INFORME DE SISTEMATIZACIÓN

"COMEDORES PARA LA PREVENCIÓN DE ANEMIA EN NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 36 MESES DE EDAD"

Experiencia de Intervención para la prevención y tratamiento de la anemia en niños y niñas.

Junio – Setiembre

LIMA, 2021

ÍNDICE

I. RESUMEN EJECUTIVO 6

II. OBJETIVOS DEL PILOTO 7

III. PLAN DE INTERVENCIÓN 7

3.1. PERIODO DE EJECUCIÓN 7

3.2. PARTICIPANTES DEL PILOTO 7

3.3. LUGAR 8

3.4. METODOLOGÍA 8

3.5. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN 9

3.6. ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN 10

IV. RESULTADOS DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS 12

4.1. IDENTIFICACIÓN Y EMPADRONAMIENTO 12

4.2. CARACTERIZACIÓN DEL PÚBLICO OBJETIVO 13

4.2.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS 13

4.2.2. SITUACIÓN DE LA ANEMIA EN LOS NIÑOS Y NIÑAS QUE PARTICIPARON DEL PILOTO 16

4.2.3. INSEGURIDAD ALIMENTARIA 24

4.2.4. FRECUENCIA DEL CONSUMO DE ALIMENTOS RICOS EN HIERRO 26

4.2.5. PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN INFANTIL DURANTE EL RECOJO DE RACIONES 29

4.2.6. ALIMENTACIÓN RESPONSIVA 34

4.2.7. LAVADO DE MANOS, HIGIENE DE LOS ALIMENTOS 34

4.2.8. ACCESO A SERVICIOS DE SALUD RELACIONADOS A LA ANEMIA 34

4.3. FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES EN LAS MADRES O CUIDADORAS DE LOS NIÑOS DE 6 A 36 MESES QUE PARTICIPAN EN EL PILOTO 36

4.3.1. TELEORIENTACIÓN A LAS MADRES O CUIDADORAS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 36 MESES QUE PARTICIPAN EN EL PILOTO 36

4.3.2. SESIÓN DEMOSTRATIVA 37

4.4. SEGUIMIENTO DEL RECOJO Y CONSUMO DE LA RACIÓN ALIMENTARIA 38

4.4.1. SEGUIMIENTO DEL RECOJO DE LA RACIÓN ALIMENTARIA 38

4.4.2. SEGUIMIENTO TELEFÓNICO SOBRE EL CONSUMO DE LA RACIÓN ALIMENTARIA 39

4.4.3. SEGUIMIENTO DE LA SUPLEMENTACIÓN 40

4.5. PERCEPCIONES DE LAS SOCIAS DEL COMEDOR SOBRE EL PILOTO 42

4.6. PERCEPCIONES DE LAS MADRES O CUIDADORAS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 36 MESES DE EDAD SOBRE SU EXPERIENCIA EN PILOTO 47

V. DIFICULTADES Y LIMITACIONES 51

VI. ANALISIS 52
VII. LECCIONES APRENDIDAS 54
VIII. CONCLUSIONES 55
IX. RECOMENDACIÓN 56
ANEXOS 56

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla n° 1: Número de niños y niñas de 6 a 36 meses empadronados para el recojo de alimentos y participación en el piloto 12
Tabla n° 2: Distribución de los niños y niñas al inicio del piloto en los comedores Emaús y Villa Mercedes de Agnoli según sexo, origen y edad 13
Tabla n° 3: Distribución de las características de la madre o cuidadora de los niños y niñas de 6 a 36 meses de edad..... 14
Tabla n° 4: Distribución de las características de la vivienda de los niños y niñas de 6 a 36 meses de edad 15
Tabla n° 5: Distribución de los promedios de las características eritrocitarias de los resultados de hemograma en los niños y niñas al inicio del piloto..... 17
Tabla n° 6: Distribución del diagnóstico de anemia al inicio del piloto según el sexo, origen y edad de los niños y niñas 18
Tabla n° 7: Distribución de las variables sociodemográficas de la madre o cuidador según el diagnóstico de anemia 19
Tabla n° 8: Distribución del diagnóstico de anemia al final del piloto según el sexo, origen y edad de los niños y niñas 20
Tabla n° 9: Distribución de los promedios de la hemoglobina al inicio y final de piloto según la edad, origen y sexo 22
Tabla n° 10: Distribución del promedio del valor de hemoglobina de los niños y niñas empadronados al inicio y al final del piloto según el diagnóstico 23
Tabla n° 11: Distribución de los índices eritrocitarios al inicio y final del piloto .. 23
Tabla n° 12: Distribución de los índices eritrocitarios al inicio y final del piloto sin considerar el valor atípico 24
Tabla n° 13:Inicio de la lactancia materna del niño de 6 a 36 meses de edad... 30
Tabla n° 14:Diversidad mínima dietaria según la edad del niño de 6 a 36 meses de edad 31
Tabla n° 15:Dieta mínima aceptable del niño de 6 a 36 meses de edad según diagnóstico de anemia 32
Tabla n° 16:Consumo de frutas y verduras del niño de 6 a 36 meses de edad . 33
Tabla n° 17: Respuestas al cuestionario de conocimientos enviado de forma virtual..... 36

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico n° 1: Porcentaje de hogares que acceden a programas sociales 15
Gráfico n° 2: Porcentaje de hogares que cuentan con bienes de consumo duraderos y medios de transporte 16
Gráfico n° 3 : Porcentaje de anemia según la edad de niños y niñas de 6 a 36 meses al inicio del piloto. 17
Gráfico n° 4 : Porcentaje de anemia según la edad de niños y niñas de 6 a 36 meses al finalizar el piloto 21
Gráfico n° 5: Porcentaje de anemia en niños y niñas de 6 a 36 meses de edad al inicio y final del piloto 21
Gráfico n° 6: Diagrama de cajas y bigotes para el promedio de la hemoglobina al inicio y final del piloto 22
Gráfico n° 7: Inseguridad alimentaria en los hogares de los niños y niñas de 6 a 36 meses al inicio del piloto..... 25
Gráfico n° 8 : Inseguridad alimentaria en los hogares de los niños y niñas de 6 a 36 meses al finalizar del piloto 25
Gráfico n° 9: Porcentaje de alimentos de origen animal fuente de hierro consumidos por los niños de 6 a 36 meses 26
Gráfico n° 10: Porcentaje de número de veces en que han sido consumidos los alimentos fuente de hierro durante la semana 27
Gráfico n° 11: Pescados fuente de hierro consumidos por los niños de 6 a 36 meses..... 27
Gráfico n° 12: Menestras consumidas por los niños y niñas de 6 a 36 meses 28
Gráfico n° 13: Motivaciones para no consumir alimentos fuente de hierro de origen animal..... 29
Gráfico n° 14: Recojo de la ración servida en los niños y niñas de 6 a 36 meses. 39
Gráfico n° 15: Consumo de la ración servida en los niños y niñas de 6 a 36 meses 39
Gráfico n° 16: Consumo de la ración servida de mazamorra a base de sangrecita en los niños y niñas de 6 a 36 meses 40
Gráfico n° 17: Consumo del suplemento de hierro durante la ejecución del piloto 41

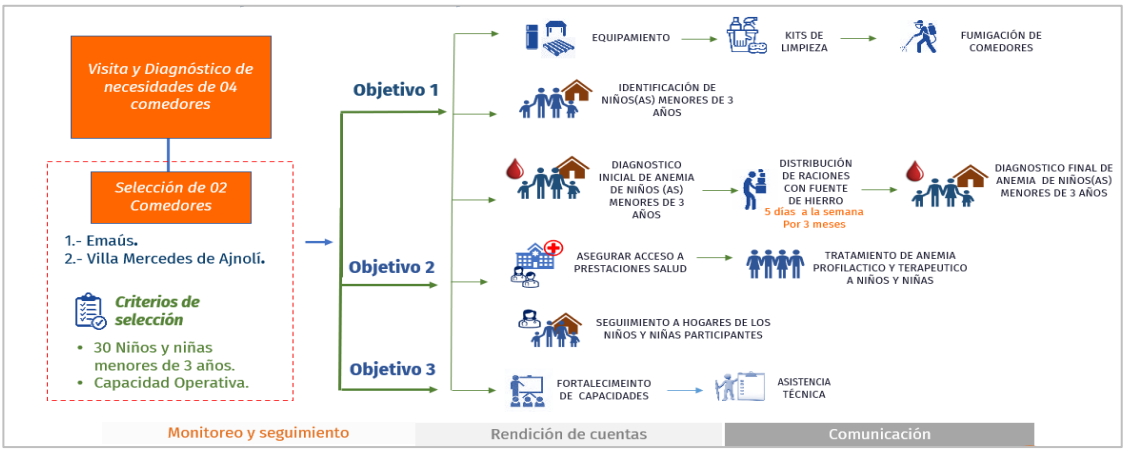
I. RESUMEN EJECUTIVO

El proyecto de ayuda humanitaria “Alimenta su Fuerza” en su segunda etapa, fue ejecutado por CARE Perú y financiado por el Banco de Crédito del Perú (BCP); su continuidad nació de la iniciativa para dar respuesta a la crisis alimentaria generada como consecuencia de la emergencia sanitaria por COVID-19 debido a medidas restrictivas que afectaron el ingreso económico de muchas familias y con ello la posibilidad de cubrir necesidades básicas. El proyecto tuvo como finalidad mejorar la seguridad alimentaria de la población en situación de vulnerabilidad, brindando apoyo alimentario con raciones nutritivas a través de espacios estratégicos como los comedores auto gestionados adscritos al Programa de Complementación Alimentaria de los gobiernos locales, a su vez de forma complementaria se incorporó un piloto para la prevención de la anemia en niños y niñas de 6 a 36 meses, que consistió en la entrega de preparaciones que incluyeron alimentos fuente de hierro, para ello se articuló acciones con establecimientos de salud y agentes comunitarios de la zona, así mismo se brindó acompañamiento a las madres o cuidadoras de los niños y niñas para que mejoren las prácticas de alimentación y accedan a los servicios de salud para la prevención y reducción de la anemia. (imagen n°1)

La anemia amenaza el desarrollo físico, cognitivo y social de las niñas y los niños, sobre todo de los menores de 3 años. Actualmente representa el 40% de la población de niños y niñas de 6 a 35 meses de edad[1]. En el caso de Lima metropolitana, el 30.4% de niños de 6 a 36 meses tienen anemia[2]. La anemia es producida por múltiples causas, y su prevalencia puede explicarse por diversos factores y determinantes sociales. Entre esos múltiples factores destaca la ingesta inadecuada de hierro en la dieta, así como la elevada prevalencia de enfermedades infecciosas como diarreas y parasitosis en los niños y niñas, es por ello que se implementó esta iniciativa de brindar preparaciones a base de alimentos fuente de hierro en los comedores para contribuir en la prevención de la anemia infantil, así como promover el consumo los alimentos fuente de hierro en la población.

1 Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2020). Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1795/
2 http://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/la-sierra-presenta-los-mayores-niveles-de-anemia-del-pais-en-el-ano-12223/

Imagen n°1: Modelo de operación del piloto



Fuente: ONG CARE PERU

II. OBJETIVOS DEL PILOTO

1. Mejorar el acceso a alimentos ricos en hierro, brindando atención alimentaria de calidad nutricional y sanitaria a hogares con niñas y niños menores de 6 a 36 meses a través de los comedores populares.
2. Asegurar acceso a prestaciones de salud de calidad, a través seguimiento a los hogares con niñas y niños menores de 6 a 36 meses para prevenir o tratar la anemia.
3. Modificar o mejorar las prácticas en los hogares con niñas y niños menores de 6 a 36 meses, mediante el fortalecimiento de capacidades de los cuidadoras y manipuladores de alimentos.

III. PLAN DE INTERVENCIÓN

3.1. PERIODO DE EJECUCIÓN

El periodo de ejecución del piloto fue de 3 meses, de julio a setiembre de 2021.

3.2. PARTICIPANTES DEL PILOTO

Público objetivo:

- 27 niños de 6 a 36 meses que sean beneficiarios de los comedores y sus madres o cuidadoras.

Participantes indirectos:

- Socias de comedores autogestionarios
- Nutricionista del centro de salud San Sebastián
- Nutricionista del centro de salud Conde de la Vega
- Municipalidad de Lima
- Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro

3.3. LUGAR

Distrito: Lima Cercado

- Comedor Villa Mercedes de Agnoli
- Comedor EMAUS

3.4. METODOLOGÍA

Se siguió el modelo de operación del piloto para la ejecución de actividades (imagen n°1), la información obtenida para caracterizar a la población se basó en indicadores sociodemográficos, de prácticas de alimentación infantil e inseguridad alimentaria:

- *Nivel de hemoglobina:* Mediante hemograma completo automatizado se obtuvo esta información al inicio y final del piloto.
- *Características sociodemográficas:* se consideraron características del niño o de la niña, de la madre o cuidadora y del hogar. Los resultados fueron presentados en porcentajes. El cuestionario fue tomado una sola vez al inicio del piloto.
- *Prácticas de alimentación infantil:* se recogió información cuantitativa una sola vez al inicio del piloto cuando las madres o cuidadoras ya habían iniciado el recojo de alimentos en los comedores; se usó la encuesta de prácticas de alimentación infantil de UNICEF y OMS[3] Adicionalmente se incorporaron preguntas sobre la suplementación, lavado de manos e higiene de los alimentos y alimentación perceptiva. Los resultados describen la situación de los niños durante su participación en el piloto se presentaron en porcentajes.
- *Frecuencia del consumo de alimentos:* Los resultados describen la frecuencia del consumo de alimentos ricos en hierro (vísceras, pescados, menestras) antes de la participación de los niños y niñas en el piloto.
- *Inseguridad alimentaria*: Se utilizó el cuestionario FIES (Food Insecurity Experience Escale)[4] elaborado por la FAO, se consideró que una persona tenía FI-MS (inseguridad alimentaria moderada-severa) si la suma del puntaje bruto de la escala FIES estaba en el rango de 4 a 8 puntos, puntaje mayor a 3 para inseguridad moderada y mayor a 6 para inseguridad severa . El resultado se presenta en porcentajes y la información se recogió al inicio y al finalizar el piloto.

Durante el seguimiento realizado a las madres de familia o cuidadoras se registró la información en un archivo Excel para realizar un análisis descriptivo:

---

[3] World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF). Indicators for assessing infant and young child feeding practices: definitions and measurement methods. 2020. Disponible en: https://data.unicef.org/resources/indicators-for-assessing-infant-and-young-child-feeding-practices/?fbclid=IwAR2S9NWa4odOZjsxsLzsOPgiPHclrpNK8c7YucfGTiZ_bDk70788gIW1Ut8

[4] Escala Basada en la Experiencia de Inseguridad Alimentaria. Food and Agriculture Organization of the United Nations. The Food Insecurity Experience Scale: Measuring food insecurity through people's experiences 2017. Disponible en: http://www.fao.org/3/i7835e/i7835e.pdf

- *Seguimiento del recojo de alimentos:* La información fue recogida diariamente de forma remota y presencial y se registró en una base de datos Excel, para presentar un análisis descriptivo mediante porcentajes.
- *Seguimiento del consumo de la ración:* Se recogió información semanal mediante llamadas telefónicas, formulario de google form y de forma presencial. La información se registró en una base de datos Excel para mostrar porcentaje de niños que consumieron la ración de comida servida.
- *Seguimiento del consumo del suplemento de hierro:* El seguimiento se realizó semanalmente mediante preguntas a la madre sobre la suplementación, lo que se registró en una base Excel.

Al final del piloto se recogió información cualitativa mediante grupo focal a las socias de cocina en ambos comedores; en el comedor Villa Mercedes de Agnoli participaron 5 socias de cocina y en el comedor Emaús participaron 4 socios de cocina. Para el desarrollo del grupo focal se elaboró una guía de preguntas orientadas a los temas de organización y gestión, programación y preparación de menús, entrega de raciones y propuestas de mejora (ver anexo). También se realizó entrevista a las madres o cuidadoras para conocer sus percepciones y plantear mejoras en el desarrollo del piloto. Para la entrevista a también se desarrolló una guía de preguntas (ver anexo).

Análisis estadístico

El análisis estadístico se realizó mediante el uso de frecuencias, porcentajes, media y gráficos en Excel y pruebas estadísticas en SPSS 24.

Las pruebas estadísticas que se usaron fueron:

- Prueba exacta de Fisher para el análisis bivariado entre el diagnóstico de anemia y variables de características sociodemográficas.
- Prueba T de student para muestras relacionadas, para el análisis de los resultados de la hemoglobina al inicio y final del piloto.

Aspectos éticos

Se solicitó el consentimiento informado a las madres o cuidadoras para el desarrollo de actividades.

3.5. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

Articulación territorial: Se coordinó con la Municipalidad de Lima y nutricionistas de los centros de salud San Sebastián y Conde de la vega la identificación de niños y niñas de 6 a 36 meses. Así mismo se compartió los resultados del descarte de anemia y se coordinó la atención de los niños con diagnóstico de anemia en el centro de salud.

Fortalecimiento de capacidades en las madres o cuidadoras: Se brindó a las madres de familia información remota acerca de prácticas de alimentación infantil, mediante llamadas telefónicas, videos e imágenes enviados por whatsapp, sesiones demostrativas presenciales, etc.

Se usó material audiovisual con mensajes para la prevención de anemia elaborados por la ONG CARE PERÚ, MINSA y CUNA MÁS. (ver anexos)

Fortalecimiento de capacidades a las socias: Se realizaron capacitaciones a las socias de los comedores en temas de alimentación infantil (dosificación de alimentos por grupos de edad, preparación con alimentos ricos en hierro, técnicas culinarias, buenas prácticas de manipulación de alimentos, servido de raciones por grupo de edad).

Atención alimentaria a los niños de 6 a 36 meses: Entrega de raciones de comida a base de alimentos fuente de hierro que aporten en promedio a la dieta de los niños y niñas 11mg de hierro, que cubra en promedio el 50% de requerimientos de energía y 60% de proteínas según la edad.

La programación de las preparaciones semanales consistió en:

- Preparaciones a base de sangrecita, 2 veces por semana, para ello se usó 75g de sangrecita.
- Preparaciones con hígado de pollo, 1 vez por semana.
- Preparaciones que incluían pescado azules (jurel, bonito), 1 vez por semana
- Preparaciones con carne de pollo, 2 veces por semana.
- Preparaciones con menestras, 2 veces por semana.
- Entrega de mazamorra de frutas, 1 vez por semana.
- Entrega de mazamorra con sangrecita, 2 veces por semana.
- Entrega de frutas, 2 veces por semana.

La dosificación de sangrecita en la mazamorra se pasó de 10g a 5g de sangrecita para mejorar la aceptabilidad de la preparación.

Monitoreo-evaluación: Seguimiento diario del recojo y consumo de las raciones por parte de los niños y niñas y seguimiento semanal para conocer las mejoras en las prácticas de alimentación infantil

3.6. ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN

Estrategias de comunicación interna

Como estrategia de comunicación con la madres o cuidadoras de los niños y niñas de 6 a 36 meses para mejorar las prácticas de alimentación infantil se usaron los recursos virtuales como videos e imágenes compartidos mediante la red social más usada por los participantes (whatsapp), los cuales contenían información sobre la anemia, los alimentos fuente de hierro, preparaciones a base de alimentos fuente de hierro y suplementación de hierro. Así mismo también se les hizo entrega de individuales para los niños y niñas, los cuales contenían mensajes relacionados a la prevención de anemia. (ver anexos)

En los comedores se implementaron afiches relacionados a la cantidad de ración que debe recibir un niño o niña según su edad para que las socias del comedor puedan guiarse para realizar el servido de la ración (ver anexos)

Se implementó un cartel de recojo de raciones, en el cual se detalla el nombre del niño o niña, la edad y el diagnóstico, el cual las socias de cocina actualizaban diariamente para que se pueda llevar el control del recojo de raciones (ver anexos)

Estrategias de comunicación externa

Se creó contenido virtual sobre la alimentación en los primeros años de vida con la finalidad de ser compartidos con el público interno (madres de familia participantes del piloto) y el público externo (redes sociales).

El material virtual fue compartido a través de:

- Redes sociales de la ONG CARE PERÚ (Facebook, Instagram, twitter, linkedin).
- Página Web de la ONG CARE PERÚ.
- YouTube ONG CARE PERÚ.

En general, el contenido audiovisual generado (videos, infografías, notas informativas, etc.) tuvo un alcance de 20,908 personas.

Lista de material audiovisual elaborado por la ONG CARE PERÚ relacionados a la alimentación infantil

Tema	Links del material audio visual
Recomendaciones para una alimentación nutritiva, saludable y un crecimiento adecuado en el niño o niña desde los primeros años de vida	*https://web.facebook.com/CAREenPeru/photos/4482267195130186*
	https://www.care.org.pe/alimentacion-nutritiva-y-saludable-desde-los-primeros-anos-de-vida/
Prevención de la anemia en las gestantes y mujeres que dan de lactar	*https://web.facebook.com/CAREenPeru/photos/4502576416432597*
¿Qué es la anemia?	*https://www.youtube.com/watch?v=uqKjU4m-OEQ&t=29s*
Consejos para la prevención de la anemia	*https://www.youtube.com/watch?v=4jVmkTy0Mfk*
	https://web.facebook.com/CAREenPeru/photos/4473346359355603
Alimentos fuente de hierro	*https://www.youtube.com/watch?v=uMDBthO8Ai4&t=12s*
Elaboración de mazamorra de sangrecita y carambola	*https://www.youtube.com/watch?v=SJCZMzK0N44*
Elaboración de tornillos a la boloñesa con sangrecita	*https://www.youtube.com/watch?v=evESc0NjURw&t=39s*

Fuente: ONG CARE PERU

IV. RESULTADOS DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS

4.1. IDENTIFICACIÓN Y EMPADRONAMIENTO

Dentro de las primeras actividades se realizó la identificación y empadronamiento de los niños y niñas de 6 a 36 meses, para ello se coordinó con los profesionales en nutrición de los centros de salud cercanos a los comedores, quienes facilitaron los números de teléfono de las madres o cuidadoras de los posibles beneficiarios, lo cual permitió contactarlos e informarles acerca del piloto. Adicionalmente, las socias de cocina y la municipalidad de Lima también fueron aliados estratégicos para esta actividad.

Después del empadronamiento de los niños y niñas de 6 a 36 meses, para el recojo de las raciones, se les invitó a participar en el piloto, para ello se le solicitó un consentimiento informado (anexo) a la madre o padre del niño o niña, en el cual se detallaron las actividades a realizar durante la ejecución del piloto.

El total de niños y niñas empadronados para el recojo de raciones fue 33 (tabla n°1), de los cuales, 27 aceptaron participar en el piloto, es decir, brindaron su consentimiento para que a su niño o niña se le realice el descarte de anemia y se le brinde orientación de forma remota sobre prácticas de alimentación infantil.

Tabla n° 1: Número de niños y niñas de 6 a 36 meses empadronados para el recojo de alimentos y participación en el piloto

Comedor	Niños y niñas inscritos para participar en el piloto	Niños y niñas inscritos solo para el recojo de raciones	Total de niños y niñas de 6 a 36 meses empadronados
Villa Mercedes	9	1	10
Emaús	18	5	23
Total	27	6	33

La ubicación de los comedores fue una característica que influyó en la identificación y empadronamiento de niños y niñas de 6 a 36 meses de edad. En el caso del comedor Emaús que se encuentra ubicado en un espacio abierto, cercano a una zona comercial, se logró identificar varios niños y niñas; sin embargo, el comedor Villa Mercedes de Agnoli se encuentra ubicado en una zona cerrada, limitada por avenidas principales y oficinas de empresas de transportes, lo que limitó la captación de más niños y niñas fuera de sus alrededores.

