Compendio niños, 1995 (Lactancia materna). Edit. Gilman J. y Cols. A.B. PRISMA.
- IMPARES. PROYECTO (1998). "Promoción y capacitación sin letras en Salud Sexual y Reproductivo desde la Perspectiva de Género en zonas Rurales". Ayacucho-Cusco-Loreto. Lima Perú 1998".Lima-Perú.
- INCAP/OPS (1998). "Seguridad Alimentaria y Nutricional en Situaciones de Emergencia". Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá. Copyright © 1998.

- INEI. (1999). "Impacto de Programas de Apoyo Alimentario, 1998 a 1999. Características Educativas del Jefe de la Familia y de la Madre". Lima-Perú.
- INS-PACFO (1998). "Plan Estratégico 1999-2003". Programa de Complementación Alimentaria Para Grupos en Mayor Riesgo. Lima- Perú.
- Ispani, Mónica, 1999. "Parto y Lactancia: El destete" Fundación para la Lactancia Materna. Lima-Perú.
<<http://www.planetamama.com/parto/lactancia/destete.htm>>
- Justin P. Call, MD, 1990. "Los miedos y Tabús sobre la Lactancia Extendida" Universidad de California Irvine. EE.UU.
<http://www.uci.edu/>
- Kapsoli, Wilfredo 2001. "Paradigmas de la Historiografía Peruana". Universidad Ricardo Palma. Lima -Peru.
<http://www.urp.edu.pe/WKARTI~1.htm>.
- LAMAT. (2001) "Duración óptima de la lactancia materna exclusiva - 2 de Abril 2001". Buenos Aires Argentina. Traducción Fundación LACMAT <<http://www.lacmat.org>>.
- Li Carrillo, V. (1987). "La ciencia, la técnica y la filosofía moderna. El estructuralismo y el pensamiento contemporáneo". Lima: s/ref. edit.
- Luna P., Fabiola. (2001). DIÁLOGO INTERCULTURAL: "Un Camino a la Democracia". Centro Amazónica de Antropología y Aplicación Práctica (CAAAP). Lima -Perú.
- MARTÍN, Benjamín (1998). "Nutrición Infantil- Pediatría y Puericultura Lima-1997-1998". Lima- Perú.
- MINSA-OGE-PROYECTO VIGÍA (2001). "Interculturalidad en la Atención de Salud: Estudio Socioantropológico de Enfermedades que cursan con Síndrome Icterohemorrágico en Ayacucho y Cuzco". Lima-Perú.
- Miranda, M., Segura, L., Miranda, M., Barrientos, M., & Lescano, G. (1997). *Consumo de alimentos en el Perú*. Lima: A.B. PRISMA.
- Molina, V. (Junio de 2008). Guías Alimentarias en América Latina. Informe de la consulta técnica regional de las Guías Alimentarias. *Anales Venezolanos de Nutrición*, 44.
- ODONNELL, Alejandro (1994). "La Alimentación del niño menor de 6 años en América Latina". Edición Cavendes. Venezuela.
- Patscheider Graf, Gloria, 1998. Peri-Urbanos de Cochabamba (Bolivia)
- Penny van Esterik , 2001. "Lactancia Materna: Un asunto feminista"- La Alianza mundial por Amamantar la Acción-WABA.

- Costa Rica. <http://www.waba.org.br/asuntofeminista.htm>.
- Ponce Cevallos, José A. (2001). "Infancia y Salud - Nutrición" Lima-Perú. <http://www.geocities.com/HotSprings/Oasis/7535/EIAutor.html>.
- Portocarrero S., Felipe. (2000). "Políticas Sociales en el Perú: Nuevos Aportes". Lima: Red para el Desarrollo de las Ciencias Sociales en el Perú.
- Programa Panamericano de Defensa y Desarrollo de la Diversidad biológica, cultural y social. 2002. "Quechua". <http://www.bioetica.org/quechuas.htm>.
- PROYECTO MASPODIPA. (1998). "Diagnóstico Situacional de Género y Salud en la Micro red Pomabamba-Ayacucho 1998". Ayacucho-Perú.
- PROYECTO SALUD Y NUTRICIÓN BÁSICA. (1997). "Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Salud y Nutrición Materno Infantil". Cuzco-Perú.
- RI, Maulén. (1997). "Nutrición durante la enfermedad diarreica infantil". Acta Pediátrica
México. <<http://www.imbiomed.com.mx/Actaped/Apv18n2/espanol/Wap72-6.html>>
- Rodríguez Marín, Guadalupe. 1995 "Diagnóstico Nutricional en Comunidades Asháninkas" Centro de Investigación Social y Educación Popular. Lima-Perú. <http://www.alter.org.pe/xclan/C03.htm>.
- Salvatierra G, Yrma. (1999) "Diagnóstico de las percepciones sobre lactancia y ablactancia en siete asentamientos humanos del distrito de Comas" Asociación de Promoción y Desarrollo Social. Lima Perú. <http://www.alter.org.pe/xclan/c08.htm>.
- SAPENA J. (2002) "¿Cuál es la duración ideal de la lactancia?". La Vanguardia Digital: Servicio de Pediatría. Centro médico Teknon, Enero 2002, 2h51.
- Toussaint, Georgina (1996). "La Alimentación al seno materno". México. <http://www.mipediatra.com.mx/infantil/senomat.htm>.
- UNICEF (1998) The State of The Worlds CHILDREN.
- UNICEF, (1993). "Estado Mundial de la Infancia" <http://www.unicef.org/spanish/sowc02/feature3.htm>.
- UNICEF. (1995). *Manual de Lactancia para Profesionales de la Salud*. Santiago: Ministerio de Salud, UNICEF, Chile.

UNICEF. (2001). "La Exclusión en el Perú". Miraflores, Lima-Perú.

UNICEF. Directrices emitidas durante la 54ta Asamblea Mundial de la Salud en Mayo de 2001.

Vandale-Toney, S, Rivera-Pasquel, Marta Elena y otros.(1997) Salud Pública México. <http://www.insp.mx/salud/39/395-3.html>.

Vásquez, E. Cortez, R. Riesco, G. (2000). "Inversión social para un buen gobierno en el Perú". Centro de Investigación Universidad del Pacífico. Lima-Perú.

Velásquez, Fabio, 1998. Universidad del Valle-Colombia.

Werner David, Sanders David, Weston Jason, Steve Babb y Bill Rodríguez , 2000. "La Alimentación como Parte Clave de la TRO" la Salud Wrights. Copyright © 2000. <http://www.healthwrights.org/static/cuestionando/inicio.htm>.

Zegarra Quintanilla, María Italia. (1999). "Antropología Social Latinoamericana en relación a la rehabilitación neurológica". Estudio realizado en la comunidad Socos Vinchos. Ayacucho-Perú. <<http://www.rcmorales.com/Actividades.htm>>