4.2. CARACTERIZACIÓN DEL PÚBLICO OBJETIVO

4.2.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

4.2.1.1. Características de los niños y niñas de 6 a 36 meses

El piloto estuvo conformado por niños y niñas de 6 a 36 meses de edad, el 66.7% fueron beneficiarios del comedor Emaús y 33.3% del comedor Villa Mercedes de Agnoli. La mayor cantidad de niños y niñas fueron mayores de un año (Tabla n°2).

Tabla n° 2: Distribución de los niños y niñas al inicio del piloto en los comedores Emaús y Villa Mercedes de Agnoli según sexo, origen y edad

Características	Emaús		Villa Mercedes de Agnoli	
	n	%	n	%
Sexo				
Femenino	11	66.7	5	33.3
Masculino	7	66.7	4	33.3
Origen				
Peruano	10	55.6	8	44.4
Venezolano	8	88.9	1	11.1
Edad				
6-8 meses	2	100	0	0
9-11 meses	3	75	1	25
12 -23 meses	8	66.7	4	33.3
>24 meses	5	55.6	4	44.4
TOTAL	**18**	**66.7**	**9**	**33.3**

4.2.1.2. Características de la madres o cuidadoras del niño y niña de 6 a 36 meses

En el piloto participaron madres o cuidadoras de los niños y niñas. El 33.3% de madres fue de nacionalidad venezolana y representaron la tercera parte de todas las madres y cuidadoras inscritas en el piloto. Con respecto a la edad, la mayoría de madres o cuidadoras tienen edades entre 20 y 30 años. Así mismo más del 70% tuvo secundaria completa como máximo grado de instrucción. Cabe resaltar que más del 60% de las madres y cuidadoras no tenía seguro de salud y más del 70% tuvo como principal ocupación ser ama de casa (Tabla n°3).

Tabla n° 3: Distribución de las características de la madre o cuidadora de los niños y niñas de 6 a 36 meses de edad

Características de la madre o cuidadora	n	%
Nacionalidad		
Peruana	18	66.7%
Venezolana	9	33.3%
Edad		
<20 años	2	7.4%
20-30 años	11	40.7%
30-40 años	10	37%
40-50 años	2	7.4%
>50 años	2	7.4%
Estado civil		
Conviviente	14	51.9%
Casada	4	14.8%
Separada	3	11.1%
Soltera	4	14.8%
Viuda	2	7.4%
Grado de instrucción		
Secundaria	19	70.4%
Superior no universitario	5	18.5%
Superior universitario	3	11.1%
Seguro de salud		
SIS	8	29.6%
ESSalud	1	3.7%
No tiene	18	66.7%
Ocupación		
Ama de casa	20	74.0%
Comerciante	3	11.1%
Ayudante de cocina	2	7.4%
Profesional/técnico	2	7.4%
Rol que cumple dentro del hogar		
Esposa	16	59.3%
Jefe de hogar	7	25.9%
Hija	3	11.1%
Nuera	1	3.7%
Número de hijos		
1 hijo	16	59.3%
2 hijos	5	18.5%
3 a más hijos	6	22.2%

4.2.1.3. Características del hogar

Los hogares de los niños y niñas que participaron en el piloto contaban con los servicios básicos, como alumbrado, red pública para el abastecimiento de agua y servicios higiénicos; la presencia de estos servicios se asocia a mejores condiciones de vida. Así mismo el material del piso en el 59.3% de hogares fue de cemento o ladrillo; el 37% de losetas y el 3.8% de madera; no hubo ningún niño o niña que tenga en su hogar piso de tierra o arena.

Referente al tipo de vivienda, más del 60% vivía en una vivienda alquilada, lo que genera un gasto mensual adicional a las familias.

Tabla n° 4: Distribución de las características de la vivienda de los niños y niñas de 6 a 36 meses de edad

Características de la vivienda	n	%
Tipo de vivienda		
Alquilada	17	62.96%
Cedida	9	33.33%
Propia, sin título de propiedad	1	3.70%
Abastecimiento de agua		
Red pública dentro de la vivienda	27	100%
Servicios higiénicos		
Red pública dentro de la vivienda	27	100%
Alumbrado		
Electricidad	27	100%
Combustible para cocinar		
Gas licuado	27	100%
Material del piso de la vivienda		
Cemento/Ladrillo	16	59.26%
Losetas	10	37.04%
Madera o entablado	1	3.70%
N° de miembros de hogar		
3 miembros	8	29.7%
4 miembros	5	18.5%
5 miembros a más	14	51.9%

El 14.8% de hogares recibió apoyo alimentario en víveres del programa Qali Warma, el 14.8% recibió apoyo alimentario del programa Vaso de Leche y 3.7% de hogares tuvo una persona que recibía Pensión 65. (Gráfico n°1)

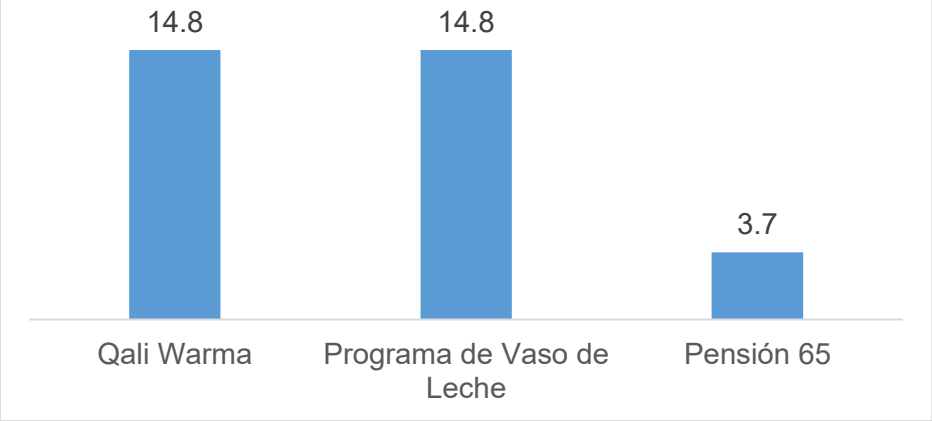


Gráfico n° 1: Porcentaje de hogares que acceden a programas sociales

Con respecto a los bienes de consumo duradero, el 96% tenía televisor en casa, el 33% tenía una radio; el 48% de hogares contó con refrigeradora y el 11% tenía un medio de transporte (bicicleta). (Gráfico n° 2)

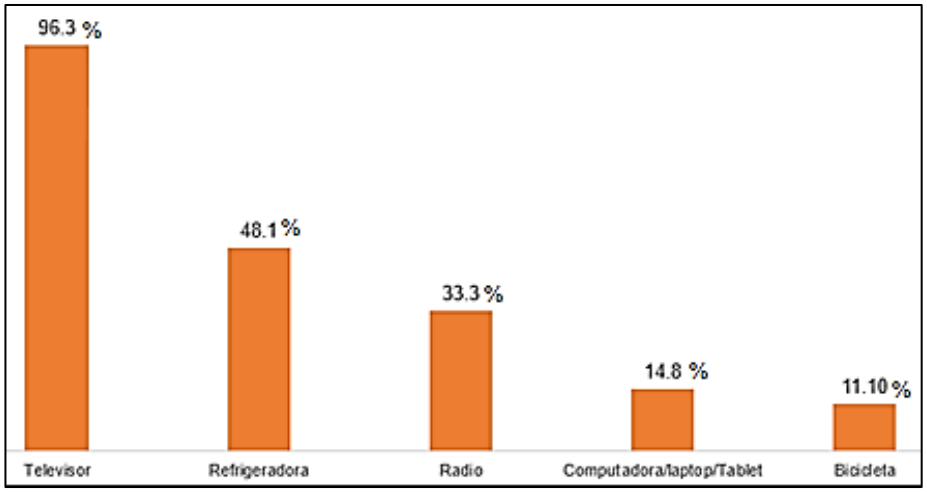


Gráfico n° 2: Porcentaje de hogares que cuentan con bienes de consumo duraderos y medios de transporte

4.2.2. SITUACIÓN DE LA ANEMIA EN LOS NIÑOS Y NIÑAS QUE PARTICIPARON DEL PILOTO

Situación de la anemia al inicio del piloto

El hemograma automatizado brindó información sobre las características de los eritrocitos, como la hemoglobina (Hb), el hematocrito (Hcto), el volumen corpuscular medio (VCM), la hemoglobina corpuscular media (HCM), la concentración de hemoglobina corpuscular (CHCM) y el índice de Anisocitos (RDW). Estos indicadores contribuyen a diferenciar el tipo de anemia que pueda tener un niño o niña.

La media de la Hb del total de niños y niñas resultó 11.7g/dL., en el caso de los niños y niñas con anemia, el promedio fue de 10.6 g/dL y por último, los niños y niñas con diagnóstico normal tuvieron un promedio de Hb de 12.1g/dL.

Con respecto a los otros indicadores, se pudo observar que el promedio de los valores de VCM y HCM en los niños y niñas con anemia están por debajo del rango de referencia, lo que sugeriría que la anemia en los niños y niñas se debió a deficiencia de hierro. (Tabla n°5)

Tabla n° 5: Distribución de los promedios de las características eritrocitarias de los resultados de hemograma en los niños y niñas al inicio del piloto

Características eritrocitarias	Rango de referencia*	Total		Anemia		Normal	
		Media	DS	Media	DS	Media	DS
Hemoglobina (g/dL)	11	11.7	0.9	10.6	0.09	12.1	0.43
Hematocrito (%)	32-41	34.9	3.0	31.5	1.89	36.1	2.26
Volumen Corpuscular Medio (fL)	80-100	76.0	5.3	75.5	2.52	76.2	5.99
Hemoglobina Corpuscular Media (pg)	27-32	25.5	2.1	25.6	1.93	25.5	0.65
Concentración de la Hemoglobina Corpuscular (g/dL)	32-36	33.6	1.6	33.9	1.80	33.5	1.52
Índice de Anisocitosis (RDW) (%)	11.6-14.8	13.9	1.77	13.6	1.3	14.1	1.91

*Valores de referencia proporcionado por el laboratorio.

El descarte de anemia se realizó mediante un hemograma completo automatizado y como criterio de anemia se consideró Hb <11 g/dl[5] .

Al inicio del piloto 27 niños y niñas participaron del descarte de anemia, de los cuales, el 25.9% tuvo anemia leve. De los niños y niñas de 6 a 8 meses, todos tuvieron anemia leve; en la edad de 9 a 11 meses, el 50% tuvo anemia leve; en la edad de 12 a 23 meses, el 25% tuvo anemia leve, En total, de los niños y niñas de 6 a 23 meses de edad, el 38.9% presentó anemia leve; y en los niños y niñas mayores de 24 meses no hubo anemia. Cabe resaltar que ningún niño o niña presentó anemia moderada o grave. (Gráfico n°3)

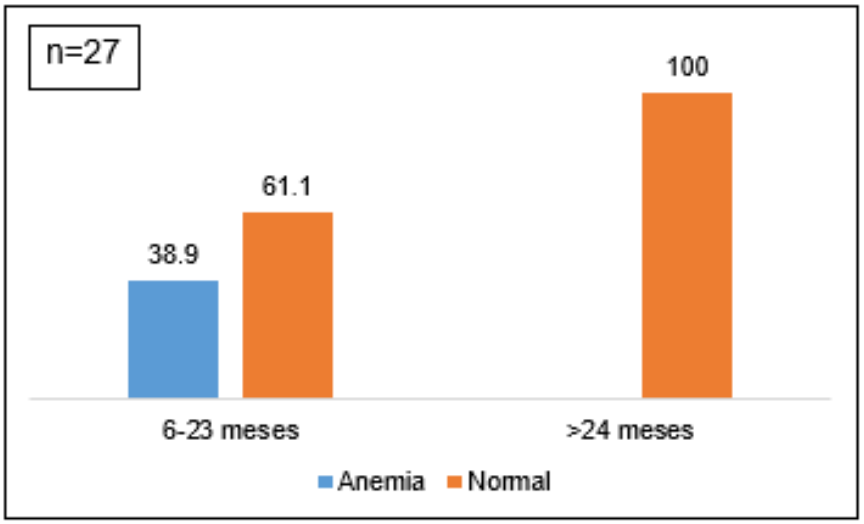


Gráfico n° 3 : Porcentaje de anemia según la edad de niños y niñas de 6 a 36 meses al inicio del piloto.

[5] Norma técnica-Manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas-MINSA 2017

Según la edad, la mayor proporción de niños y niñas con diagnóstico de anemia leve se encontraron en el grupo de edad de 6 a 23 meses, sin embargo, no fue significativo (p=0.059).

Del total de niñas que participaron en el piloto, el 37.5% presentó anemia leve y en el caso de los niños, el 9.1% resultó con diagnóstico de anemia leve. Con respecto al origen, se encontró una mayor proporción de niños y niñas con anemia en aquellos de origen venezolano. En ambos casos no se encontró diferencias estadísticamente significativas. (Tabla n°6).

Tabla n° 6: Distribución del diagnóstico de anemia al inicio del piloto según el sexo, origen y edad de los niños y niñas

Características de los niños y niñas	Anemia leve		Normal		Valor de p*
	n	%	n	%	
Sexo					
Femenino	6	37.5	10	62.5	0.183
Masculino	1	9.1	10	90.9	
Origen					
Peruano	3	16.7	15	83.3	0.175
Venezolano	4	44.4	5	55.6	
Grupo de edad					
6 a 23 meses	7	38.9	11	61.1	**0.059**
24 meses a más	0	0	9	100	

*Hace referencia a la significancia estadística obtenida mediante la prueba exacta de Fisher.

Se realizó un análisis bivariado entre las características sociodemográficas de la madre o cuidadora de los niños y niñas de 6 a 36 meses y el diagnóstico de anemia, para ello las variables se clasificaron en dos grupos cada una para aplicar la prueba estadística, sin embargo, no se observó relación estadísticamente significativa (p>0.05).

Es preciso resaltar que, de acuerdo a las frecuencias se encontró un mayor porcentaje de niños y niñas con anemia en las madres o cuidadoras de nacionalidad venezolana, con una edad menor a 35 años, con estado civil casada y conviviente, con educación secundaria, sin seguro de salud, con ocupación ama de casa, con un rol en el hogar distinto al jefe de hogar y con 1 a 2 hijos. (Tabla n°7)

Con respecto a las características de la vivienda, no se encontró asociación con el diagnóstico de anemia, en todos los casos el pvalor fue mayor a 0.05. Sin embargo, en las frecuencias se pudo observar que la mayoría de niños y niñas con anemia vivían en viviendas alquiladas, no tuvieron beneficios de algún programa social y el hogar tuvo de 1 a 2 bienes duraderos.

Tabla n° 7: Distribución de las variables sociodemográficas de la madre o cuidador y las características de la vivienda según el diagnóstico de anemia

Características sociodemográficas de la madre o cuidadora	Anemia leve		Normal		Valor de p*
	n	%	n	%	
Nacionalidad					
Peruana	3	17.6	14	82.4	0.175
Venezolana	4	40	6	60	
Edad					
<35 años	5	27.8	13	72.2	1.000
35 a más años	2	28.6	7	77.8	
Estado civil					
Con pareja (casada, conviviente)	6	33.3	12	66.7	0.363
Sin pareja (soltera, viuda, divorciada, separada)	1	11.1	8	88.9	
Nivel de instrucción					
Educación secundaria	5	26.3	14	73.7	1.000
Educación superior (universitario y no universitario)	**2**	25	**6**	75	
Seguro de salud					
Con seguro	3	33.3	6	66.7	0.653
Sin seguro	4	22.2	14	77.8	
Ocupación					
Con trabajo	0	0.0	7	100	**0.137**
Sin trabajo (ama de casa)	7	35	13	65	
Rol que cumple dentro del hogar					
Jefe de hogar	1	14.3	6	85.7	0.633
Otro rol	6	30	14	70	
Número de hijos					
1 a 2 hijos	7	33.3	**14**	66.7	0.155
3 a más hijos	0	0	6	100	
Características de la vivienda					
Tipo de vivienda					
Alquilada	6	35.3	11	64.7	0.204
No alquilada (cedida y propia)	1	10	9	90	
Número de bienes duraderos					
1 a 2 bienes	5	25	15	75	1.000
3 a 4 bienes	2	28.6	5	71.4	
Programa social					
Con programa social	0	0	7	100	0.137
Sin programa social	7	35	13	65	
Número de miembros del hogar					
3 a 4 miembros	4	30.8	9	69.2	0.678
5 miembros a más	3	21.4	11	78.6	

*Hace referencia a la significancia estadística obtenida mediante la prueba exacta de Fisher

Situación de la anemia al finalizar del piloto

Al finalizar el piloto, se realizó un descarte de anemia mediante hemograma completo automatizado a 16 niños y niñas que participaron en el piloto, adicionalmente se realizó el análisis a un niño que participó en el recojo de las raciones, pero que no contaba con el diagnóstico de anemia al inicio. Como criterio de anemia se consideró Hb <11 g/dl[6].

De los 16 niños y niñas que se realizaron el hemograma, 4 de ellos fueron diagnosticados con anemia leve al inicio del piloto, de los cuales, 2 de ellos mejoraron su hemoglobina a un valor de hemoglobina mayor o igual a 11 mg/dl y los otros dos niños siguieron con anemia, uno de ellos paso de anemia leve a anemia moderada.

De acuerdo al sexo, el 20% de las niñas presentó anemia, en el caso del origen, el 9.1% de los niños y niñas peruanos tuvo como resultado anemia y el 20% de niños y niñas de origen venezolano resultó con anemia. Así mismo, los casos de anemia se encontraron en los niños y niñas de 6 a 23 meses de edad.

El análisis bivariado entre las variables de sexo, origen y edad con el diagnóstico de anemia mostraron un valor de p>0.05, por lo tanto, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. (Tabla n° 8)

Tabla n° 8: Distribución del diagnóstico de anemia al final del piloto según el sexo, origen y edad de los niños y niñas

Características de los niños y niñas	**Anemia**		**Normal**		**Valor de p***
	n	**%**	**n**	**%**	
Sexo					
Femenino	2	20	8	80	0.500
Masculino	0	0	6	37.5	
Origen					
Peruano	1	9.1	10	62.5	1.000
Venezolano	1	20	4	80	
Edad					
6-23 meses	2	18.2	9	81.8	1.000
24 meses a más	0	0	5	100	

*Hace referencia a la significancia estadística obtenida mediante la prueba exacta de Fisher.

El porcentaje de niños y niñas con anemia fue de 18.2% del grupo de edad de 6 a 23 meses. Ningún niño o niña mayor a 24 meses presentó anemia. (Gráfico n°4)

[6] Norma técnica-Manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres

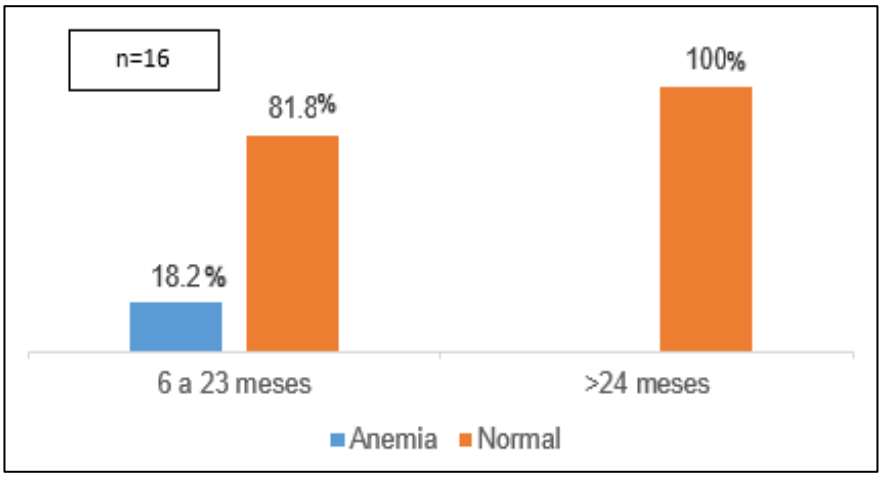


Gráfico n° 4 : Porcentaje de anemia según la edad de niños y niñas de 6 a 36 meses al finalizar el piloto

Al comparar los porcentajes de anemia al inicio y final de piloto, se puede observar disminución de la anemia de 25% a 12.5%. (Gráfico n°5)

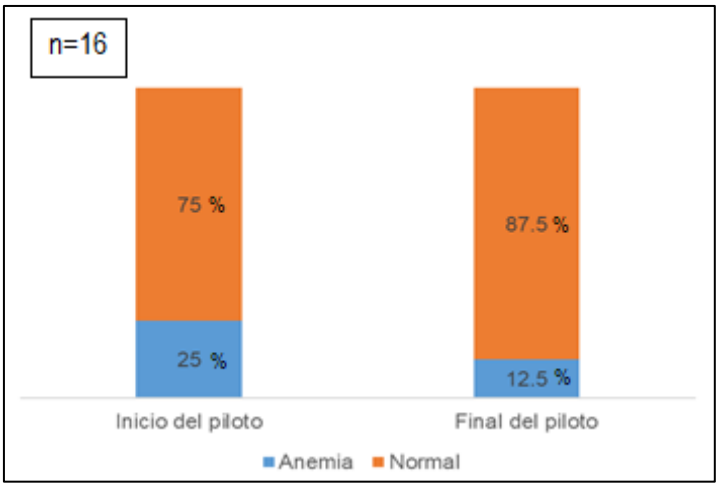


Gráfico n° 5: Porcentaje de anemia en niños y niñas de 6 a 36 meses de edad al inicio y final del piloto

Con respecto a los promedios de los valores de hemoglobina al inicio y final del piloto según las variables de edad, origen y sexo, se pudo observar un incremento en los valores, la mayor diferencia fue en el grupo de niños y niñas mayores de 24 meses y la menor diferencia fue en el grupo de niños y niñas de origen venezolano, en la cual el promedio se mantuvo. (Tabla n°9)

Tabla n° 9: Distribución de los promedios de la hemoglobina al inicio y final de piloto según la edad, origen y sexo

Características de los niños y niñas	Inicio del piloto		Final del piloto		Diferencia
	Media Hb	DS	Media Hb	DS	
Edad					
6 a 23 años	11.4	0.8	11.6	0.8	0.1
24 meses a más	12.3	0.9	12.7	0.8	0.5
Origen					
Venezolano	11.4	0.6	11.4	1.1	0
Peruano	11.8	1.0	12.1	0.8	0.3
Sexo					
Femenino	11.6	4.1	11.9	1.2	0.3
Masculino	11.7	0.4	11.8	0.2	0.1

Según los resultados, al comparar los promedios de la hemoglobina al inicio y al final del piloto, se puede observar que hubo un aumento en el promedio de la hemoglobina (línea azul en el diagrama de cajas y bigotes), así mismo, también se incrementaron los valores mínimos y máximos, el valor mínimo se encontró cerca de 11 (línea roja en el gráfico de cajas y bigotes) que es el punto de corte para el diagnóstico de anemia. Adicionalmente se puede observar un caso atípico. Este caso representa la hemoglobina de una niña que paso de tener anemia leve al inicio a tener anemia moderada al finalizar el piloto. Este caso de anemia, es el único que ha presentado disminución en la hemoglobina, cabe resaltar que en el hemograma los valores de leucocitos, linfocitos, monocitos estaban fuera del rango de referencia, lo que sugeriría que la niña se encontraba cursando alguna enfermedad. (Gráfico n°6)

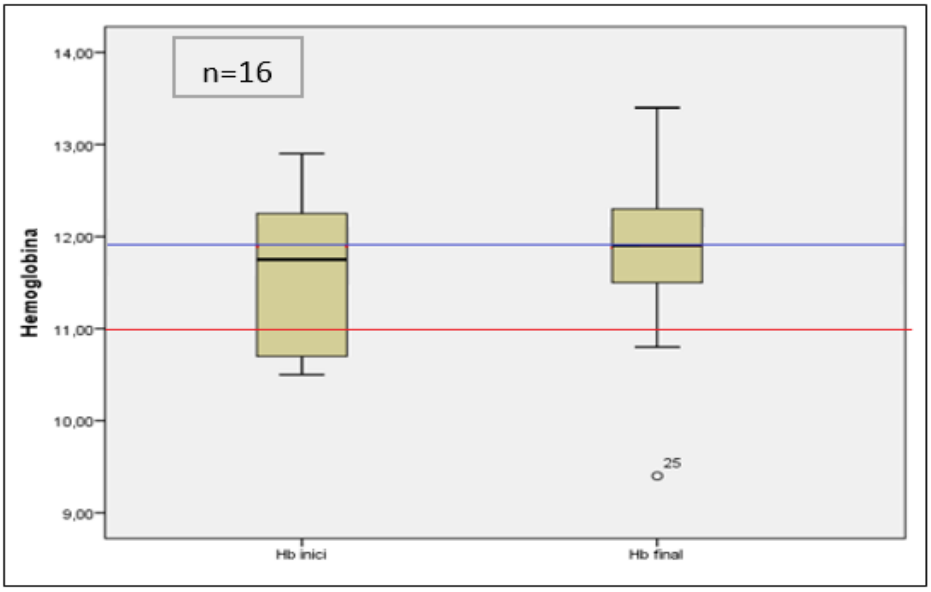


Gráfico n° 6: Diagrama de cajas y bigotes para el promedio de la hemoglobina al inicio y final del piloto

Según los promedios generales entre los 27 niños y niñas que se realizaron su hemograma al inicio del piloto y los 16 que culminaron el piloto, incluido un niño que participó solo del recojo de raciones del comedor, se puede observar que el promedio del valor de hemoglobina en los niños y niñas con diagnostico normal se ha mantenido en 12.1, en el caso del diagnóstico de anemia al finalizar el piloto, no se consideró el valor atípico para el promedio, sin embargo esto deja un solo caso de anemia, con lo cual no se podría establecer un promedio. (Tabla n°10)

Tabla n° 10: Distribución del promedio del valor de hemoglobina de los niños y niñas empadronados al inicio y al final del piloto según el diagnóstico

Diagnóstico	Inicio del piloto (n=27)			Final del piloto (n=16)		
	n	Media	DS	n	Media	DS
Anemia	7	10.6	0.1	1	10.8	-
Normal	20	12.1	0.7	15	12.1	0.6

Al comparar las medias de los valores de índices eritrocitarios se pudo observar un ligero incremento de hemoglobina, hematocrito, VCM y HCM, sin embargo, al realizar el análisis para comparar los promedios de los índices eritrocitarios de los 16 niños y niñas al inicio y al finalizar el piloto, se obtuvo como resultado un valor de $p>0.05$, lo cual indicó que no existían diferencias estadísticamente significativas. (Tabla n°11)

Tabla n° 11: Distribución de los índices eritrocitarios al inicio y final del piloto

Índices eritrocitarios	**Valores al inicio del piloto**			**Valores al final del piloto**			**Valor p***
	Media	**DS**	**IC 95%**	**Media**	**DS**	**IC 95%**	
Hemoglobina g/dL	**11.6**	0.864	11.2-12.1	**11.9**	0.956	11.3-12.4	0.228
Hematocrito %	**34.7**	3.017	33.1-36.4	**35.7**	2.115	34.6-36.8	0.106
VCM (um3)	**76.5**	5.38	76.3-79.4	**76.9**	5.08	74.3-79.7	0.487
HCM (pg)	**25.7**	2.246	24.5-26.9	**25.9**	2.02	24.8-26.9	0.590
CCMH (%)	**33.6**	1.644	32.7-34.5	**33.4**	0.98	32.9-33.9	0.649
RDW (%)	**13.7**	1.48	12.9-14.5	**13.5**	1.25	12.9-14.2	0.476

*Hace referencia a la significancia estadística obtenida mediante la prueba t, comparación de muestras relacionadas

Es necesario resaltar que el análisis incluyó el valor atípico, que podría estar influyendo en el análisis y es por tal motivo que se realizó un análisis de comparación de medias sin ese valor. Como resultado de obtuvo que los promedios aumentaron ligeramente y se obtuvo un $p<0.05$ en la variable hemoglobina, lo que indica que existe diferencias estadísticamente significativas entre los promedios de esta variable al inicio y final del piloto. Así mismo, también se encontraron diferencias significativas en la variable HCM ($p<0.05$). (Tabla n°12)

Tabla n° 12: Distribución de los índices eritrocitarios al inicio y final del piloto sin considerar el valor atípico

Índices eritrocitarios	Valores al inicio del piloto			Valores al final del piloto			Valor p*
	Media	DS	IC 95%	Media	DS	IC 95%	
Hemoglobina g/dL	**11.7**	0.86	11.2-12.2	**12**	0.72	11.6-12.4	0.**049**
Hematocrito %	**35.1**	2.81	33.2-36.6	**35.7**	2.19	34.5-36.9	0.212
VCM (um3)	**76.3**	5.52	73.3-79.4	**77.1**	5.24	74.2-79.9	0.298
HCM (pg)	**25.5**	2.20	24.3-26.7	**25.9**	2.01	24.8-27.1	**0.024**
CCMH (%)	**33.4**	1.58	32.6-34.3	**33.5**	0.87	33.0-33.9	0.834
RDW (%)	**13.8**	1.48	12.9-14.6	**13.6**	1.26	12.9-14.3	0.421

4.2.3. INSEGURIDAD ALIMENTARIA

La pandemia a afectado la capacidad de los hogares para acceder a alimentos suficientes y adecuados, aumentando el riesgo de inseguridad alimentaria y malnutrición que puede afectar más gravemente a la población vulnerable dentro del hogar. Según el Programa Mundial de Alimentos, debido a la coyuntura, se ha visto un incremento en gastos en salud, alimentación y acceso a otros servicios como el internet, electricidad, agua, lo que influye en el cambio de patrones de compra y de alimentación.

Nuestro país ha sido uno de los más afectado por el COVID-19, lo que ha contribuido a incrementar las desigualdades que existe en nuestro país poniendo en riesgo a nuestra población vulnerables. [7]

La FIES determina la gravedad de la inseguridad alimentaria, al aplicar el cuestionario se determinó que el 44.5% de hogares ha presentado inseguridad alimentaria moderada-severa según el puntaje bruto. No se encontró asociación estadísticamente significativa ($p=0.408$) al relacionarlo al diagnóstico de anemia.

[7] https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2020-08-17/reporte-seguridad-alimentaria-y-nutricional-3107-final.pdf

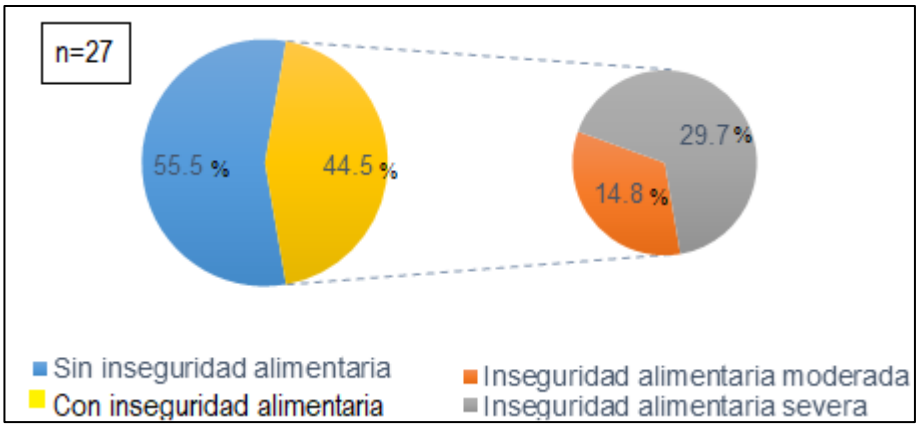


Gráfico n° 7: Inseguridad alimentaria en los hogares de los niños y niñas de 6 a 36 meses al inicio del piloto

Al finalizar el piloto se tomó nuevamente un cuestionario FIES a los hogares de los beneficiarios que permanecieron en el piloto hasta el final, de acuerdo a esto, la cantidad de hogares en inseguridad alimentaria moderado-severo se redujo a 31.3% (grafico n° 8). Así mismo, se vio una disminución de inseguridad severa, que pasó a ser inseguridad moderada.

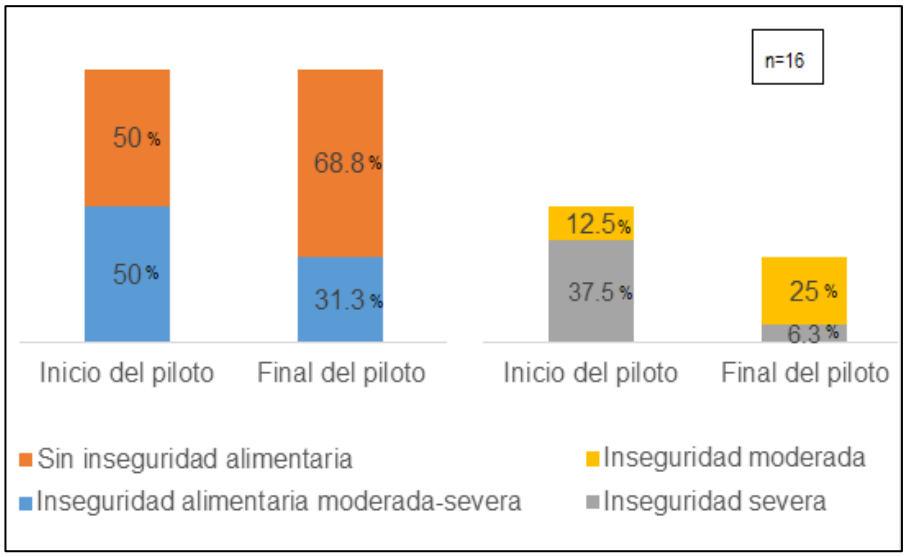


Gráfico n° 8 : Inseguridad alimentaria en los hogares de los niños y niñas de 6 a 36 meses al finalizar del piloto

4.2.4. FRECUENCIA DEL CONSUMO DE ALIMENTOS RICOS EN HIERRO

Consumo de alimentos fuente de hierro antes del piloto

Se realizó una encuesta de frecuencia de consumo de alimentos fuente de hierro previo a la participación en el piloto. En el grafico n°4 se puede observar que el alimento de origen animal más consumido es el pollo, seguido del hígado de pollo, esto debido a que son los alimentos de fácil acceso, en el caso del bazo de res, no es consumido en un 63%, a pesar de que es un alimento que se puede encontrar en los mercados, situación similar se da con la sangrecita, la carne de res y el bofe, que es el alimento menos consumido.

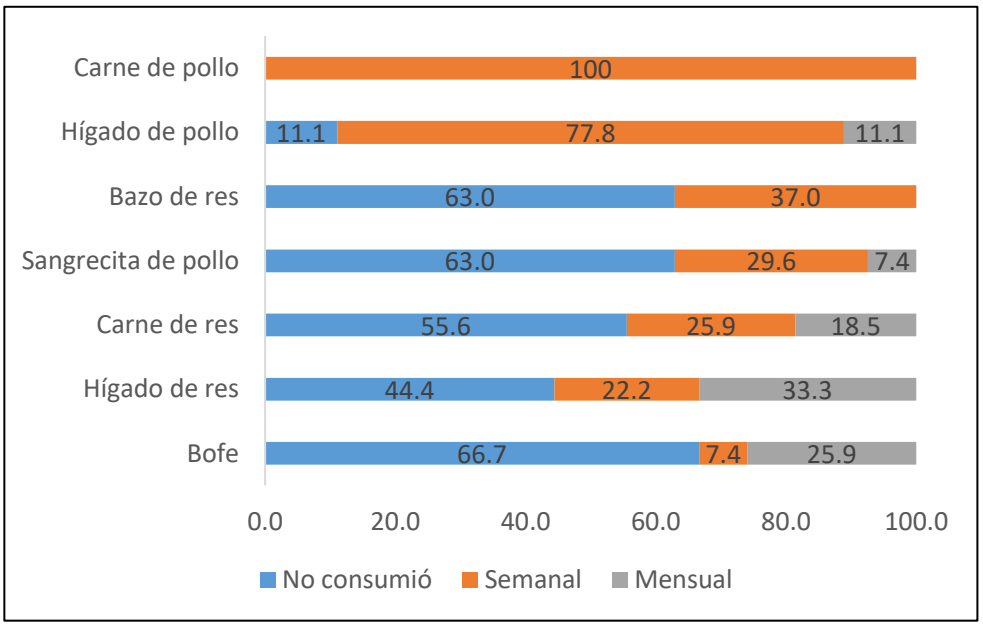


Gráfico n° 9: Porcentaje de alimentos de origen animal fuente de hierro consumidos por los niños de 6 a 36 meses

De acuerdo al consumo semanal, la carne de pollo es el alimento que fue consumido 3 veces a la semana; el hígado de pollo, el bazo de res y la sangrecita de pollo, fue consumida al menos 2 veces por semana y la carne de res, el hígado de res y el bofe es consumido 1 vez por semana.

Cabe resaltar que la frecuencia de consumo recogió información del consumo de alimentos antes de que los niños y niñas participaran del piloto, sin embargo, algunos niños y niñas estaban consumiendo comida que ofrecía el comedor. (Gráfico n°10)

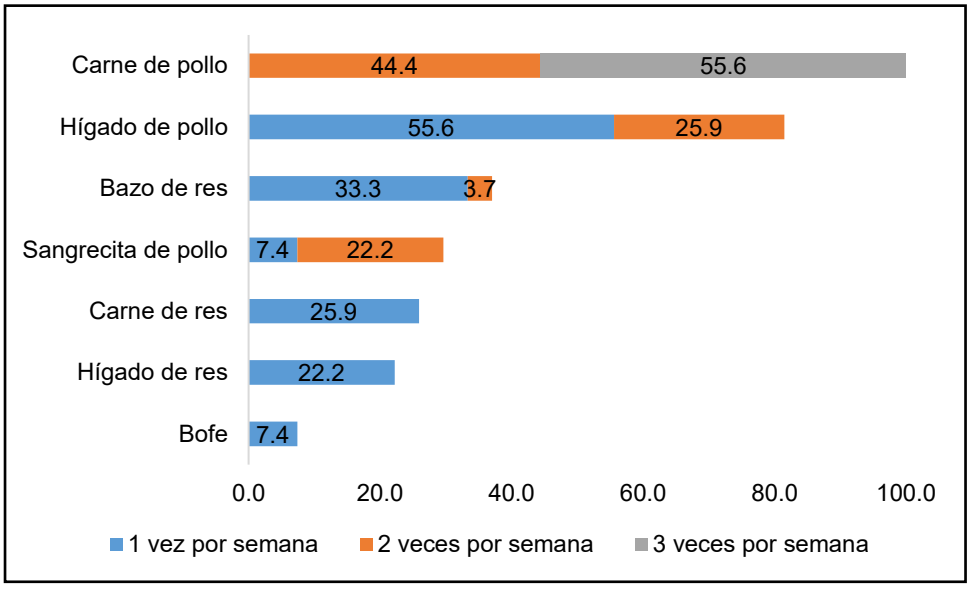


Gráfico n° 10: Porcentaje de número de veces en que han sido consumidos los alimentos fuente de hierro durante la semana

En el caso de los pescados, la población en general tiene un consumo semanal de pescado del 85.2%. El bonito es el pescado más consumido por los niños y niñas seguido del jurel y la anchoveta y la lisa es el pescado que no han consumido los niños y niñas.

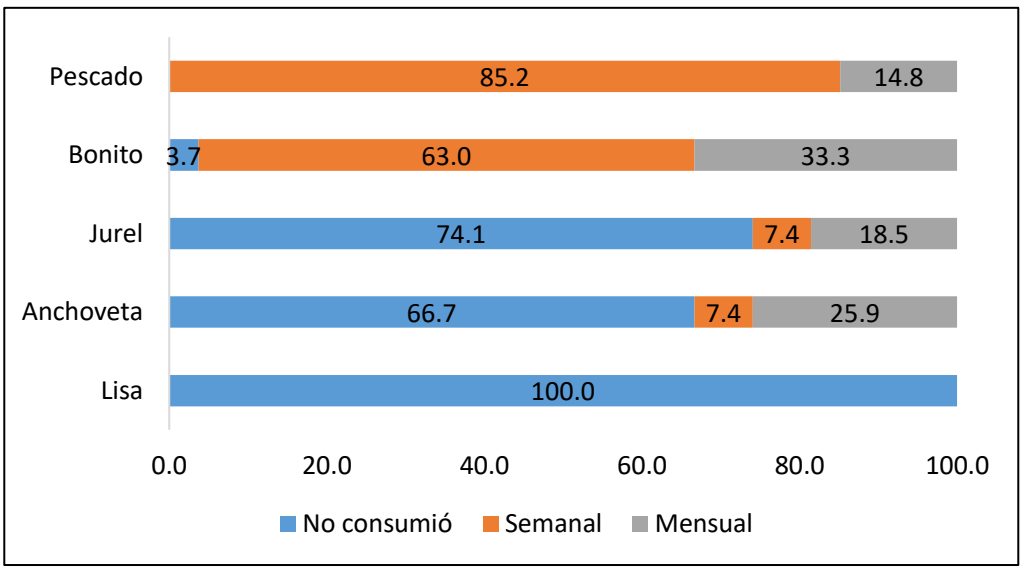


Gráfico n° 11: Pescados fuente de hierro consumidos por los niños de 6 a 36 meses

En el caso de las menestras, la más consumida semanalmente es la lenteja con el 88.9% y el frejol negro no fue consumido en la mayoría de niños y niñas del piloto.

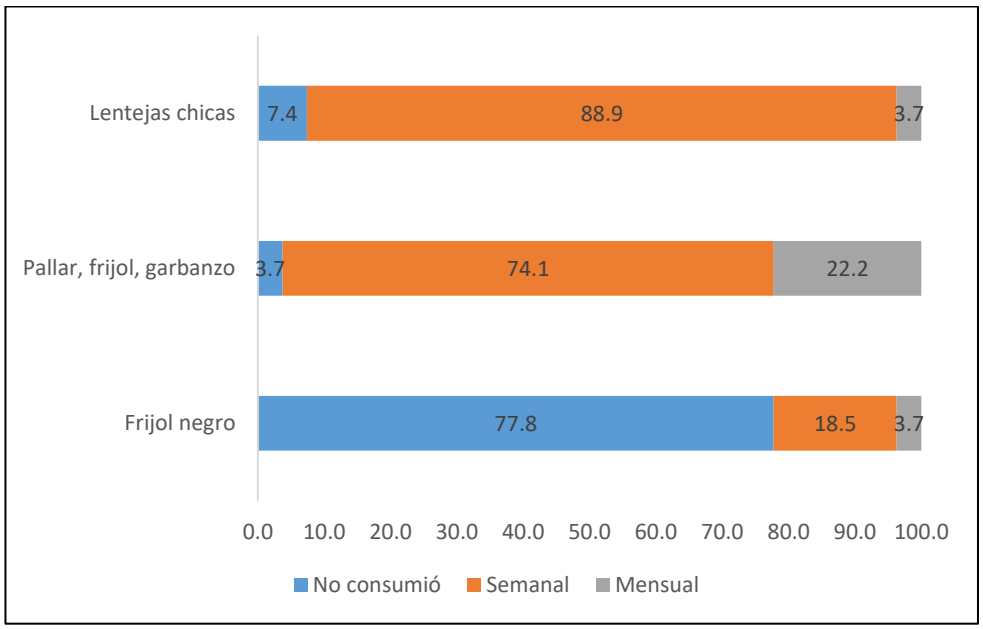


Gráfico n° 12: Menestras consumidas por los niños y niñas de 6 a 36 meses

Las motivaciones para no consumir los alimentos fuente de hierro se pueden observar en el siguiente gráfico N° 7, el bofe es el alimento que más personas desconocen o no tienen costumbre de consumirlo, seguido del bazo de res, el hígado de res y la sangrecita de pollo. El bazo de res es el alimento que el 25.9% de las madres o cuidadoras mencionaron que no sabían cómo prepararlo o qué cocinar con él, seguido de la sangrecita y el bofe. Así mismo la sangrecita, el hígado de res y la carne de res son los alimentos que las madres de familia o cuidadoras consideran como más caro, cabe resaltar que los alimentos han tenido diversos motivos para no consumirlo, sin embargo, en el caso de la carne de res, el único motivo mencionado es el costo, es considerado un alimento caro.

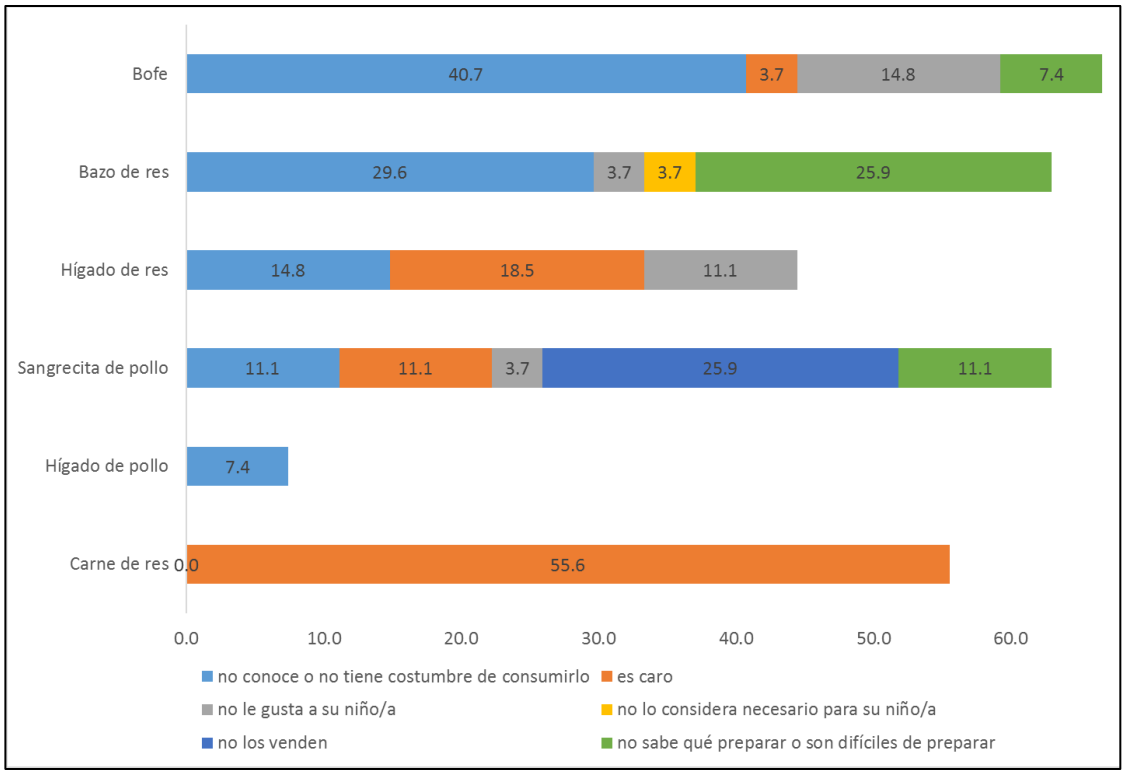


Gráfico n° 13: Motivaciones para no consumir alimentos fuente de hierro de origen animal

4.2.5. PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN INFANTIL DURANTE EL RECOJO DE RACIONES

4.2.5.1. Lactancia materna

Consumo de la leche materna continua

El 94.4% de niños de 6 a 23 meses de edad han consumido lactancia materna el día anterior a la encuesta. Solo un niño no consumió leche materna debido a que la madre dejó de darle lactancia cuando cumplió un año y medio, debido a que ella pensaba que un niño debe lactar hasta esa edad.

Con respecto a los niños y niñas de 24 a 36 meses, el 22.2% no consumen leche materna. Un niño no consumió lactancia materna desde el nacimiento debido a un problema de salud que tuvo al nacer prematuro y posterior a su recuperación la madre no pudo brindarle lactancia por motivos de salud. En otro caso, la niña sí recibió lactancia materna hasta los 6 meses, pero después su madre se alejó y no ha vuelto a lactar desde entonces.

Consumo de leche materna desde el nacimiento

Con respecto al consumo de leche materna desde el nacimiento, el 66.7% de las madres de los niños y niñas de 6 a 23 meses de edad mencionaron que brindaron lactancia materna a sus hijos inmediatamente después del parto, en el caso de los niños mayores de 2 años, solo el 11.1% recibió lactancia materna inmediatamente después del parto.

Tabla n° 13:Inicio de la lactancia materna del niño de 6 a 36 meses de edad

Inicio de la lactancia materna	6-23 meses		24-36 meses	
	n	%	n	%
Inmediatamente después del parto	12	66.7	1	11.1
30 minutos a 1 hora después del parto	1	5.6	1	11.1
Horas después del parto	4	22.2	3	33.3
Días después del parto	1	5.6	3	33.3
No dio de lactar			1	11.1
TOTAL	18	100	9	100

Consumo de alimentos diferentes a la lactancia materna

Con respecto a la introducción de alimentos diferentes a la lactancia materna dentro de los primeros 3 días de nacimiento, 16.7% de niños y niñas de 12 a 23 meses recibieron formula infantil. En el caso de los niños mayores de 24 meses, el 33.3% tomó formula infantil.

4.2.5.2. Introducción de alimentos sólidos

La recomendación de la edad para la introducción de alimentos sólidos es a partir de los 6 meses, antes o después de esa edad se corre del riesgo de afectar la salud y el desarrollo del niño o niña.

Durante el piloto participaron 2 niños y niñas de 6 a 8 meses, quienes iniciaron la alimentación complementaria a los 6 meses y recibieron alimentos sólidos o semisólidos según lo manifestado por la madre o cuidador.

4.2.5.3. Diversidad mínima dietaria

La diversidad alimentaria es una medida cualitativa del consumo de alimentos que refleja el acceso de los hogares a una variedad de alimentos[8]. El 88.9 % de niños y niñas de 6 a 23 meses de edad tuvieron diversidad mínima dietaria. Con respecto a los niños con anemia, el 11.1% de ellos no ha consumido variedad de alimentos el día anterior a la encuesta.

[8] http://www.fao.org/3/i1983s/i1983s.pdf

Tabla n° 14:Diversidad mínima dietaria según la edad del niño de 6 a 36 meses de edad

Edad	Diversidad mínima dietaria			
	SI		NO	
	n	%	n	%
6-23 meses	16	88.9	2	11.1
6-8 meses	1	50	1	50
9-11 meses	4	100	0	0
12 -23 meses	11	91.7	1	8.3
>24 meses	8	88.9	1	11.1
Total general	24	88.9	3	11.1

4.2.5.4. Frecuencia mínima de comidas

Para la frecuencia mínima de comidas se consideró 2 comidas al día para niños y niñas de 6 a 8 meses de edad, 3 comidas para niños y niñas de 9 a 23 meses de edad y 3 comidas para niños mayores de 2 años.[9]

El 100% de las madres manifiesta dar con frecuencia comida sólida o semisólida a su niño o niña. En promedio, ellas dan a sus hijos e hijas 3 a 4 comidas al día sin incluir la lactancia o lácteos. El 100% de los niños y niñas del grupo de 6 a 8 meses consume mínimo 3 veces al día; todos los niños y niñas del grupo de 9 a 23 meses, entre 3 a 4 veces al día; y los niños y niñas mayores a 24meses come 4 veces al día. En el caso de niños con anemia, todos tienen una frecuencia mínima alimentaria.

Frecuencia mínima de leche para niños no amamantados

En el piloto son 3 niños y niñas no amamantados el día anterior, una mayor de 1 año y 2 mayores de 2 años, quienes el día anterior tuvieron una frecuencia de 4 comidas al día y consumieron como mínimo dos tomas de leche evaporada.

4.2.5.5. Dieta mínima aceptable

A partir de los indicadores de frecuencia mínima de comida y diversidad mínima dietaria se pudo calcular el porcentaje de niños y niñas que reciben una dieta mínima aceptable. En el caso de niños y niñas de 6 a 23 meses, el 83.3% cumple con el consumo de una dieta mínima aceptable y en el caso de niños y niñas mayores de 2 años el porcentaje es similar. En el caso de los niños con anemia el 85.7% de ellos no tiene una dieta mínima aceptable.

[9] https://www.who.int/publications/i/citem/9789240018389

Tabla n° 15:Dieta mínima aceptable del niño de 6 a 36 meses de edad según diagnóstico de anemia

Edad	Dieta mínima aceptable			
	SI		NO	
	n	%	n	%
6-23 meses	16	88.9	2	11.1
6-8 meses	1	50	1	50
9-11 meses	4	100	0	0
12 -23 meses	11	91.7	1	8.3
>24 meses	8	88.9	1	11.1
Total general	24	88.9	3	11.1

4.2.5.6. Consumo de huevo y alimentos cárnicos

El 94.4% de niños de 6 a 23 meses consumieron algún alimento de origen animal o cárnico el día anterior a la encuesta, solo un niño no consumió estos alimentos. En el caso de niños mayores de 2 años todos consumieron alimentos de origen animal o cárnicos.

4.2.5.7. Consumo de bebidas dulces y alimentos no saludable

Consumo de bebidas dulces

Este indicador considera bebidas azucaradas o bebidas industrializadas dulces que consumió el niño el día anterior a la encuesta. El consumo de estos alimentos no está recomendado en la alimentación complementaria debido a que no aportan mayores nutrientes que energía y están relacionados a un aumento de caries dental, así como a la obesidad en la niñez[10]. Las bebidas dulces fueron consumidas por el 27.7% de niños y niñas de 6 a 23 meses, el 50% de niños del grupo de edad de 6 a 8 meses; en los niños y niñas de 9 a 11 meses, el 25% consumió estas bebidas. Con respecto a los niños y niñas de 12 a 23 meses el 25% las consumió y en los mayores de 24 meses el 66.7% las tuvo presente en su alimentación del día anterior.

Según los resultados se hace necesario intervenir sobre este indicador, debido a que se puede observar, que las bebidas dulces están presentes en niños menores de un año y un consumo constante de estas bebidas podría predisponerlo a desarrollar el habito del consumo de alimentos azucarados, lo que podría llevarlos hacia la obesidad. Durante la ejecución del piloto se brindaron mensajes de acuerdo a la Guía alimentaria para niños y niñas menores de 2 años[11], sin embargo, es necesario seguir haciendo énfasis en mensajes que promuevan el no consumo de estas bebidas en niños pequeños.

[10] https://www.who.int/publications/i/citem/9789240018389
[11]https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1811895/Gu%C3%ADas%20Alimentarias%20para%20ni%C3%B1os%20y%20ni%C3%B1as%20menores%20a%202%20a%C3%B1os%20de%20edad.pdf

Consumo de alimentos no saludables

El consumo de estos alimentos puede desplazar a los alimentos más nutritivos y limitar la ingesta de vitaminas y minerales esenciales[5]. Por ello es importante intervenir en la disminución de esta práctica para evitar la exposición repetida a bebidas y alimentos dulces en la infancia. Se consideraron alimentos no saludables a los caramelos, chocolates, galletas, masas fritas, papas fritas, entre otros.
Como resultado se obtuvo que el consumo de estos alimentos estuvo presente a partir del año en los niños y niñas, en el grupo de edad de 12 a 23 meses, el 25% consumió alimentos no saludables y en el grupo de mayores de 24 meses, el 33.3% los consumió el día anterior a la encuesta.

4.2.5.8. Consumo de frutas y verduras

La OMS indica que el bajo consumo de frutas y verduras está asociado con un mayor riesgo de enfermedades no transmisibles. En los resultados se pudo observar que el 83.3% de los niños y niñas consumió frutas o verduras el día anterior a la encuesta, solo el 16.7% no consumió ninguna de los dos.

Las frutas más consumidas el día anterior fueron la granadilla, el plátano, la mandarina y la manzana; en cuanto a las verduras, las más consumidas fueron la zanahoria, el zapallo y la arveja verde. Cabe resaltar que estos alimentos provinieron de las preparaciones entregadas en los comedores.

Tabla n° 16:Consumo de frutas y verduras del niño de 6 a 36 meses de edad

Edad	**Consumo de frutas y verduras**			
	NO		SI	
	n	%	n	%
6-23 meses	3	16.7	15	83.3
6-8 meses	0	0	2	100
9-11 meses	0	0	4	100
12-23 meses	3	25	9	75
>24 meses	0	0	9	100
Total general	**3**	**11.10**	**24**	**88.90**

4.2.5.9. Alimentación con biberón

El uso del biberón es muy extendido en la población, sin embargo, no es recomendado debido a que en su interior pueden proliferar bacterias que ponen en riesgo la salud del niño o niña[12]. Del total de niño evaluados, el 33.3% de niños y niñas de 6 a 23 meses usó biberón y en el caso de niños y niñas mayores de 2 años el porcentaje aumentó a 66.7%.

[12] https://www.who.int/publications/i/item/9789240018389

4.2.6. ALIMENTACIÓN RESPONSIVA

El reconocimiento de las señales que brinde el niños o niña y una respuesta positiva por parte de los padres o cuidador será importante en la formación de preferencias alimentarias y por ende en los hábitos alimentarios[13]. La alimentación perceptiva involucra reciprocidad entre el niño y la persona que lo alimenta. Es importante distinguir las señales de hambre de otras situaciones, se recomienda no ofrecer comida al niño ni insistir en que coma cuando no tiene hambre, no castigar o premiar al niño que no quiere comer.

En la encuesta se incorporaron preguntas para describir cómo se brindan los alimentos a los niños y niñas. Las madres mencionaron que reconocen cuando su niño no quiere comer, las señales que ellas percibieron fueron cuando su niño voltea el rostro, cierra la boca o bota la comida de la boca. El 70.4% de las madres manifiesta que alienta a su niño para que coma y dentro de este grupo, el 63.2% lo alienta verbalmente, el 21.1% lo motivó con juegos y cantos, el 10.5% le ordenó firmemente o lo forzó a comer y el 5.3% le mostró cómo se come. Así mismo el 77.8% de madres o cuidadoras mencionaron que le hablaban a sus niños y niñas mientras comían y más de la mitad de este grupo los elogiaban. Además, se les preguntó a las madres o cuidadoras si su niño o niña había comido solo alguna comida el día anterior a la encuesta y el 59.3% respondió que sí y todas las madres mencionaron que sus niños son incluidos a la mesa familiar.

4.2.7. LAVADO DE MANOS, HIGIENE DE LOS ALIMENTOS

Con respecto al lavado de manos, todas las madres o cuidadoras conocen los pasos para realizar un correcto lavado de manos, sin embargo, solo el 29.6% conoce el tiempo que debe durar el lavado de manos como mínimo.

La desinfección de las frutas y verduras el 37% la realiza con vinagre, el 14.8% la realiza con lejía y 48.2% lo realiza solo con agua.

4.2.8. ACCESO A SERVICIOS DE SALUD RELACIONADOS A LA ANEMIA

4.2.8.1. SUPLEMENTACIÓN CON HIERRO

El 59.3% de madres o cuidadoras le estaba brindado suplementación preventiva con hierro a su niño o niña. De los niños y niñas diagnosticados con anemia, el 85.7% inició tratamiento para la anemia, solo un caso demoró el inicio de su tratamiento debido a que la mamá mencionaba que no tenía tiempo para ir al centro de salud.

[13] Guías alimentarias para niños menores de 2 años, INS 2020

La mayoría de niños recibió hierro polimaltosado de parte del centro de salud, solo algunos niños recibieron el sulfato ferroso. De los niños y niñas que no estaban consumiendo el suplemento de hierro, 54.5% de madres o cuidadoras mencionaron que no acudieron al centro de salud a recogerlo por falta de tiempo, el 18.2% no acudió al centro de salud porque el suplemento le producía estreñimiento a su niño; el 9.1% no estaba de acuerdo con la suplementación ya que veía a su niña bien de salud y el 18.2% estaba consumiendo otro suplemento vitamínico por indicación del médico.

De los niños y niñas que consumieron el suplemento de hierro, el 23.5% no le brindó el suplemento diariamente debido a que el suplemento le caía mal a su hijo o hija, le producía estreñimiento, se lo indicó el médico o no le gustaba a su niño o niña, por lo tanto, decidieron darle interdiario.

No se evidenció asociación estadísticamente significativa entre el consumo del suplemento de hierro con el diagnostico de anemia al inicio del piloto (p=0.662).

4.2.8.2. PARTICIPACIÓN EN SESIONES DEMOSTRATIVAS O VISITAS DOMICILIARIAS

Las madres o cuidadoras mencionaron que no habían participado en ninguna sesión o capacitación virtual o presencial por parte del centro de salud. Solo 2 madres mencionaron que personal de salud la municipalidad de Lima las visitaba para conocer cómo se encontraba su niño.

4.2.8.3. TRATAMIENTO CON ANTIPARASITARIOS

Se preguntó a las madres o cuidadoras si sus niños o niñas habían recibido tratamiento con antiparasitarios, sin embargo, solo el 11.1% de los niños mayores de 24 meses había recibido su tratamiento y el 16.7% de 12 a 23 meses también recibió su tratamiento. Esta información es importante ya que una de las causas de la anemia es la presencia de parásitos en los niños y niñas.

4.3. FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES EN LAS MADRES O CUIDADORAS DE LOS NIÑOS DE 6 A 36 MESES QUE PARTICIPAN EN EL PILOTO

4.3.1. TELEORIENTACIÓN A LAS MADRES O CUIDADORAS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 36 MESES QUE PARTICIPAN EN EL PILOTO.

La teleorientación se realizó mediante llamadas telefónicas y mensajes por whatsapp. Mediante las llamadas se les brindó consejos y recomendaciones que promueven el consumo de los alimentos fuente de hierro. Así mismo se compartió información virtual como imágenes con mensajes claves y videos acerca de la anemia, los alimentos fuente de hierro y preparaciones a base de sangrecita.

Las llamadas telefónicas se realizaron semanalmente y se pactaron acuerdos con la madre o cuidador, sin embargo, en algunos casos, no se cumplió el seguimiento semanal, por motivos de disponibilidad de tiempo de la madre o cuidador, el poco conocimiento del uso del celular, el uso de su celular por sus hijos u otro familiar y problemas de conexión.

Debido a los problemas de conexión de las madres o cuidadoras se implementó como estrategia realizar una recarga a sus números de teléfono para que puedan contar con el saldo necesario para acceder al material audiovisual que se les envió. (ver anexos)

Se elaboró un cuestionario de conocimientos de 16 preguntas sobre la anemia en formularios de google para que las madres de familia puedan resolverlo después de haber revisado el material audiovisual enviado.[14]

Tabla n° 17: Respuestas al cuestionario de conocimientos enviado de forma virtual.

Respuestas	Número de madres o cuidadoras	
	n	%
16 respuesta correctas	1	6.25
15 respuestas correctas	9	56.25
14 respuestas correctas	3	18.75
12 respuestas correctas	3	18.75

De acuerdo a las respuestas de las madres o cuidadoras, la mayoría muestra conocimientos sobre la anemia, la suplementación y la alimentación para la prevención de la anemia. En el cuestionario se incluyó preguntas de lactancia materna, en la cual la mayoría de madres o cuidadoras considera que la lactancia materna debe finalizar a cierta edad. Además de ello, 3 madres de familia relacionaron la anemia a la deficiencia de vitaminas y no reconocieron la deficiencia de hierro como la causa de la anemia. Cabe resaltar que todas identificaron la importancia de la prevención de la anemia y sus consecuencias.

[14] Puede visualizar el cuestionario en el siguiente enlace: https://forms.gle/1ENBa3AfMLarwTGNA

4.3.2. SESIÓN DEMOSTRATIVA

Para desarrollar la sesión demostrativa se elaboró una guía de desarrollo de la sesión demostrativa basado en el documento técnico de sesión demostrativa para la población materno infantil, 2013. (ver anexos)

Para el desarrollo de la sesión demostrativa se consideraron medidas de bioseguridad para la reducción del riesgo de contagio de COVID-19. Se consideró un local ventilado, un foro reducido de acuerdo al tamaño del lugar e insumos para la desinfección de manos y protección personal.

Madre de familia durante su participación en la sesión demostrativa.

Durante la sesión demostrativa se agregó una dinámica sobre el consumo del suplemento de hierro, lo que permitió profundizar en el tema y resaltar su importancia.

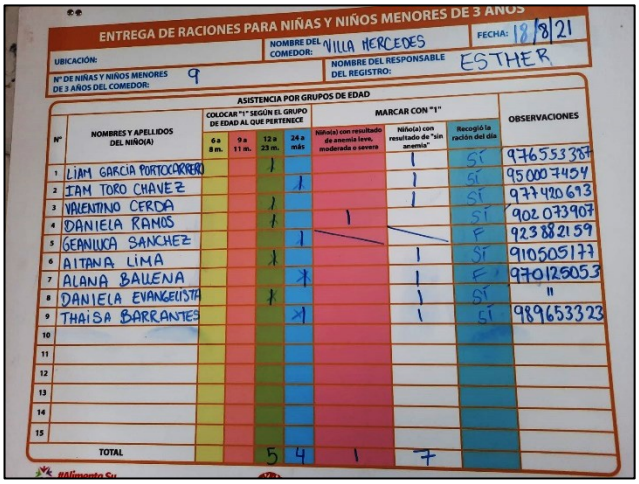
Se programaron 4 sesiones demostrativas presenciales. Al finalizar de cada sesión demostrativa se les hizo entrega de sangrecita enlatada a los participantes, para que elaboren preparaciones a base de sangrecita en casa y envíen sus evidencias fotográficas por whatsapp.

Preparación elaborada por madre de familia a base de sangrecita

4.4. SEGUIMIENTO DEL RECOJO Y CONSUMO DE LA RACIÓN ALIMENTARIA

4.4.1. SEGUIMIENTO DEL RECOJO DE LA RACIÓN ALIMENTARIA

El seguimiento del recojo de la ración se realizó de forma virtual a través de mensajes o llamadas y de manera presencial durante el recojo de las raciones de alimentos. Se implementó un cartel de control de recojo de ración que manejaron las socias de cocina para que se relacionen con la población de niños y niñas que participaron en el piloto, así mismo el cartel de control también sirvió de ayuda para el seguimiento diario.



ENTREGA DE RACIONES PARA NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS

UBICACIÓN: | NOMBRE DEL COMEDOR: VILLA MERCEDES | FECHA: 18/8/21

Nº DE NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS DEL COMEDOR: 9 | NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL REGISTRO: ESTHER

ASISTENCIA POR GRUPOS DE EDAD

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS DEL NIÑO(A)	COLOCAR "1" SEGÚN EL GRUPO DE EDAD AL QUE PERTENECE				MARCAR CON "1"			OBSERVACIONES
		6 a 8 m.	9 a 11 m.	12 a 23 m.	24 a más	Niño(a) con resultado de anemia leve, moderada o severa	Niño(a) con resultado de "sin anemia"	Recogió la ración del día	
1	LIAM GARCIA PORTOCARRERO			1			1	SÍ	976553387
2	IAM TORO CHAVEZ				1		1	SÍ	950007454
3	VALENTINO CERDA			1			1	SÍ	977420693
4	DANIELA RAMOS			1		1		SÍ	902073907
5	GEANLUCA SANCHEZ				1			F	923882159
6	AITANA LIMA			1			1	SÍ	910505177
7	ALANA BALLENA				1		1	F	970129053
8	DANIELA EVANGELISTA			1			1	SÍ	"
9	THAISA BARRANTES				1		1	SÍ	989653323
10									
11									
12									
13									
14									
15									
	TOTAL			5	4	1	7		

Cartel del control de entrega de raciones diarias a los niños de 6 a 36 meses

Al inicio del piloto se inscribieron 27 niños y niñas, sin embargo, durante el seguimiento se observó que algunas madres o cuidadoras tenías dificultades para el recojo de la ración, después de varias semanas, en donde no se pudo regularizar su situación, 11 se retiraron por diversos motivos. El retiro de las madres o cuidadoras fue voluntario, del total de retirados 7 se fueron por motivo de trabajo, ya que el cuidador del niño o niña sería otra persona que no participaría del piloto, 2 niños salieron de viaje con su familia sin fecha de retorno, 1 niño se mudó a otro distrito y una niña se enfermó y la madre prefirió prepararle comida en casa. En el caso de los niños y niñas retirados por motivo de trabajo de la madre, es importante resaltar que 3 de los niños quedaron bajo el cuidado de sus hermanos mayores, 2 bajo el cuidado de una persona que no es su familiar y 2 de ellos siguieron bajo el cuidado de la madre.

Los niños y niñas que permanecieron en el piloto tuvieron como característica que la madre no laboraba y en el caso de que trabajara, la abuela asumía el rol de cuidadora.

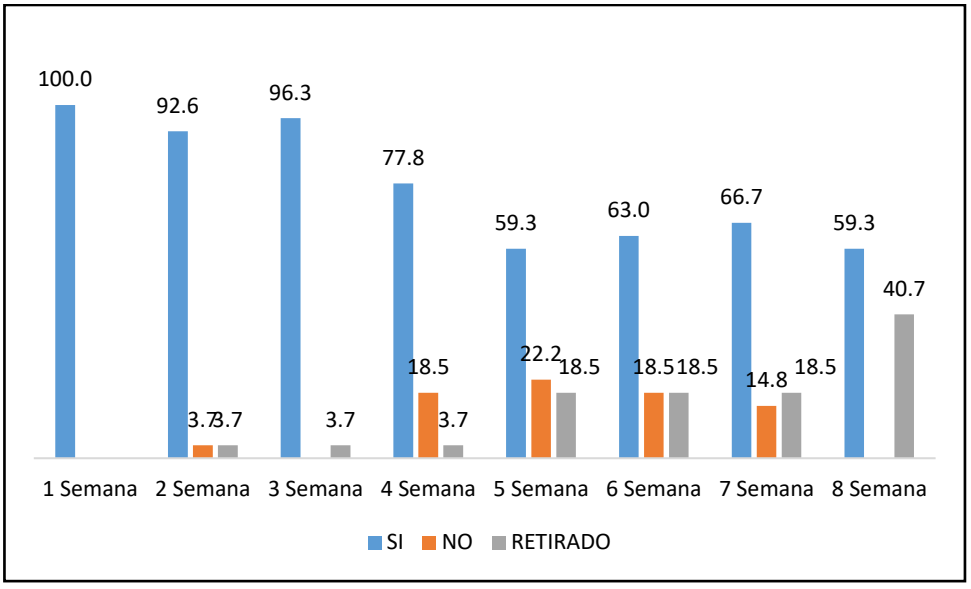


Gráfico n° 14: Recojo de la ración servida en los niños y niñas de 6 a 36 meses.

4.4.2. SEGUIMIENTO TELEFÓNICO SOBRE EL CONSUMO DE LA RACIÓN ALIMENTARIA

El seguimiento del consumo de la ración se realizó mediante llamadas telefónicas para verificar el consumo, así como entrevista personal en el comedor durante la entrega de las raciones.

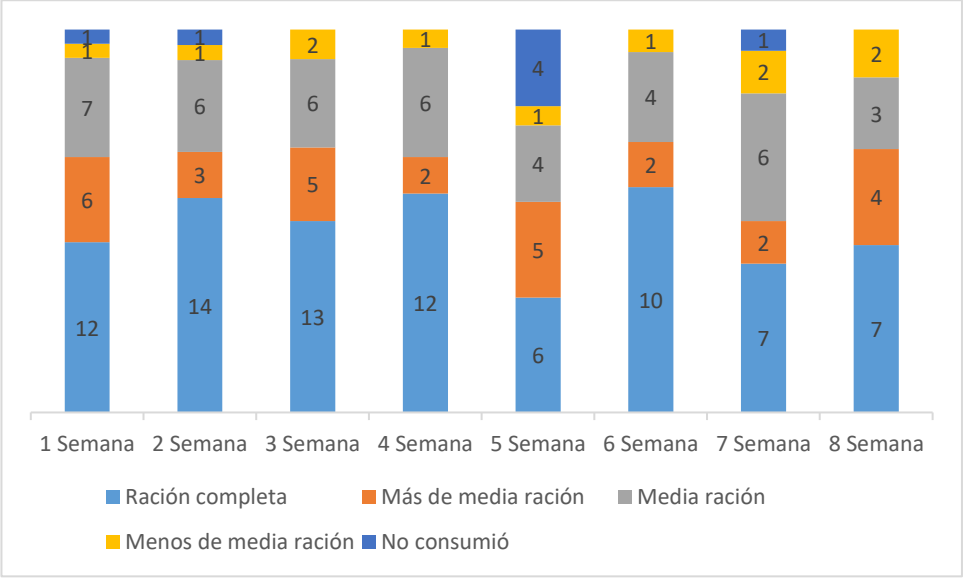


Gráfico n° 15: Consumo de la ración servida en los niños y niñas de 6 a 36 meses

Durante el seguimiento se observó que aproximadamente 90% de niños y niñas consumieron más de la mitad de la ración servida y el 10% consumió menos de la mitad de la ración servida o no consumió. Los motivos para el poco consumo de la ración servida fueron que la madre o cuidador manifestaba que la cantidad consumida era la que normalmente consumía su niño o por enfermedad o que la preparación no fue del agrado del niño. El alimento que generalmente dejaban los niños o niñas era el arroz y la mayoría manifestaba que le brindaban en la cena lo que les sobraba en el almuerzo.

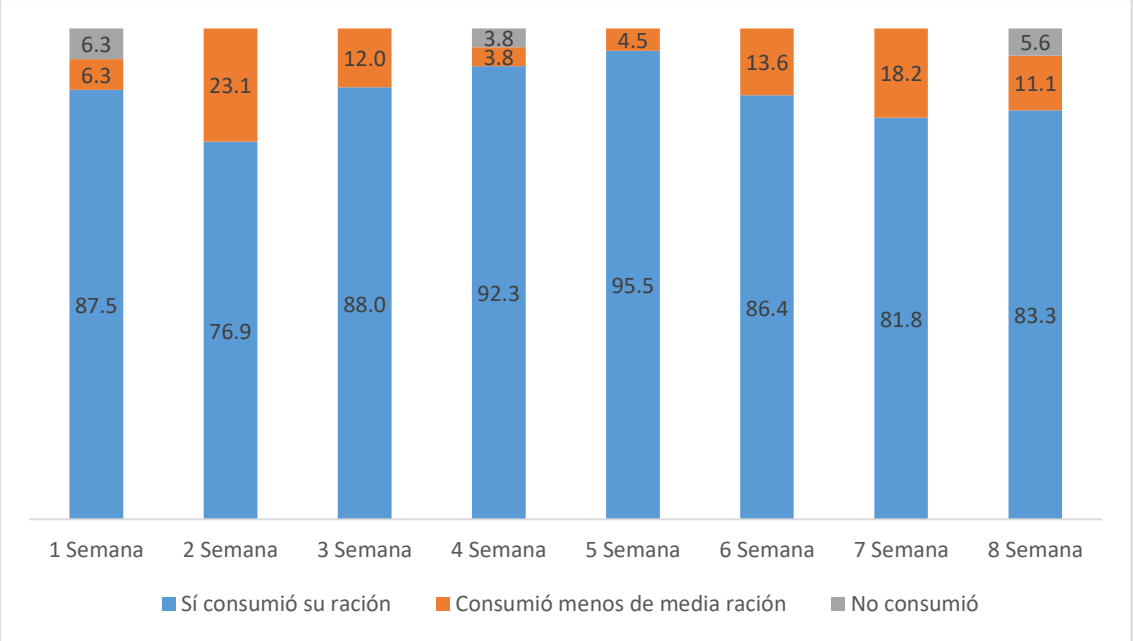


Gráfico n° 16: Consumo de la ración servida de mazamorra a base de sangrecita en los niños y niñas de 6 a 36 meses

Con respecto al consumo de la mazamorra, la mayoría de niños consumió más de la mitad, sin embargo, hubo un porcentaje que consumió menos o no lo consumió. Los motivos que manifestaron las madres o cuidadoras fueron por enfermedad, porque no fue del agrado del niño o porque es la cantidad que suele comer el niño o niña. Las madres manifestaron que lo que sobraba de la mazamorra ya no se la volvían a ofrecer al niño.

4.4.3. SEGUIMIENTO DE LA SUPLEMENTACIÓN

El seguimiento de la suplementación se realizó semanalmente mediante llamadas telefónicas, mensajes por whatsapp o de forma presencial al momento del recojo de la ración en el comedor. A través del seguimiento se pudo conocer las prácticas que las madres o cuidadoras realizaban al momento de darle el suplemento a sus hijos o hijas.

Durante la ejecución del piloto se hizo seguimiento a la suplementación de hierro y se observó algunas barreras para su consumo como el estreñimiento, la falta de tiempo de las madres de familia para acudir al establecimiento a recoger su suplemento y el rechazo del niño o niña, así mismo también se observaron otras prácticas que no aseguraban un adecuado consumo del suplemento como la combinación con lácteos, brindarle el suplemento junto o cerca de las comidas.

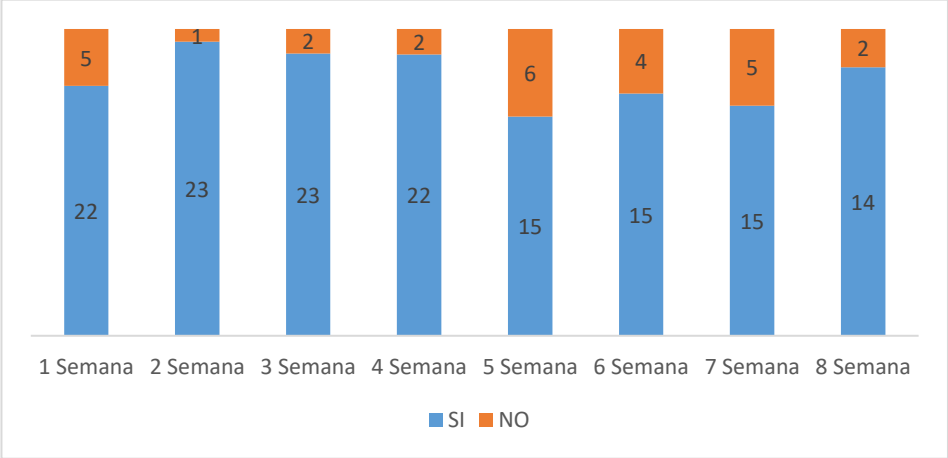


Gráfico n° 17: Consumo del suplemento de hierro durante la ejecución del piloto

Se implementó la estrategia de otorgar una naranja junto con la comida para que las madres o cuidadoras puedan tener presente que al día siguiente se le debe brindar su suplemento de hierro seguido del jugo de naranja.

El 11.1% mencionó que su niña o niño no recibió con agrado el suplemento y fue rechazado en algunas oportunidades. Es por ello que se estudió la posibilidad de que el suplemento sea mezclado con el jugo de naranja para que sea mejor tolerado por los niños y niñas.

Para brindar la recomendación de mezclar el suplemento en un poco de jugo de naranja se realizó una prueba de dilución del suplemento en vasos y tazas de diferente material para conocer si la disolución se daba completamente o el material del recipiente tenía alguna influencia. (ver anexos)

La prueba se realizó con vasos y tazas de vidrio, plástico, cerámica, con diseño o sin diseño. Se diluyó 14 gotas del suplemento en 4 cucharadas de jugo de naranja y se dejó reposar por más de 30 minutos, al vaciar el contenido se evidenció que en el recipiente de vidrio quedo menor cantidad de restos de la dilución a diferencia de los otros recipientes de otros materiales; en especial en el recipiente de plástico se quedó más contenido de la dilución.

En base a la prueba realizada, se pudo brindar la recomendación opcional a la madre o cuidador del niño o niña, de diluir el suplemento en 4 cucharadas de jugo de naranjas, en un vaso de vidrio y consumirlo inmediatamente.

4.5. PERCEPCIONES DE LAS SOCIAS DEL COMEDOR SOBRE EL PILOTO

Los Comedores Populares surgen como respuesta a un problema social. Su objetivo es elevar el nivel nutricional de los grupos más vulnerables y brindar seguridad alimentaria a la población en pobreza. Se basa en grupos de personas que se organizan para comprar, preparar y distribuir menús de alimentos. Estos comedores venden las raciones alimenticias a precios subsidiados debido al apoyo que reciben del gobierno y a su organización y trabajo es por ello que es importante conocer sus percepciones acerca del trabajo realizado en conjunto con la ONG CARE PERÚ, para ello se realizó un grupo focal con las socias de los comedores Emaus y Villa Mercedes de Agnoli. Se consideraron cuatro temas principales: la organización y gestión del comedor, la programación y preparación de las comidas, el área física e infraestructura y propuestas de mejora.

Organización y gestión del comedor

Las socias de cocina de los comedores mencionaron que cada uno tiene una función dentro de sus actividades en el comedor, sin embargo, durante la cocina se apoyan entre ellos.

- "*yo le digo a cada uno lo que tiene que hacer, si no lo hace, yo lo hago, lo importante es quedar bien, pero todos tienen sus funciones" (L, comedor Emaús, GF)*
- *"Con la ayuda de todos, trabajamos en equipo, esa es la idea para brindar una mejor atención" (T, comedor Emaús, GF)*
- *"Cada una tiene su función, pero si alguna falta, otra la reemplaza, todas nos involucramos" (B, comedor Agnoli, GF)*

Según lo que manifestaron, el comedor Villa Mercedes de Agnoli está más organizado, lo que quizá se deba a la cantidad de socias que tiene el comedor a diferencia de comedor Emaús. Al respecto una de las socias del comedor Emaús manifestó lo siguiente:

- "*De nada nos sirve llenarnos de gente, si después se van a ir y nos van a dejar, mejor estamos nosotros…se quejan que mucho trabajo y no duran aquí" (M, comedor Emaús, GF)*

El comedor Villa Mercedes de Agnoli a diferencia del comedor Emaús recibe un subsidio por parte del Estado, el cual invierten en alimentos para complementar el menú con la sopa y recibir ingresos. El comedor Emaús no recibe subsidio y actualmente depende de la entrega de alimentos de la Municipalidad de Lima y de la ONG CARE PERÚ. Pese a ello las socias del comedor Villa Mercedes mencionaron que podrían haber cerrado si la ONG no intervenía en esta etapa.

- *"la municipalidad nos da un subsidio mensual porque nosotros somos comedores subsidiarios, pero nos deben, entonces no tenemos con que movilizarnos, antes que usted viniera nos deben cheque de junio" (C, comedor Agnoli, GF)*

- *“Ahorita, hoy en día, con lo que han venido ustedes que es CARE, para nosotros ha sido una ayuda fundamental, porque de repente el comedor hubiera cerrado”. (B, comedor Agnoli, GF)*

Ambos comedores mencionaron que los alimentos que reciben por parte de la Municipalidad de Lima no son suficientes y sobretodo no son variados, lo que las limita realizar preparaciones variadas y los obliga a comprar otros alimentos que salen de su presupuesto. Así mismo el kit de limpieza y el kit de protección son insumos que actualmente les hace falta.

- *“Ahorita mismo nosotras usamos lejía, detergente que ya se acabó, lo que CARE nos ha ayudado por lo menos es un gasto menos. Ya que estamos gastando bastante lejía se usa bastante para desinfectar la verdura”. (C, comedor Agnoli, GF)*
- *“Lo que hace falta es kit de limpieza, se usa bastante para limpiar y ya no tenemos” (J, comedor Emaús, GF)*

El abastecimiento de alimentos se da por parte de la municipalidad de Lima y la ONG CARE PERÚ, las socias del comedor mencionaron que actualmente no tienes dificultades en ese sentido, antes del piloto tenían que buscar sus alimentos al precio más cómodo.

- *“Ahorita, hoy en día, con lo que han venido ustedes que es CARE para nosotros ha sido una ayuda fundamental, porque, de repente el comedor hubiera cerrado”. (C, comedor Agnoli, GF)*
- *“Cuando CARE no apoyaba yo iba al mercado a comprar los insumos, porque semanalmente tiene que preparase una preparación variada, caldo de huesos, de pollo y eso es cuando no recibimos apoyo, de la municipalidad más que nada es arroz, la menestras, pescado y aceite” (J, comedor Emaús, GF)*

Con respecto al equipamiento las socias del comedor mencionaron que el kit de limpieza y de protección se los han brindado la municipalidad la ONG CARE PERU

- *“A Dios gracias en la campaña anterior hemos podido nosotros adquirir bastantes cosas, pero ahora no, porque más ha sido el gasto, antes CARE nos subsidiaba el gas, pero esta vez, nos ha apoyado, pero no en la cantidad que nosotros gastamos. La campaña anterior nosotras compramos olla arrocera, repostero licuadora, piso, cocina, hemos hecho la cocina con la ayuda de CARE…esta vez hemos comprado una olla arrocera pero no ha sido tanto como la vez pasada. (C, comedor Agnoli, GF)*
- *“En ese aspecto(equipamiento) CARE nos ha apoyado bastante y la municipalidad también, pero me he dado cuenta que ha bajado el apoyo… lo que ha bajado son los implementos de limpieza, lejía, detergente. Yo pienso que por la pandemia tendrían que darle más importancia a eso. Después de los productos para preparar la comida si llega puntual, nos traen todo lo necesario”.*

La meta que tiene cada comedor es distinta, en el comedor Villa Mercedes tienen como meta arreglar el techo de su local, en el caso de comedor Emaús, esperan poder ampliar su local. Con respecto a la motivación que sienten para participar en el comedor, mencionaron en su mayoría que las motiva las ganas de ayudar a personas que lo necesitan.

- *"Para nosotros mismas es un apoyo una ayuda para nuestros hogares, porque a veces cuando una cocina en casa es más gasto." (E, comedor Agnoli, GF)*
- *"Otro motivo es ayudar a las socias y gente que lo necesita, le brindamos la ayuda. Nos motiva hacer una labor social en beneficio de una. La que habla entro por necesidad. No había un plato de comida en casa, uno se puede ayudar y salir adelante. Nos ha chocado la pandemia, gente que no ha venido antes ahora se para y hace su cola". (B, comedor Agnoli, GF)*
- *"Más que nada, ayudar a la gente" (T, comedor Emaús, GF)*
- *"Nos ahorramos en la comida, a veces cansa, pero hay gente que de verdad lo necesita" (M, comedor Emaús, GF)*

Programación y preparación de comidas

El apoyo de la ONG CARE PERU mediante la programación de menús y la entrega de alimentos ha sido clave para que los comedores tengan más comensales y se le brinde a la población alimentos variados y comidas balanceadas, diferente a lo que se entregaba anteriormente, ya que siempre ha primado los carbohidratos sobre los otros nutrientes y la entrega de raciones se daba según la cantidad sin diferenciar la edad. A partir del piloto las socias de cocina han aprendido a diferenciar la comida para un niño pequeño.

- *"Antes (antes de la intervención con CARE) buscábamos lo más cómodo, pero no nos poníamos a pensar, era para llenarte, pero no estaba balanceado el alimento" (E, comedor Agnoli, GF)*

Las preparaciones que consideraron novedosas fueron la mazamorra de sangrecita y la chaufa de quinua, no consideran que exista preparación difícil, pero si es complicado para ellos preparar comidas que incluyan frituras. Las preparaciones que consideraron fácil de elaborar son los guisos o menestras y las más complicadas son las frituras, las tortillas.

- *"La sangre es lo novedosa, el bofe que lo comíamos, pero no en la cantidad que ustedes nos dan, las mazamorras con frutas, al igual que el hígado". (C, comedor Agnoli, GF)*
- *"De la mazamorra con sangrecita, primera vez, yo siempre había visto las tradicionales, morada, maicena, yo no pensaba que se podría agregar la sangrecita y cuando lo hicimos por primera vez ni se sentía" (J, comedor Emaús, GF)*
- *"A las señoras les ha gustado (chaufa de quinua), hasta a mí, dos platos me comí" (L, comedor Emaús, GF)*

En este tiempo del piloto aprendieron a realizar el servido de las raciones según la edad del niño o niña, lo cual lo consideraron tedioso y que les quitaba tiempo, pero han comprendido la importancia de la alimentación en un niño según su edad. Reconocen la estrategia que se ha adoptado de brindar dos tapers a las madres de familia o cuidadoras, ya que eso les permite servir las comidas con mayor anticipación y organizarse mejor.

- *"(Antes de la intervención de CARE) Si teníamos (niños), pero en el menú normal, lo que llevaba el adulto igual lo comía el bebe" (C, comedor Agnoli, GF)*
- *"Normal (el servido), su tapercito ya tiene su medida" (E, comedor Agnoli, GF)*
- *"Depende a las edades, hay una niña se le echaba un cucharoncito" (E, comedor Agnoli, GF).*
- *"Mucho trabajo, quieren que se les del peso, pero cuando una está en el trajin y estar poniéndose a pensar en la comida como que es pesado…a las 12 es la hora punta, se atiende al público y al mismo tiempo servir para los niños, entonces no se puede, es tedioso" (M, comedor Emaús.GF)*
- *"La buena técnica de darle el segundo taper, nos ayuda mucho, ya se puede servir con más tranquilidad" (L, comedor Emaús.GF)*

Área física e infraestructura

En el comedor Villa Mercedes de Agnoli el principal problema de infraestructura que tienen es el techo, ya que no es de material noble, es de calaminas y por los espacios abiertos pueden ingresar roedores y otros animales. El comedor Emaús con respecto a infraestructura no tienen problemas ya que es una casa de material noble techada, pero si esperan en un futuro ampliar el local.

- *"Anteriormente nos dieron cocina, lavadero, tapers…CARE conectó la luz, no tenía luz, ese mueble, yo no tenía donde poner las cosas, todo lo tenía amontonado, la cocina es chiquita ps" (L, comedor Emaús, GF)*

Propuesta para mejora

Los beneficios que han percibido se basan en la satisfacción de ayudar a otras personas, la facilidad de recibir los alimentos y no tener que ir a comprarlo y el tener comida disponible para su familia.

- *"Hemos tenido bastante ayuda, a las cocineras nos traen las cosas, no vamos al mercado…cositas que podamos necesitar vamos a la tiendita" (C, comedor Agnoli, GF)*
- *"Brindar ayuda y más a nosotros mismos porque ahora nos han dado un mesecito más, como piloto hemos tenido ese beneficio para los niños" (B, comedor Agnoli, GF)*

- *"He ahorrado un poco, para poner la luz, ustedes apoyaron, compre mi arrocera, algunas cosas para el comedor, cosas que me faltaban e implementado". (L, comedor Emaús, GF)*
- *"Me beneficia apoyando a mi familia, yo vengo a apoyar y me apoyan alimentando a mi familia. (T, comedor Emaús, GF)*

Con respecto a lo que, aprendido durante el piloto, mencionaron que aprendieron a trabajar en equipo, que han recibido varios talleres que les enseñaron sobre la alimentación.

- *"Compañerismo en todo el grupo" (C2, comedor Agnoli, GF)*
- *"Hemos aprendido a que no usemos aretes, nada de sortijas, uñas cortas, bien puesto tus guantes" (C, comedor Agnoli, GF)*
- *"Como hacer una pequeña empresa, nosotros queríamos hacer el yogurt, decidimos hacer la mayoría y ver cómo hacer para vender, pero el litro de leche cuesta 5 soles el litro y como que ya no era negociable hacer el proyecto de yogures, porque esa vez se hizo con 10 litros y al final no es rentable hacerlo… no sería rentable hacer los yogures" (E, comedor Agnoli, GF)*
- *"Trabajar en equipo, a alimentarse, qué es lo que complementa un alimento con otro, yo sí lo tengo bien grabado que la sangrecita tiene que juntarse con una limonada para el hierro" (J, comedor Emaús, GF)*
- *"Alimentarme, porque yo soy diabética, hipertensa y también tengo anemia y la alimentación de los niños, yo también lo recibo para alimentarme". (L, comedor Emaús, GF)*
- *"He aprendido a tener paciencia" (M, comedor Emaús, GF)*

Con respecto a dificultades que se le han presentado mencionaron que las nuevas preparaciones les generan un poco de dificultad al inicio por la falta de costumbre.

- *"Ninguna dificultad, solo que a veces en las preparaciones que nos envía, a veces dificulta, quizá yo no no lo he preparado a falta de no tener todos los implementos, y me psicoseo, digo -hay que hacer esto y esto-, pero gracias a Dios como CARE todo mandan, entonces ya aprendí a hacer todo, le agradezco bastante porque me ha enseñado a ver nutrientes, todo lo que uno necesita para la comida de los niños, de los ancianos, para complementar todo eso". (L, comedor Emaús, GF)*
- *"Gran dificultad no, son contratiempos, que como siempre pasa, la verdad yo no me quejo, son cosas que uno mismo puede solucionar, como los implementos de limpieza que ya se nos acaba y nosotros tenemos que buscar…ahora el gas también que había subido y ahora recién estamos recibiendo un poco de ayuda. Después mayormente, en lo que se refiere a la preparación, si se tiene que avanzar, un día antes se puede avanzar". (J, comedor Emaús, GF)*

- *“Sí hemos tenido un poquito de dificultad para mí, yo hablo personal, a veces, ha habido que la semana entera no ha habido descanso para nosotras, a veces la necesidad nos hace venir, ni un domingo, ni un sábado a veces sábado teníamos que venir a trabajar, el domingo viene el repartidor se queda uno a picar en la mañana … es una atadura por la necesidad es que debemos estar así, pero en verdad es fuerte nuestra tarea, no es fácil” (C, comedor Agnoli, GF)*

En el comedor Emaús como propuesta de mejora han solicitado más capacitaciones sobre preparaciones de alimentos, en especial de postres y finanzas para brindar un mejor servicio.

Las socias del comedor Villa Mercedes de Agnoli, mencionaron que esperan seguir trabajando en el comedor, pero que necesitan apoyo con los alimentos para seguir brindando preparaciones variadas. Así mismo, esperan mejorar su almacén y el techo del comedor más adelante.

- *“La municipalidad, ya nos ha pasado dos veces, nos dijeron que nos iba a dar un montón, nos dijeron que nos iban a dar pollo, igual con el bofe y no nos dieron, nos dieron las latas de anchoveta otra vez, todos los meses son anchoveta, menestras, arroz y aceites, nada más, es lo único que tenemos”. (E, comedor Agnoli, GF)*
- *“Que la municipalidad nos mande más cosas, así como CARE para poder mejorar, seguir cocinando una comida balanceada (B, comedor Agnoli, GF)*
- *“Más capacitación para seguir aprendiendo…temas de manipulación de alimentos…capacitación de cómo preparar mejores alimentos para nutrir mejor” (J, comedor Emaús, GF)*
- *“Talleres de repostería, postres, cosas innovadoras” (M, comedor Emaús, GF)*
- *“Que nos enseñen también a autofinanciarnos” (J, comedor Emaús, GF)*

4.6. PERCEPCIONES DE LAS MADRES O CUIDADORAS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 36 MESES DE EDAD SOBRE SU EXPERIENCIA EN PILOTO

La opinión y percepción de las madres sobre su experiencia es importante para poder implementar estrategias de mejora en este tipo de intervenciones.

Se les preguntó a las madres sobre sus motivaciones para participar en el comedor, sus percepciones sobre las preparaciones y los alimentos, lo aprendido en este tiempo, sus dificultades para participar y propuestas de mejora.

Percepciones sobre el piloto y el comedor

La mayoría de madres o cuidadoras mencionó que le motivo la idea de brindar alimentos nutritivos y saludables a sus niños y también que significaría una ayuda económica para su hogar.

- *“Por lo que me decía que iban a darle alimentos con hierro para mi niña, desde un inicio ya me habían dicho que tenía anemia y me motivo ya que vi el comedor que era higiénico y vi alimentos como sangrecita, hígado, que no están en mi presupuesto, eso me ayudo a animarme” (MC, Hija 1a5m, EP)*
- *“Mayormente fue porque la niña iba a recibir alimentos más en hierro, ella empezó con anemia, me facilitaba esa cuestión, que con la alimentación que le iban a dar le iba a favorecer a ella” (DP, hija 11m, EP)*
- *“Tenía una ayuda un apoyo y encima por mi nietita me hablaron que iba a haber para los niños su alimento nutritivo y eso me motivó más” (AP, Hija 1a5m, EP)*

Con respecto a la opinión que tienen sobre el trabajo realizado por las socias del comedor y la atención brindada, todas coincidieron en que la atención y su trabajo ha sido bueno.

Programación y preparación de las comidas

Con respecto a las preparaciones las madres o cuidadoras manifestaron que las preparaciones más novedosas fueron la mazamorra de sangrecita, el chaufa de quinua, la tortilla de sangrecita. Así mismo mencionaron que las preparaciones les parecían correctas, agradables y sobretodo nutritivas. Si bien en algunas oportunidades sus niños no quisieron comer, en general, consumieron la gran mayoría de preparaciones.

- *“Saltados o quinua con sangrecita, esas cosas me sorprendieron bastante, un día me dieron la quinua con la sangrecita, las mazamorras… En la mazamorra no se queja, el dulce le gusta a ella” (MC, Hija 1a7m, EP)*
- *“Una que hicieron con quinua negra, nunca lo había comido…si le gustó mucho…también en mazamorra…si le agradaron” (DP, hija 11m, EP)*
- *“Fueron mejorando progresivamente, al inicio nos daban menestras, pero de ahí nos dieron saltado, quinua…un día hicieron, en vez de escabeche de pollo hicieron escabeche con sangrecita” (MC, Hija 1a7m, EP)*

Así también las madres manifestaron algunas preparaciones que no fueron del agrado de sus hijos o hijas.

- *“El tallarín al pesto con hígado, aunque la maten no lo come...yo creo que es por el hígado” (MC, Hija 1a7m, EP)*
- *“El hígado de pollo, como le daban trocitos grandes, no le gustaba, pero yo se lo picaba más chiquito y lo combinaba con el arroz, la menestra y se lo comía más rápido” (DP, hija 11m, EP)*
- *“La menestra con pollo frito no lo comían mucho … la menestra en si es seca, el arroz es seco y el pollo frito no es jugosito, entonces es seco” (JR, Nietas 2a8m y 1a3m, EP)*

- *"Está bien la sangrecita es nutritivo y todo, si se preparaba ya está bien, pero variar también, porque no solo la sangrecita es buena, también el hígado y el pescado y que entre como que más verduras…para que los niños no se cansen, hay días en que mi hijo no quería…han estado mandando sangrecita salteada, salteada" (CP, 1a10m, EP)*

Dificultades percibidas por las madres o cuidadoras

Las madres de familia mencionaron que al inicio hubo dificultad para brindar las preparaciones del comedor, por la falta de costumbre en el consumo, pero después si los consumieron.

- *"Al inicio si hubo dificultad, porque no estaba acostumbrada a estas comidas con hierro, yo le había dado bazo, hígado, pero más en sopas, en comidas muy poco le he dado, por eso es que también tuvo deficiencia de hierro" (MC, Hija 1a7m, EP)*
- *"Al principio sí, más A (una de las nietas) que con C (otra nieta), después ya no ya... Como C era una beba que estaba empezando a comer no había problema, más tenía problema con A, como ya tenía más de 2 años y medio y era un poco exquisita para algunos sabores nuevos para ella, a las finales sí, todo comía" (JR, Nietas 2a8m y 1a3m, EP)*
- *"No tuve dificulta, solo que ella algunos días come más otros días come menos, pero no, dificultades, no tuve" (MR, Hija 1a, EP)*
- *"Por lo menos él, tiene que comer más de 10 cucharadas y 5 veces al día, ahorita ya está comiendo más, pero al inicio me costaba, porque quería dormir y no comía, pero ahora ya no" (JR, Hijo 1a1m, EP)*

Las dificultades las manifestaron las madres de familia que por algún motivo no pudieron acceder a las reuniones o la información compartida por whatsapp, a lo que mencionaron que asistir a las reuniones se les hace complicado ya que a veces se les presenta cosas que hacer.

- *"La verdad yo en el horario que decían no podía, mi hijo se dormía y yo vivo en el cuarto piso y bajar con el coche no se puede, es difícil" (JR, Hijo 1a1m, EP)*
- *"Yo trabajo ahí en el día y en las tardes yo hago otras cosas y por eso en las tardes es bien difícil" (CP, Hijo 1a10m, EP).*

Con respecto a la suplementación, mencionaron que su niño tiene problemas de estreñimiento y eso dificulta su consumo.

- *"En la posta si me decían que tuviera una hora específica para la darle, pero yo decidí darle después del desayuno" (MR, Hija 1a, EP)*
- *"hasta ahora no me dan el suplemento, muchos niños se están contagiando le dijeron a mi hija y que no está la nutricionista" (AP, Hija 1a5m, EP)*
- *"Me hacían hacer cola afuera del centro de salud y la verdad eso me parecía mal, porque no exponía, así que fui a otro centro de salud donde trabaja un familiar y ahí ahora recojo el suplemento" (DP, Hija 11m, EP)*

- *“Ahora está tomando el hierro (polimaltosado), antes le daban el sulfato y eso le producía estreñimiento a mi niña, ahora ya cambiaron, igual se estriñe, pero ya no tanto como antes” (MC, Hija 1a7m, EP)*
- *“El estreñimiento … las verdades en la posta nunca me dan el mismo, siempre me dan uno u otro, no hay este, lo último que le dieron le daba y ha estado vomitando (polimaltosado), por eso le digo, le cambian y llora y lo vomita y ya no le vuelvo a dar, además tiene estreñimiento…por más fruta y verduras, el estreñimiento es el mismo”. (CP, Hijo 1a10m, EP)*

Beneficios percibidos y aprendizajes

Las madres de familia manifestaron que aprendieron sobre una alimentación balanceada, nuevas preparaciones y la cantidad que deben brindarle a su niño. Sobre todo, resaltan el haber conocido que también se pueden preparar postres con sangrecita.

- *“He aprendido a preparar algunas cositas por ustedes, hasta me enviaron las recetas, aprendí más preparaciones, no solo las clásicas y en el caso del comedor, siempre hay ese recelo con el comedor que no dan bien la comida, mi familia también me decía que no…pero de ahí se sorprendieron, …también que debo darle siempre el suplemento acompañado de vitamina C, en verdad a comer más saludable,” (MC, Hija 1a7m, EP)*
- *“Antes que estaba el comedor preparaba otra forma que no era nutritivo, a veces le daba higadito, pero hay otras cosas que se le debe dar…antes le daba su pollo a la brasa, mucha grasa, ahora ya no tanto” (AP, nieta 1a5m, EP)*
- *“Aprendí a realizar más preparaciones con sangrecita, le hice una pasta como de letras y con sangrecita y se lo comió todo” (JR, Hijo 1a1m, EP)*
- *“Que los alimentos tienen que ser, ósea, que lo poco que ella coma que sean de calidad y crearle un horario para la comida, una rutina” (MR, Hija 1a, EP)*

Las madres o cuidadoras manifestaron que participar en el piloto las benefició económicamente, aprendieron nuevas preparaciones y también ahorraban tiempo.

- *“Actualmente no trabajo, no tengo ingresos, soy separada y gracias a esto pude mejorar la hemoglobina de mi niña, hasta yo misma a nosotras mismas nos daban también sangrecita” (MC, Hija 1a7m, EP)*
- *“Es un apoyo, una ayuda más…preparaban alimentos nutritivos” (AP, nieta 1a5m, EP)*
- *“Uno se ahorra más dinero, tiempo en cocina y que mi hijo ya sabe comer más cosas y está bien, esta sanito” (JR, Hijo 1a1m, EP)*
- *“Los veo más sanos, no se me han enfermado, los veo muy bien, también el horario de entrega de comida es adecuado” (JR, Nietas 2a8m y 1a3m, EP)*

- *“Ha comido un poquito más, cuando yo empecé con ella le daba papilla, era puro higadito y verduritas en papillas, en frutas era papaya y plátano y desde que entre ya le he variado más” (DP, Hija 11m, EP)*

Las propuestas de mejora que brindaron las madres de familia o cuidadoras se enfocaron en las preparaciones y la forma de presentación. En el caso del hígado de pollo hay coincidencia de que debería ser en trozos más pequeños para que se mezcle con el sabor de la comida.

- *“En general bien, al inicio nada más que las mazamorras muy espesas o cuando hacían la mazamorra de maracuyá muy acida y el hígado en trozos grandecitos, pero después todo bien en sal y todo” (DP, Hija 11m, EP)*

V. DIFICULTADES Y LIMITACIONES

Recojo de información

Durante el recojo de información se presentaron dificultades para contactar a las madres de familia y que brinden el tiempo necesario para resolver la encuesta, debido a ello la actividad duró más de lo previsto.

Seguimiento

La conexión a internet, los pocos conocimientos de algunas madres de familia o cuidadoras sobre el manejo del celular y las horas libres de la madre o cuidador son las dificultades presentadas durante el seguimiento. Algunas madres de familia no contaban con conexión internet para ver imágenes y sobre todo videos. Algunas madres de familia no conocían como manejar su teléfono y necesitaban el apoyo de su familiar, sobre todo en el caso de personas mayores.

Para contactar a las madres de familia se programó un horario de acuerdo a su tiempo libre, sin embargo, durante las llamadas se presentaron interrupciones como el llanto de su niño o niña, los ruidos de la calle o no contestaron la llamada en el horario acordado. En su mayoría los horarios fueron programados tarde-noche debido a que muchas empezaron a trabajar o estaban al cuidado de otro niño diferente a los suyos y por la tarde o noche ya se encontraban más libres.

Al inicio no se consideró realizar visitas domiciliarias debido a la pandemia por COVID -19, lo que limitó poder tener un contacto más cercano con las madres o cuidadoras.

VI. ANALISIS

Al inicio del piloto se realizó el descarte de anemia a los niños y niñas de 6 a 36 meses de edad, se usó la prueba estadística exacta de Fisher para encontrar asociación entre las variables sociodemográficas y el diagnóstico de anemia, sin embargo, no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre las variables.

La población con la que se trabajó fue pequeña lo cual afecta los resultados y durante el desarrollo del piloto se retiró la tercera parte de los niños y niñas por diversos motivos, entre ellos el inicio de trabajo de la madre, viaje familiar, mudanza o enfermedad, lo que redujo aún más la muestra inicial, sin embargo, esto permitió evaluar variables que podrían afectar la permanencia del niño o niña y plantear estrategias al respecto en un futuro, además, los beneficiarios que se retiraron se llevaron consigo la experiencia y lo aprendido durante el piloto.

Más allá de la entrega de raciones, se brindó un acompañamiento educativo remoto sobre las prácticas de alimentación infantil y el seguimiento del consumo del suplemento de hierro a las madres de familia, los cuales han tenido sus limitaciones debido a la conectividad, entre otros motivos descritos en el informe, sin embargo, se plantearon algunas estrategias para abordar esta problemática y compartir con las madres de familia información sobre la prevención de la anemia y la suplementación con hierro preventivo y terapéutico, aun así, el cambio de prácticas en la alimentación infantil se puede ver limitada cuando no se brinda un correcto mensaje y para ello se tiene que seguir trabajando en mensajes pertinentes y motivadores hacia las madres de familia.

Se logró articular actividades con los centros de salud como la atención de los niños con anemia y con Municipalidad de Lima el seguimiento a la suplementación en los niños menores de un año, sin embargo, debido al poco tiempo de intervención es una actividad que debe seguir reforzándose.

De acuerdo a los resultados de la encuesta de prácticas de alimentación infantil, el 88.9% de niños y niñas que participaron en el piloto consumieron una variedad de alimentos el día anterior de la encuesta, lo que evidencia que la ración de comida entregada en los comedores brindó la variedad de alimentos que el niño necesita. Este resultado es mayor a los resultados a nivel nacional y Lima Metropolitana descritos en el informe técnico realizado por el CENAN 2016[15], en el cual la diversidad mínima dietaria en los niños de 6 a 23 meses es de 74% a nivel nacional y en Lima Metropolitana de 76.4%. Con respecto a la frecuencia mínima de comida, en el piloto, el 40.7% de los niños recibieron alimentos sólidos, semisólidos o suaves 3 veces el día anterior a la encuesta y el 59.3%, 4 veces al día, mientras que según el informe de CENAN, a nivel de Lima Metropolitana, el 17% de niños y niñas de 6 a 23 meses de edad consumió 3 comidas al día y el 82% consumió 4 comidas al día. En el piloto, al proporcionar la entrega del almuerzo y mazamorra se contribuyó a asegurar el consumo de 2 tiempos de

[15]https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/cenan/van/sala_nutricional/sala_3/2021/Informe%20Tecnico%20Estado%20Nutricional%20VIANEV%202016.pdf

comida en los niños y niñas, ya que la mazamorra es brindada por las madres de familia a media tarde.

La dieta mínima aceptable reúne los dos anteriores indicadores y en el piloto el 88.9% de niños y niñas logró satisfacer este indicador, este resultado mantiene una amplia diferencia con los resultados descritos en el informe de CENAN, en el cual la dieta mínima aceptable a nivel de Lima Metropolitana en niños de 6 a 23 meses de edad es de 39.13%; en el piloto este indicador alcanzó el 88.9%.

Según los resultados del descarte de anemia realizado a los niños y niñas que culminaron el piloto, el 68.8% tuvo un ligero incremento de hemoglobina, el 12.5% se mantuvo en sus valores y el 18.8% disminuyó. Cabe resaltar que la presencia de parásitos en los niños y niñas no fue evaluada y es una variable importante a considerar en el caso de los niños que disminuyeron sus valores de hemoglobina. Por otro lado, la mayoría de niños y niñas mantuvieron o incrementó su hemoglobina, dentro de ellos 2 niñas con anemia leve, que representan la mitad de niños con anemia, pasaron a tener una hemoglobina en niveles normales.

Otra de las actividades trabajadas fue el fortalecimiento de capacidades en las socias de cocina, ellas han sido las encargadas de elaborar las preparaciones y su trabajo es importante para asegurar la entrega de comidas inocuas y agradables para los niños y niñas, sin embargo, aún se tiene que seguir trabajando en ello para que la programación del menú siga siendo variada y novedosa. Además de considerar las prácticas alimentarias de la población migrante venezolana que representaron la tercera parte de participantes al inicio del piloto.

El conjunto de actividades realizadas ofrece resultados interesantes, sin embargo, aún es necesario seguir evaluando la influencia de una intervención así a una mayor escala. Mediante la entrega de raciones se le otorga a los beneficiarios alimentos nutritivos y variados, aprenden diversas preparaciones con alimentos fuente de hierro hem, sin embargo, al mismo tiempo es importante fortalecer las prácticas de alimentación infantil y desterrar creencias erradas para que el consumo de los alimentos fuente de hierro y el suplemento con hierro sea sostenible a largo plazo, es preciso seguir implementando estrategias educativas e incluir las visitas domiciliarias como estrategia para que se dé un mayor acercamiento y confianza con las madres y cuidadoras.

VII. LECCIONES APRENDIDAS

- Los comedores autogestionarios organizados son espacios estratégicos para incorporar estrategias de vigilancia y seguimiento de la salud de niños y niñas.
- Una mayor articulación con los establecimientos de salud contribuiría a un mejor seguimiento respecto a la suplementación preventiva y terapéutica de anemia, por ser una práctica en la que se observó dificultades.
- La programación de las preparaciones involucró la participación de las socias del comedor, sin embargo, es necesario considerar las percepciones de las madres y cuidadoras para mejorar la aceptabilidad de los niños y niñas.
- Costumbres alimentarias de la población migrante venezolana deben ser consideradas para mejorar la aceptabilidad de las preparaciones y tener una oferta alimentaria más inclusiva en los comedores. Así mismo, el acompañamiento a estas familias, es necesario para facilitar la adherencia a las preparaciones a base de alimentos fuente de hierro de origen animal que se consumen en nuestro país.
- El fortalecimiento de capacidades en las socias de los comedores, en temas de alimentación por grupos de edad, facilitó la implementación de la estrategia de diferenciar la atención alimentaria en cantidad y en calidad para los niños y niñas del piloto.
- La adaptación al contexto COVID -19 de las sesiones demostrativas presenciales sobre la prevención de anemia y la suplementación con hierro reforzaron las prácticas de alimentación y crearon espacios de confianza entre los participantes y los facilitadores.
- La estrategia de comunicación fue acompañada del seguimiento para garantizar su efectividad en fortalecer los conocimientos y modelamiento de prácticas en los participantes.
- Haber realizado el descarte de anemia a través del hemograma automatizado nos brindó información para realizar un análisis más completo sobre el estado de salud del niño o niña que participó en el piloto.
- Con un mayor número de participantes se podría haber realizado un análisis estadístico más completo y preciso. Una muestra pequeña lleva a una mayor variabilidad, lo que puede generar sesgos durante el análisis estadístico.

VIII. CONCLUSIONES

- No se encontró diferencias estadísticamente significativas entre las variables sociodemográficas y el diagnóstico de anemia al inicio o al final del piloto.
- Se encontró diferencias significativas mediante la prueba t, para muestras relacionadas, entre los valores de hemoglobina al inicio y al final del piloto ($p<0.05$). El análisis no consideró casos atípicos.
- Se realizó el análisis bivariado no se encontró diferencias significativas entre las características sociodemográficas y el diagnóstico de anemia, posiblemente atribuible al tamaño de la población.
- Se observó un mantenimiento y ligero incremento de hemoglobina en más de la mitad de los niños y niñas que participaron en el piloto. Así mismo en el caso de niños y niñas diagnosticados con anemia, en la mitad de ellos se dio un incremento de hemoglobina hasta pasar a niveles normales.
- La ración servida brindada por el comedor asegura una alimentación variada que incluye alimentos de origen animal fuente de hierro en más del 80% de los niños y niñas.
- Todas las madres o cuidadoras coinciden en que aprendieron nuevas preparaciones a base de sangrecita.
- Se implementó una estrategia para el consumo del suplemento de hierro mezclado con jugo de naranja, en el caso de niños que no acepten el suplemento directamente a la boca.

IX. RECOMENDACIONES

- Es recomendable la formación del Comité de vigilancia de la anemia integrado por representantes de la sociedad civil, gobierno local, sector salud y otras organizaciones, dentro de la jurisdicción, para brindarle sostenibilidad a intervenciones como el presente piloto.
- En una intervención de mayor tiempo de duración, la identificación y empadronamiento de los niños y niñas debería ser continua durante el desarrollo de la intervención. Además, un mayor tiempo de intervención permitiría visualizar mejor los cambios en la hemoglobina y en las prácticas de alimentación infantil.
- Entre las causas de la anemia, también se encuentra la parasitosis, variable que en el presente piloto no se evaluó, es por ello, que se recomienda coordinar con el Ministerio de Salud la posibilidad de realizar un descarte de parasitosis en heces a los niños y niñas antes de iniciar la intervención.
- El monitoreo y seguimiento debe ser constante para identificar posibles problemas que puedan afectar la intervención, para ello, es preciso plantear estrategias de monitoreo durante el servido de raciones de las socias de cocina, para asegurar la entrega de las raciones de acuerdo a la edad del niño o niña. Así mismo, el seguimiento a las madres de familia o cuidadores también debe ser constante, diversificando estrategias, para ello, se podría implementar las visitas domiciliarias bajo protocolo para la prevención de COVID-19.
- Es recomendable revisar otras alternativas para el consumo de suplementos, como la plateada en el presente piloto. La disolución del suplemento de hierro en un recipiente de vidrio muestra una menor adherencia en el recipiente, lo que asegura una menor perdida del suplemento de hierro.

ANEXOS

1. Modelo de consentimiento informado
2. Indicadores sobre las prácticas de alimentación infantil
3. Material educativo compartido con las madres o cuidadoras
4. Prueba de disolución del suplemento de hierro en jugo de naranja
5. Guía de preguntas para grupo focal con las socias de cocina de los comedores.
6. Guía de pregunta para entrevista a las madres o cuidadoras sobre su participación en el piloto
7. Desarrollo de la sesión demostrativa (imágenes)
8. Guía del taller de sesión demostrativa

ANEXO N°1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN

Intervención piloto: "Comedores para la reducción y prevención de la anemia infantil"

Buen día Señor(a),

Mi nombre es _____, soy representante de la ONG CARE – Perú.

Hemos venido a visitarte porque estamos realizando la intervención **"Comedores para la reducción y prevención de la anemia infantil"** que tiene como objetivo lograr que hogares con niños y niñas entre 6 a 36 meses que acuden a los centros de alimentación, accedan a preparaciones nutritivas con hierro, mejoren prácticas de alimentación y accedan a servicios de salud para la prevención y reducción de la anemia, ya que la anemia es un problema de salud que afecta sobre todo a niños de 6 a 36 meses poniéndolos en riesgo de otras enfermedades.

Queremos invitarle a usted a participar junto con su hijo(a) menor de edad. La información que se recoja nos permitirá mejorar la atención del proyecto del cual forma parte su familia.

Si usted decide participar y autorizar la participación de su hijo(a), se le realizará un descarte de anemia a su niño(a), mediante hemograma, al inicio y final de la intervención. Previo al procedimiento se le informará la fecha y el lugar de la toma de muestra. El procedimiento para el hemograma consistirá en la toma de muestra de sangre venosa, primero se limpiará la piel con un antiséptico (alcohol) y se colocará una banda elástica (torniquete) alrededor del brazo de su niño(a) lo que permitirá visualizar las venas y poder insertar una aguja en la parte interna del brazo a la altura del codo y se extraerá sangre que se recogerá en una jeringa. Después del procedimiento, se retirará la banda elástica y una vez recolectada la sangre, se retirará la aguja y se cubrirá la zona con algodón. La muestra de sangre será analizada en un laboratorio y en todo el procedimiento se utilizarán equipos y materiales estériles y descartables. La toma de muestra será realizada por un personal de salud capacitado y estandarizado para realizar dicho procedimiento.

Además del descarte de anemia, usted, podrá acceder a preparaciones basadas en alimentos ricos en hierro para su niño(a) 5 veces a la semana por 3 meses, las cuales serán proporcionadas en el comedor "_____". Cabe resaltar que las personas a cargo de la preparación de los alimentos serán asistidas por profesionales de la salud, entre ellos nutricionistas, quienes previamente han diseñado y programado las preparaciones ricas en hierro y capacitado a las socias de cocina de los comedores en temas de buenas prácticas de manipulación de alimentos y alimentación infantil.

Ud. recibirá asistencia por parte de un profesional en Nutrición del proyecto, quién en coordinación con el establecimiento de salud realizará el seguimiento de la suplementación preventiva o terapéutica de su niño(a), para ello será necesario que nos brinde su número de celular y dirección, para mantener comunicación constante con usted. Así mismo recibirá información digital y/o física y capacitación de forma virtual o presencial sobre la alimentación y otros cuidados para la prevención y tratamiento de la anemia en su niño(a) de 6 a 36 meses de edad.

La intervención **no representa ningún riesgo para la salud** o integridad de la persona, mediante el hemograma se podrá conocer si su niño(a) presenta o no anemia, los resultados que se obtengan serán de su conocmiento, además recibirá orientacion por un Nutricionista, quién le brindará acompañamiento durante toda la intervención. Se aclara que no tiene que asumir ningún costo, para su participación solo es necesaria su autorización.

Es importante mencionar que **toda información obtenida durante la intervención es completamente confidencial y reservada**, sólo usted, los miembros del equipo del proyecto y personal del centro de salud donde recibe atención en tratamiento de anemia y nutrición el niño/niña conoceremos dicha información. Para el procesamiento de la información se le asignará un código y los resultados de los hallazgos serán reportados en conjunto con la de otros beneficiarios y en forma anónima.

Al aceptar su participación deberá firmar este documento llamado consentimiento informado, con lo cual autoriza y acepta participar, sin embargo, **si usted no desea autorizar la participación de su hijo(a) para el descarte de anemia o por alguna razón desea retirarse, puede hacerlo**, nadie se va a molestar, recuerde que usted es libre de poder decidir. Para su inclusión debe mencionar si desea o no participar.

Para cualquier consulta, queja o comentario por favor comuníquese al número _____ , _____de CARE.

He leído y entendido la explicación de este consentimiento y se me ha respondido a todas mis preguntas. Doy mi autorización voluntaria para participar y autorizar la participación de mi hijo(a) en la intervención **"Comedores para la reducción y prevención de la anemia infantil".**

Nombre y apellido de la persona que autoriza	
Tipo de documento	DNI (X) C. E. ( ) Otro ( ) _____
Número de documento	
Teléfono	
Dirección	
Firma	
Fecha	

Nombre y apellidos de el/la facilitador(a)	
Firma facilitador(a)	

ANEXO N°2

Matriz de indicadores para el recojo de información en la intervención

VARIABLE	INDICADORES	INSTRUMENTO
Características sociodemográficas		
Edad	Edad en años y meses	Encuesta sociodemográfica
Sexo	Femenino/masculino	
Nivel de instrucción	% de madres o cuidadores de los niños/as según su nivel de instrucción	
Estado civil	% de madres o cuidadores de los niños/as según su estado civil	
Ocupación	% de madres o cuidadores de los niños/as según su ocupación	
Características de la vivienda		
Tipo de vivienda	% de hogares según el tipo de vivienda	Encuesta de características de la vivienda
Material predominante en el piso	% de hogares según el tipo de material predominante en el piso del hogar	
Combustible usado para cocina	% de hogares según el combustible usado para cocinar	
Disponibilidad de bienes de consumo duradero	% de hogares según los bienes de consumo duradero	
Fuente de agua para beber	% de hogares que cuenta con fuente de agua para beber conectado a una red pública	
Servicio de electricidad	% de hogares que cuentan con servicio eléctrico	
Prácticas de alimentación infantil: Lactancia materna		
Lactancia materna	% de niños de 6 a 36 meses de edad que hayan recibido lactancia materna alguna vez	

	% de niños de 6 a 36 meses de edad que hayan puesto al pecho dentro de una hora del parto	Encuesta de prácticas de alimentación infantil
	% de niños de 6 a 36 meses de edad que fueron alimentados solo con leche materna dentro de los dos primeros días después del parto	
	% de niños de 12 a 36 meses que fueron alimentados con leche materna en el día previo	
VARIABLES	**INDICADORES**	**INSTRUMENTOS**
Prácticas de alimentación infantil: Alimentación complementaria		
Introducción de alimentos semisólidos o comidas suaves	% de niños de 6 – 8 meses que consumieron alimentos sólidos, semisólidos o suaves durante el día previo.	Encuesta de prácticas de alimentación infantil
Diversidad alimentaria mínima	% de niños de 6 a 36 meses de edad que consumieron comidas o bebidas de, al menos, 5 de 8 grupos de alimentos definidos (*), durante el día previo.	
Frecuencia mínima de comidas	% de niños de 6 a 36 meses de edad que consumieron comidas sólidas, semi-sólidas o suaves (pero también tomas de leche para niños no amamantados), el mínimo número de veces o más, durante el día previo.	
Frecuencia mínima de tomas de leche, para niños no amamantados	% de niños no amamantados de 6 a 36 meses de edad que consumieron, al menos, dos tomas de leche, durante el día previo.	
Dieta mínima aceptable	% de niños de 6 a 36 meses de edad que consumieron una dieta mínima aceptable durante el día previo.	
Consumo de Huevos y/o carnes	% de niños de 6 a 36 meses de edad que consumieron comidas con huevos y/o carnes durante el día previo.	
Consumo de bebidas azucaradas	% de niños de 6 a 36 meses de edad que consumieron una bebida azucarada durante el día previo.	

Consumo de comidas no- saludables	% de niños de 6 a 36 meses de edad que consumieron alimentos “centinela” seleccionados no saludables, durante el día previo.	
Consumo cero de verduras o frutas	% de niños de 6 a 36 meses de edad que no consumieron ningún vegetal o fruta, durante el día previo.	
Frecuencia del consumo de alimentos fuente de hierro	% de niños que consumieron alimentos ricos en hierro hem el día anterior.	
	% de niños que consumieron alimentos de origen animal ricos en hierro en el último mes previo al piloto.	Frecuencia de consumo de alimentos fuente de hierro
Prácticas de alimentación infantil: Alimentación perceptiva		
Alimentación responsiva	% de madres o cuidadores de niños/as de 6 a 36 meses que en la comida principal del día anterior alentaron a sus niños o niñas para comer sus alimentos .	Encuesta de prácticas de alimentación infantil
	% de madres o cuidadores de niños/as de 6 a 36 meses que refieren hablar a su niño o niña mientras le brindan la comida.	
	% de madres o cuidadores de niños/as de 6 a 36 meses que en algún momento del día anterior dejaron comer solos a sus niños o niñas.	
	% de madres o cuidadores de niños/as de 6 a 36 meses que incluyen a su niño o niña dentro de la mesa familiar en la hora de las comidas.	
Prácticas de alimentación infantil: Lavado de manos e higiene de los alimentos		
Lavado de manos e higiene de los alimentos y consumo de agua	% de madres de familia o cuidadoras que conocen los pasos del lavado de manos.	Encuesta de prácticas de alimentación infantil
	% de madres o cuidadoras que conocen los pasos para el lavado y desinfección de alimentos.	
Acceso a servicio de salud relacionados a la anemia		
	Nivel de hemoglobina de los niños/as que participan en el piloto.	

Suplementación terapéutica y preventiva de la anemia	% de niños de 6 a 36 meses con diagnóstico de anemia que accedieron a servicios de salud para su tratamiento.	Encuesta de prácticas de alimentación infantil
	% de niños de 6 a 36 meses que acceden a la suplementación preventiva de anemia.	
Participación en sesiones demostrativas o visitas domiciliarias	% de niños de 6 a 36 meses que han participado de sesiones demostrativas o han recibidos visitas domiciliarias.	
Tratamiento con antiparasitarios	% de niños mayores de 2 años que acceden a antiparasitarios.	
Inseguridad Alimentaria		
Experiencia del hogar a la inseguridad alimentaria en los últimos 30 días	% de familias que experimenten inseguridad alimentaria moderada o severa.	Encuesta de la Escala de Inseguridad Alimentaria basada en la Experiencia (FIES)
	% de familias que experimenten inseguridad alimentaria severa.	

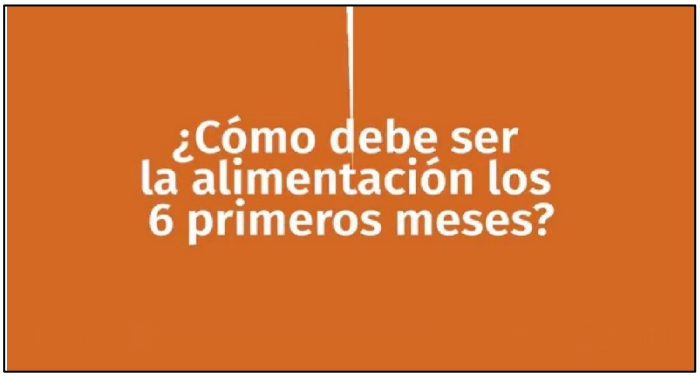
ANEXO N°3

Material educativo usado durante el piloto

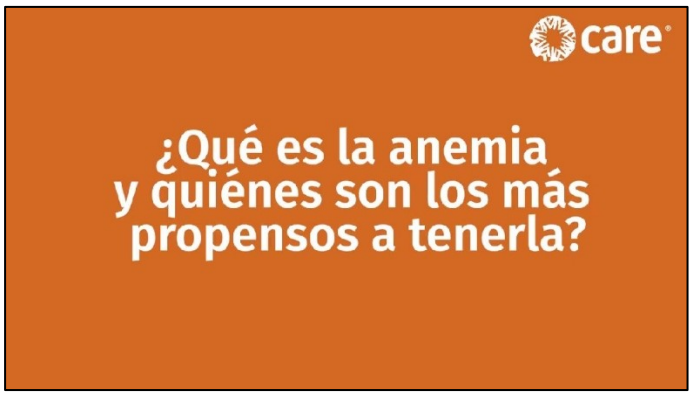
Material educativo elaborado por la ONG CARE PERU

Consejos para la prevención de la anemia

Videos elaborados por la ONG CARE PERÚ

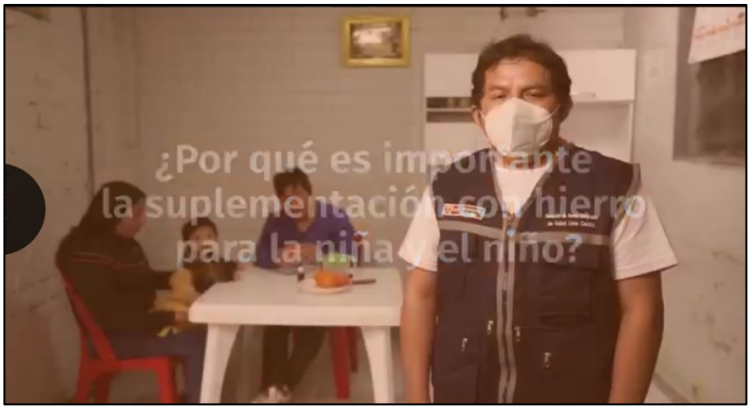


Video informativo sobre la alimentación en los primeros meses de vida, cuenta con la participación de la licenciada Jhorella García, especialista en nutrición de la ONG CARE PERÚ.



Video informativo sobre la anemia, cuenta con la participación de la licenciada Jhorella García, especialista en nutrición de la ONG CARE PERÚ.

Video sobre los alimentos que ayudan en la prevención de anemia, cuenta con la participación de la licenciada Eliana Palomino, especialista en nutrición de la ONG CARE PERÚ.

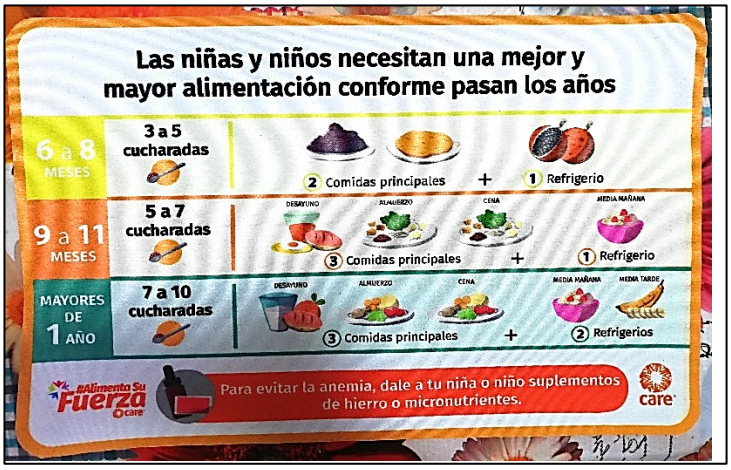


Video sobre la suplementación en la prevención y tratamiento de la anemia realizado con la participación del Lic. Eliseo Brito, Coordinador de la Estrategia Sanitaria de Alimentación y Nutrición, DIRIS Lima Centro-MINSA

Video sobre la preparación de “Fideos a la Bolognesa con sangrecita”. Cuenta con la participación de la socia del comedor Emaus.

Video sobre la preparación de “Mazamorra con carambola y sangrecita”. Cuenta con la participación de la socia del comedor Villa Mercedes de Agnoli.

Material educativo para entregar a las madres y cuidadoras



Individuales con información sobre la cantidad de alimento que debe consumir el niño o niña

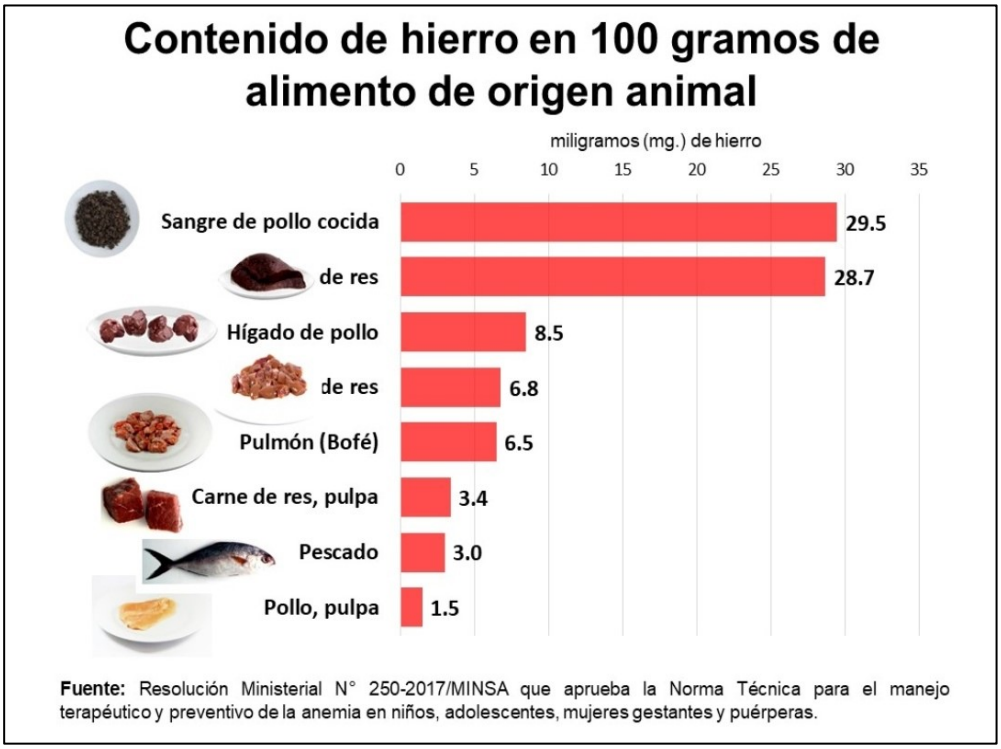
Material educativo dirigido a las socias de cocina de los comedores

Carteles sobre el servido del refrigerio para niños y niñas de 6 a 36 meses

Carteles sobre el servido del almuerzo para niños y niñas de 6 a 36 meses

Material educativo del MINSA compartido con las madres y cuidadoras

Alimentos fuente de hierro



Fuente: Resolución Ministerial N° 250-2017/MINSA que aprueba la Norma Técnica para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas.

Mitos y verdades sobre la anemia

ES FALSO QUE...

Los extractos de alfalfa, hierbabuena o betarraga curan la anemia

Contienen pocas cantidades de hierro y sus compuestos impiden la absorción de ese hierro, por lo tanto, no curan ni previenen la anemia.

ES FALSO QUE...

Comiendo solo menestras nos curaremos de la anemia

Las menestras contienen una pequeña cantidad de hierro que no se absorbe fácilmente; además la cantidad que necesita el niño o la gestante son tan altos que se llegan a cubrir.

ES FALSO QUE...

Las niñas o niños con sobrepeso no tienen anemia

Es una idea falsa, un niño con sobrepeso también puede tener anemia y esto puede ocurrir por una alimentación que no incluye cantidades adecuadas de hierro de origen animal.

ES FALSO QUE...

Comer espinaca es bueno porque tiene mucho hierro

Tienen poca cantidad de hierro y sus compuestos impiden su absorción.

ES FALSO QUE...

La betarraga, tomate, rabanito o gelatina dan más sangre y curan la anemia

El color rojo de estos alimentos no debe ser asociado con la sangre; tienen poca o ninguna cantidad de hierro, por tanto, no curan ni previenen la anemia.

ES FALSO QUE...

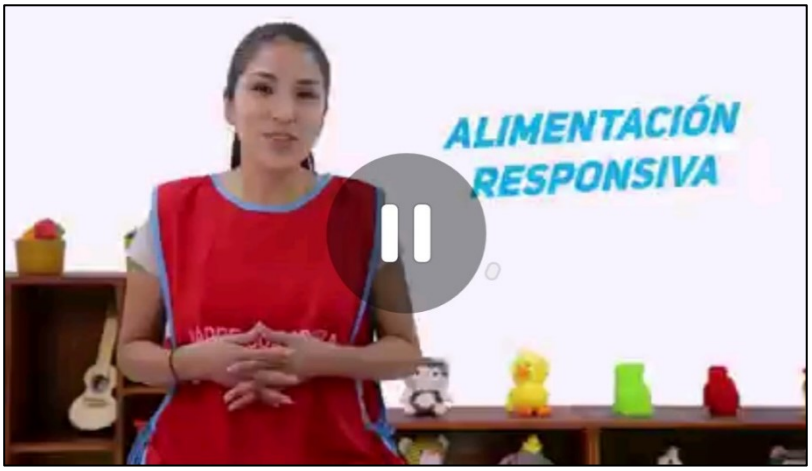
Comer mucho limón mata la sangre (ocasionando anemia)

Es una fuente de Vitamina C, que favorece la absorción del hierro* de origen vegetal.

Lavado de mano e higiene y desinfección de los alimentos

Material educativo del MIDIS compartido con las madres y cuidadoras

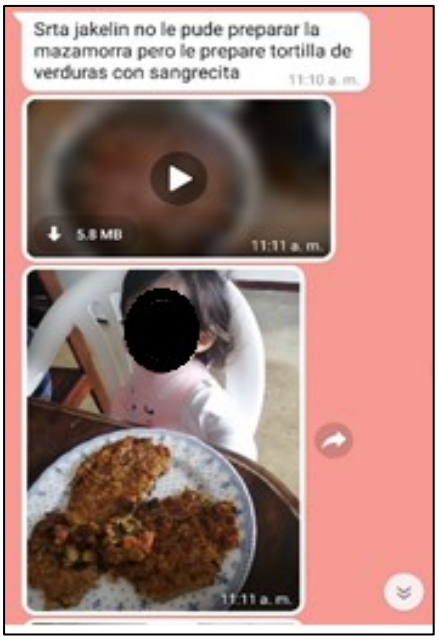
Video sobre la alimentación responsiva



Video instructivo de preparación a base de alimento fuente de hierro

Preparaciones a base de sangrecita elaboradas por la madre o cuidadora

Arepas rellenas con sangrecita



Tortilla de verduras con sangrecita

Panqueques a base de avena, plátano y sangrecita

ANEXO N°4

Prueba de disolución del suplemento de hierro en jugo de naranja

Materiales usados: Vasos o tazas de distintos materiales (plástico, cerámica y vidrio), el suplemento de hierro, cucharas y jugo de naranja.

Procedimiento:

1. Se exprimió una naranja y se colocó 4 cucharadas de jugo de naranja en cada recipiente.

2. Se colocó el suplemento de hierro en cada recipiente; para el ejercicio se agregaron 14 gotas del suplemento. Posterior a ello removió el contenido con una cuchara y se dejó reposar por 30 minutos.

3. Después de los 30 minutos se procedió a vaciar el contenido de los recipientes y lo restante se vació en cucharas para poder observar las diferencias de las cantidades.

4. Al revisar el sobrante en el interior de los recipientes y en las cucharas, se pudo observar que en el vaso de vidrio quedó menos mezcla y el vaso de plástico es el que más mezcla tuvo en su interior.

5. Por lo tanto, se tiene que brindar la recomendación de realizar la disolución en un recipiente de vidrio para reducir la pérdida del suplemento.

ANEXO N°5

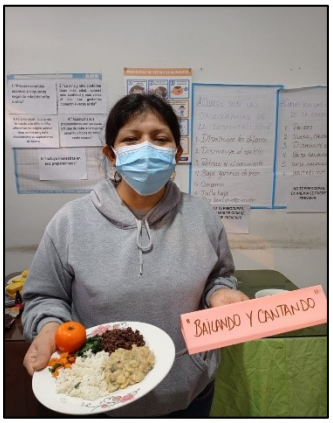
Guía de preguntas para grupo focal con las socias de cocina
Grupo objetivo: Socias de cocina de comedores autogestionarios. Técnica cualitativa : Grupo focal
Organización y gestión en el comedor.
1. ¿Cómo se organizan entre las socias para el trabajo diario en el comedor? 2. ¿Cómo se abastecen de alimentos? ¿Qué dificultades han tenido al conseguir alimentos? 3. ¿Cómo es el equipamiento (utensilios, equipos, kit de cocina, kit de protección, kit de limpieza) en el comedor? ¿Consideran que es suficiente? 4. ¿Qué metas tienen como organización? ¿Qué las motiva a participar en el comedor? 5. ¿Qué importancia tiene el empadronamiento de los niños y niñas que participan en el piloto?
Programación y preparación de las comidas
1. Antes del piloto, ¿Cómo realizaba la programación del menú? 2. Con el piloto ¿Qué cambios se han dado en la programación del menú? 3. ¿Qué preparaciones consideran novedosas? 4. ¿Qué preparaciones consideran más difíciles? 5. ¿Qué preparaciones consideran más fáciles? 6. ¿Cómo realizan el servido de las raciones en los niños y niñas que participan en el piloto? 7. ¿Cómo realizaban el servido de las raciones en los niños y niñas antes del piloto?
Área Física e Infraestructura
1. ¿Qué cambios ha tenido el local del comedor durante el piloto?
Propuestas para mejorar
1. ¿Qué beneficios perciben a nivel individual y como agrupación en su labor como socias del comedor? 2. ¿Qué han aprendido en este tiempo que duró el piloto? 3. ¿Qué dificultades se les han presentado en el comedor durante el piloto y cómo lograron solucionarlo? 4. ¿Qué se tendría que mejorar en el comedor para brindar un mejor servicio a la población?

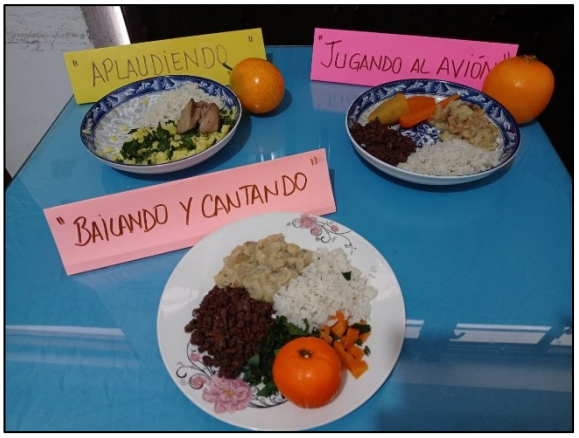
ANEXO N°6

Guía de preguntas para grupo focal con madres o cuidadores de niños de 6 a 36 meses que participaron en el piloto
Grupo objetivo: Cuidadores de las niñas y niños participantes del piloto. Técnica cualitativa : Entrevista
Percepciones sobre el piloto y el comedor
1. ¿Qué la motivó a participar en el piloto? 2. ¿Qué opinión tiene sobre el trabajo que realizan las socias del comedor? 3. ¿Cómo describiría la atención que le han brindado en el comedor?
Programación y preparación de las comidas
1. ¿Qué comidas del comedor le parecieron más novedosas? 2. ¿Qué comidas del comedor le parecieron más agradables a su niño o niña? 3. ¿Qué comidas del comedor no le agradaron a su niño o niña? 4. ¿Qué opinión tiene respecto al menú programado?
Dificultades percibidas por las madres o cuidadoras
1. ¿Qué dificultades tuvo para brindar las preparaciones del comedor a su niño o niña? 2. ¿Qué dificultades tuvo para cumplir las recomendaciones brindadas mediante las llamadas y mensajes durante su participación en el piloto? 3. ¿Qué dificultades tuvo para participar en actividades desarrolladas por la ONG CARE (teleconsultas, mensajería por whatsapp, sesión demostrativa, hemograma)? 4. ¿Qué dificultades ha tenido en la suplementación de hierro a su niño o niña?
Beneficios percibidos y aprendizajes
1. ¿Cuáles son los beneficios que ha percibido en su participación en el piloto? 2. ¿Qué aprendió sobre la alimentación de su niño o niña en este tiempo que participó en el comedor? 3. ¿Qué ha cambiado en la alimentación de su niño o niña a partir de su participación en el piloto? 4. ¿Qué se tendría que mejorar en las preparaciones del comedor?

ANEXO 7

Desarrollo de la sesión demostrativa





ANEXO N°8

GUÍA PARA EL DESARROLLO DE LA SESIÓN DEMOSTRATIVA

TEMA GENERAL **:** Alimentación Complementaria para la prevención de anemia

PARTICIPANTES **:** Madres de familia o cuidadoras de niños o niñas de 6 a 36 meses que son beneficiarios del comedor Villa Mercedes de Agnoli y Emaús

FACILITADOR **:** Jackeline Lizet Chupica Leon

LUGAR **:** Comedor Villa Mercedes de Agnoli-Comedor Emaus

RESPONSABLE **:** ONG CARE PERÚ

Duración	Actividad	Resumen de la actividad prevista	Medidas de bioseguridad adoptadas	Recursos y materiales
10 minutos	Apertura del taller	Consideraciones previas: • Verificar que el local o espacio donde se llevará a cabo la sesión demostrativa sea un lugar amplio y ventilado para asegurar la distancia de 1.5 metros entre los participantes. • Verificar que se cuente con los insumos para la desinfección de manos de los participantes, así como mascarillas en caso lo requiera algún participante. Previo al inicio se realizará la recepción y el registro de participantes • Verificar que los participantes cuenten con doble mascarilla y facial (proporcionar mascarilla si es necesario) • Se dará la bienvenida y registrará la asistencia de los participantes. • Previo al ingreso se realizará la desinfección de manos de los participantes. • Se le proporcionará solapines a los participantes en donde pondrán su nombre. **La presentación de los participantes:** • Acomodar a los participantes en círculo a una distancia de 1.5 metros entre cada uno. • Se explicará el objetivo de la reunión indicando que se realizarán preparaciones de alimentos para prevenir la desnutrición crónica y la anemia en niños, gestantes y mujeres que dan de lactar. Luego se explicará la dinámica de presentación. El propósito de este momento es establecer un clima de confianza y despertar el interés de los participantes.	Desinfección de manos con alcohol gel Uso obligatorio de doble mascarilla Uso de protector facial Distancia de 1.5 m entre los participantes.	Cartulinas Plumón Alcohol gel

		• Para la dinámica de presentación se les pedirá a los participantes que mencionen sus nombres y mencionen la edad de sus niños. Posterior a ello se aplicará la dinámica "Yo vine con …" *Dinámica "Yo vine con…"* *En círculo el animador comienza diciendo: "yo soy Ana, y vine con María (el nombre de la persona que está a su izquierda). El que sigue a su derecha dice: "yo soy Luna y vine con Juan y María". El que sigue a su derecha dice: "yo soy José, y vine con Juan, María y Ana". Así sucesivamente, hasta que la última persona tenga que nombrar a todos los que están en el círculo.*		
10 minutos	La motivación	**Dinámica 1: "La desnutrición en nuestras niñas y niños"** El facilitador comenta al grupo: "Hoy nos hemos reunido por un asunto muy importante, que nos interesa a todos. Pongan mucha atención a esta información". El facilitador dice: "Hagamos de cuenta que aquí tenemos 10 niños". Luego pide que 2 participantes den un paso adelante y diga: "Es como si estas 2 personas que han pasado adelante tuvieran desnutrición. Es lo que pasa actualmente con los niños y las niñas en nuestro país". Agradezca la participación de las personas e invítelas a regresar a su sitio. *Si los participantes no suman 10, se puede mostrar una imagen de 10 niños y mencionar que 2 de cada 10 niños tiene desnutrición.* Escriba en un papelógrafo con letra grande ¿Qué puede pasarle a las niñas y niños que sufren de desnutrición? Un facilitador recoge los comentarios de los participantes y anota en el papelógrafo, completando las principales consecuencias que tiene la desnutrición. Seguidamente comenta y absuelve las inquietudes de las madres. Luego coloca un cartel que diga lo siguiente: "¡NO TE PREOCUPES, LA DESNUTRICION SE PUEDE PREVENIR!" El facilitador hará lectura del cartel con una entonación de animar a las personas a no dejarse abatir por el problema, y que se tiene la posibilidad de prevenir la desnutrición.	Desinfección de manos con alcohol gel Uso obligatorio de doble mascarilla Uso de protector facial Distancia de 1.5 m entre los participantes.	Carteles de cartulina o papel bond Plumón Papelógrafo

		El facilitador dirá: “Por eso, hoy vamos a aprender cómo alimentar mejor a los niños menores de tres años, porque ellos son los más afectados por la desnutrición, también aprovecharemos en aprender cómo alimentarnos mejor durante el embarazo y la lactancia”. **Dinámica 2: “La anemia en nuestros niños y niñas”** El facilitador comenta al grupo; “También nos hemos reunido por un asunto muy importante, que nos interesa a todos. Pongan mucha atención a esta información”. Diga: “Por los datos que se tiene de salud se sabe que 4 de cada 10 niñas y niños tienen anemia”. El facilitador dice: “Hagamos de cuenta que aquí tenemos 10 niños”. Luego pida que 4 de ellos den un paso adelante y diga: “Es como si estas 4 personas que han pasado adelante tuvieran anemia. Es lo que pasa actualmente con las niñas y niños de nuestro país”. Algo parecido sucede con las mujeres embarazadas. La anemia le puede afectar a cualquier persona, en especial a las gestantes y niñas y niños menores de 3 años, principalmente debido al bajo consumo de alimentos ricos en hierro. *Si los participantes no suman 10, se puede mostrar una imagen de 10 niños y mencionar que 4 de cada 10 niños tiene anemia.* Agradezca la participación de las personas e invítelas a regresar a su sitio. Escriba en un papelote con letra grande ¿Qué puede pasarle a las niñas y niños que sufren de anemia? Un facilitador recoge los comentarios de los participantes y anota en el papelógrafo, completando las principales consecuencias que tiene la anemia. Seguidamente comenta y absuelve las inquietudes de las madres. Luego coloca un cartel que diga lo siguiente: “¡NO TE PREOCUPES, LA ANEMIA SE PUEDE PREVENIR!” El facilitador hará lectura del cartel con una entonación de animar a las personas a no dejarse abatir por el problema, y que se tiene la posibilidad de prevenir la anemia.		

		El facilitador dirá: “Por eso hoy vamos a aprender cómo alimentar mejor a las niñas y niños menores de tres años, mujeres gestantes y a las que están dando de lactar porque ellas son los más afectadas por la anemia”.		
25 minutos	Desarrollo de los contenidos	Los facilitadores deberán colocar en la mesa las preparaciones “modelo” con sus respectivas tarjetas en cartulina. Uno de los facilitadores, conforme va presentando los mensajes importantes, debe colocar en la pared los 5 carteles que se describen a continuación: **Mensaje 1: “Prepare comidas espesas o segundos según la edad del niño o niña”** Niñas y niños de 6 a 8 meses/9 a 11 meses/niños y niñas mayores de 1 año/gestantes y mujeres que dan de lactar. _ Presente el mensaje. _ Muestre el plato modelo de plato según la edad o la imagen. _ Destaque cómo debe quedar la consistencia para este grupo de edad. _ Otro facilitador mostrará la preparación modelo a los participantes. _ Señale que a partir del año de edad las niñas y niños ya pueden consumir los segundos de la olla familiar. _ Señale la importancia de preparar segundos todos los días. _ Luego, muestre los platos modelo al mismo tiempo. _ Refiera cómo cambia la consistencia conforme crece el niño. **Mensaje 2: “La niña y niño conforme tiene más edad, comerá más cantidad y más veces al día. Las gestantes comerán 4 veces al día.”** Pasos para su presentación Paso 1 - Niño y niña de 6 a 8 meses • Presente el mensaje. • Muestre y mencione la cantidad que se debe ofrecer: ½ plato mediano o 3 a 5 cucharadas. • Otro facilitador mostrará el plato modelo a los participantes. • Mencione que a los 6 meses puede empezar con 2 o 3 comidas al día e ir aumentando gradualmente. Hasta los 8 meses. Paso 2 - Niño y niña de 9 a 11 meses	Desinfección de manos con alcohol gel Uso obligatorio de doble mascarilla Uso de protector facial Distancia de 1.5 m entre los participantes.	• Carteles con mensajes importantes. • Preparaciones “MODELO” de alimentos. • Tarjetas de identificación de las preparaciones. Alcohol gel

		• Mencione la cantidad que se debe ofrecer: ¾ plato mediano o 5 a 7 cucharadas para este grupo de edad. • Resalte la importancia de aumentar la cantidad servida en comparación a las niñas y niños de 6 a 8 meses. • Otro facilitador mostrará el plato modelo a los participantes. Paso 3 - Niño y niña mayor de 1 año • Mencione la cantidad que se debe ofrecer: 1 plato mediano o de 7 a 10 cucharadas para este grupo de edad. • Otro facilitador mostrará el plato modelo a los participantes. Paso 4 - Gestante y mujer que da de lactar • Mencione la cantidad que se debe ofrecer: 1 plato grande. • Señale la importancia de preparar segundos todos los días. • Mencione que las gestantes deben comer 4 veces al día, 3 comidas principales y 1 refrigerio. • Las mujeres que dan de lactar deben comer 5 veces al día, 3 comidas principales y 2 refrigerios. • Otro facilitador mostrará el plato modelo a los participantes. **Mensaje 3: Para combatir la anemia bríndale a tu niño o niña alimentos de origen animal ricos en hierro y dale diariamente su suplemento de hierro.** • Muestre los alimentos de origen animal ricos en hierro como la sangrecita, hígado, bazo, bofe, res que se encuentren en la mesa, pueden ser réplicas de alimentos, imágenes o alimentos reales. • En un plato sirva 2 cucharadas de hígado, sangrecita, pescado, carnes mostrando y explicando que esta es la cantidad indicada para niños menores de 3 años. Mostrar la cantidad en cucharada y cómo se vería en el plato, se puede usar imágenes, réplicas de alimentos o alimentos reales. ***Mencionar la importancia de la suplementación con sulfato ferroso en las niñas y niños para prevenir la anemia.*** *Mostrar el suplemento de hierro e indicar que el suplemento debe ser*		

		acompañado de un jugo de naranja después de su administración. Realizar la demostración de la suplementación de hierro. *Dinámica del suplemento de hierro:* *Pasos:* _ *Realizar la desinfección de manos con alcohol gel a todos los participantes* _ *Invitar a la madres o cuidadoras a que pasen adelante una por una para que realicen el proceso de la suplementación.* _ *Un facilitador colocará en la mesa naranjas, un exprimidor de naranjas, cuchillo, plato y tabla de picar.* _ *Se le indicará a la madre que exprima una naranja.* _ *Se les indicará a las madres de familia que, si su niño o niña no consume el suplemento directamente, otra forma de consumo es agregando el suplemento al jugo de naranja.* _ *Se le indicará a la madre o cuidador que separa 4 cucharadas de jugo de naranja a un vaso de vidrio y agregue la dosis de suplemento que toma su niño o niña.* _ *Posterior a ello se le indicará que remueva el contenido del vaso con una cuchara para que el suplemento se disuelva e inmediatamente se le invitará a la madre de familia que pruebe el jugo de naranja con el suplemento.* ***Se deberá resaltar la importancia de la suplementación en los niños y niñas para la prevención y tratamiento de la anemia.*** • Para las gestantes sirva en un plato 5 cucharadas de otros alimentos de origen animal ricos en hierro y explique que esa es la cantidad que requiere. Diga que estos alimentos ayudan a prevenir la anemia. • Indique también que, en el caso de las gestantes, es necesaria la suplementación con pastillas de sulfato ferroso. **Mensaje 4: "Acompañe sus preparaciones con verduras y frutas de color anaranjado, amarillo y hojas de color verde oscuro"** Pasos para su presentación • Presente el mensaje. • Otro facilitador mostrará los alimentos disponibles en la mesa. Se puede mostrar imágenes, réplicas de alimentos o alimentos reales. • Pregunte qué otros alimentos tienen en la zona.		

		• Destaque la importancia de su consumo todos los días por su contenido de vitaminas y minerales. **Mensaje 5: "Incluya menestras en sus preparaciones"** Pasos para su presentación • Presente el mensaje. • Otro facilitador mostrará las menestras disponibles en la mesa. Se puede mostrar imágenes, réplicas de alimentos o alimentos reales. • Muestre las preparaciones modelo que contienen menestras.		
20 minutos	Práctica de preparación de alimentos	• Se realizará un sorteo en el que cada persona o equipo (mínimo 2 por equipo) tendrá que presentar un plato según las edades de los niños (6 a 8 meses, 9 a 11 meses y mayores de 1 año de edad). • Una vez realizado el sorteo se realizará el lavado de manos con agua y jabón de las y los participantes en la sesión, previa demostración del facilitador. • Muestre a los participantes los alimentos de la mesa principal e invite a cada grupo a recoger los alimentos ordenadamente. • Para preparar cada plato, tome en cuenta los mensajes aprendidos y las preparaciones modelo; para las combinaciones considerar los grupos de alimentos. • Explique el procedimiento a seguir: piensen en una preparación, prepárenla y escriban en una tarjeta: _ El nombre de la preparación. _ Para quién está preparada (edad). _ Los ingredientes y la cantidad en medidas caseras.	Desinfección de manos con alcohol gel y lavado de manos con agua y jabón. Uso obligatorio de doble mascarilla Uso de protector facial Distancia de 1.5 m entre los participantes.	• Materiales para la sesión demostrativa. • Alimentos sancochados. • Cartel de preparación de alimentos por grupos. • Tarjetas de cartulina. • Plumones -Kit de lavado de manos
10 minutos	Presentación y evaluación de preparaciones	• Pida a cada persona que presente sus platos indicando el nombre de la preparación, para quién fue preparada, los ingredientes que utilizaron y la cantidad en medidas caseras. Las preparaciones hechas por cada grupo serán presentadas por diferentes participantes. • Verifique que todas las preparaciones reflejen los mensajes importantes. - Tiene consistencia espesa o es un segundo. - La cantidad servida es adecuada según la edad de la niña o niño o embarazada y en el plato adecuado. - Tiene alimento de origen animal fuente de hierro y la cantidad utilizada es adecuada según la edad de las niñas, niños y gestantes.	Desinfección de manos con alcohol gel y lavado de manos con agua y jabón. Uso obligatorio de doble mascarilla Uso de protector facial	

		- Está acompañada de frutas de color amarillo, anaranjado y hojas de color verde oscuro. - Tiene menestras (frijoles, habas, arveja, garbanzos, pallares, lentejas, etc.) • Cuando las preparaciones son las adecuadas felicite al grupo. Si encuentra preparaciones que no cumplen con los criterios, invítelos a dar sugerencias para mejorarlas. • Al finalizar las presentaciones retire los carteles con los mensajes importantes de la pared y pida un aplauso	Distancia de 1.5 m entre los participantes.	
10 minutos	Verificación del aprendizaje	**Dinámica de dramatización:** Participante A: El facilitador le indica a un participante: haga de cuenta que usted tiene un hijo de 6 meses y su compañero o compañera quiere convencerla que le ofrezca al niño esta comida espesa. Al principio usted debe mostrarse negativa, decir que no y luego decir que lo hará o lo intentará. Su compañero o compañera tiene que tratar de convencerla mencionando los beneficios para el niño, basándose en los mensajes aprendidos. Participante B: el facilitador le indica: haga de cuenta que usted tiene un hijo mayor de 1 año y su compañero o compañera quiere convencerla para que le dé a su hijo esta comida. Al principio debe mostrarse pesimista, decir que no, luego decir que lo hará o lo intentará. Su compañero o compañera tiene que decir los mensajes importantes para convencerlo. Participante C: el facilitador le indica: haga de cuenta que usted está embarazada y su compañero o compañera quiere convencerla para que coma esta preparación servida. Al principio debe mostrarse negativa, decir que no, y luego deberá decir que lo hará o lo intentará. Su compañero o compañera tiene que tratar de convencerla mencionando los beneficios para usted de cumplir con los mensajes aprendidos. • Luego de cada actuación, el facilitador pide un aplauso de estímulo. • El facilitador refuerza los mensajes importantes, y los compromete para que, en sus casas practiquen lo que han aprendido y que lo compartan con otros en su localidad.	Desinfección de manos con alcohol gel Uso obligatorio de doble mascarilla Uso de protector facial Distancia de 1.5 m entre los participantes.	Imágenes de alimentos y preparaciones
5 minutos	Aprendizaje en casa	Se les mostrará a las participantes un video de una preparación a base de alimentos fuente de hierro. Se le hará entrega a cada participante de un alimento fuente de hierro (sangrecita) con una receta para que la elabore en su hogar. La madre o cuidador se compromete a enviar foto y video de la preparación elaborada en casa.	Desinfección de manos con alcohol gel Uso obligatorio de doble mascarilla Uso de protector facial	-Video -Alimento fuente de hierro Receta

			Distancia de 1.5 m entre los participantes	

Figura 1: Alimentos fuente de hierro

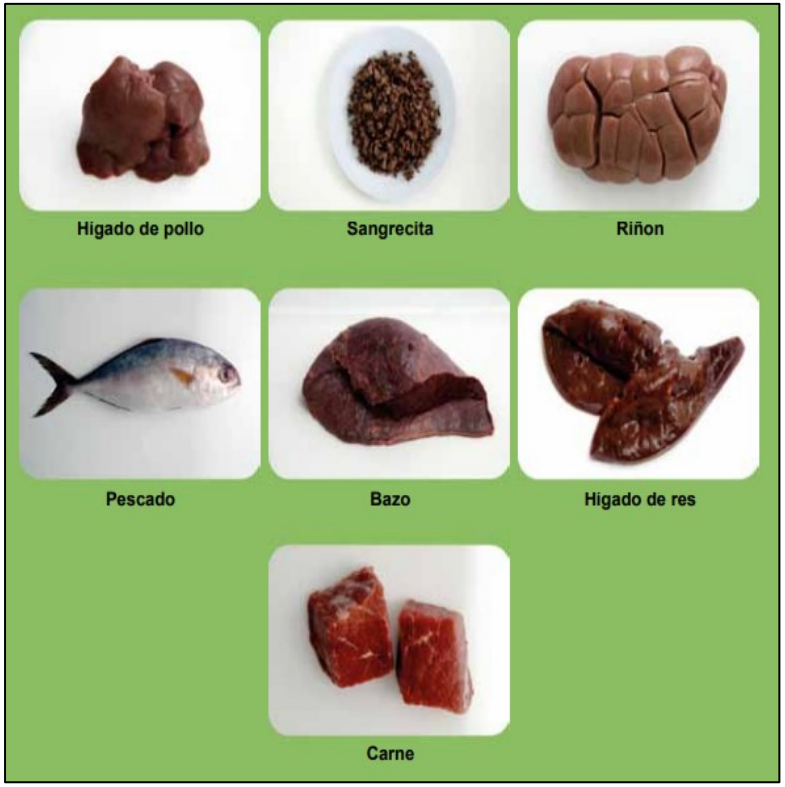
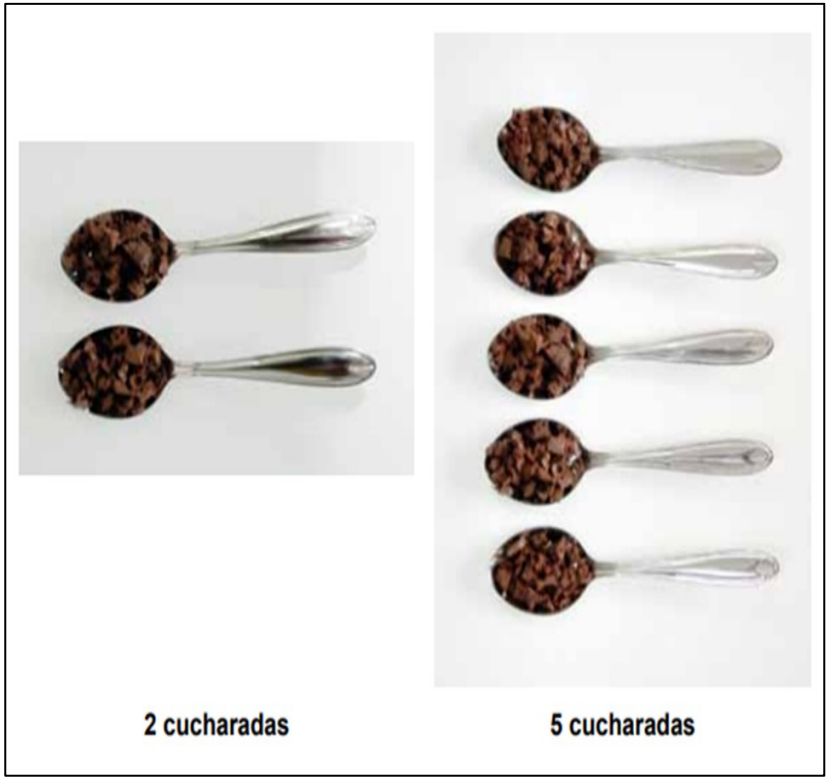


Figura 2: Medida casera de alimentos fuente de hierro



Fuente: Documento técnico de preparación de alimentos para población materno infantil, 2013

Figura 3: Frutas y verduras

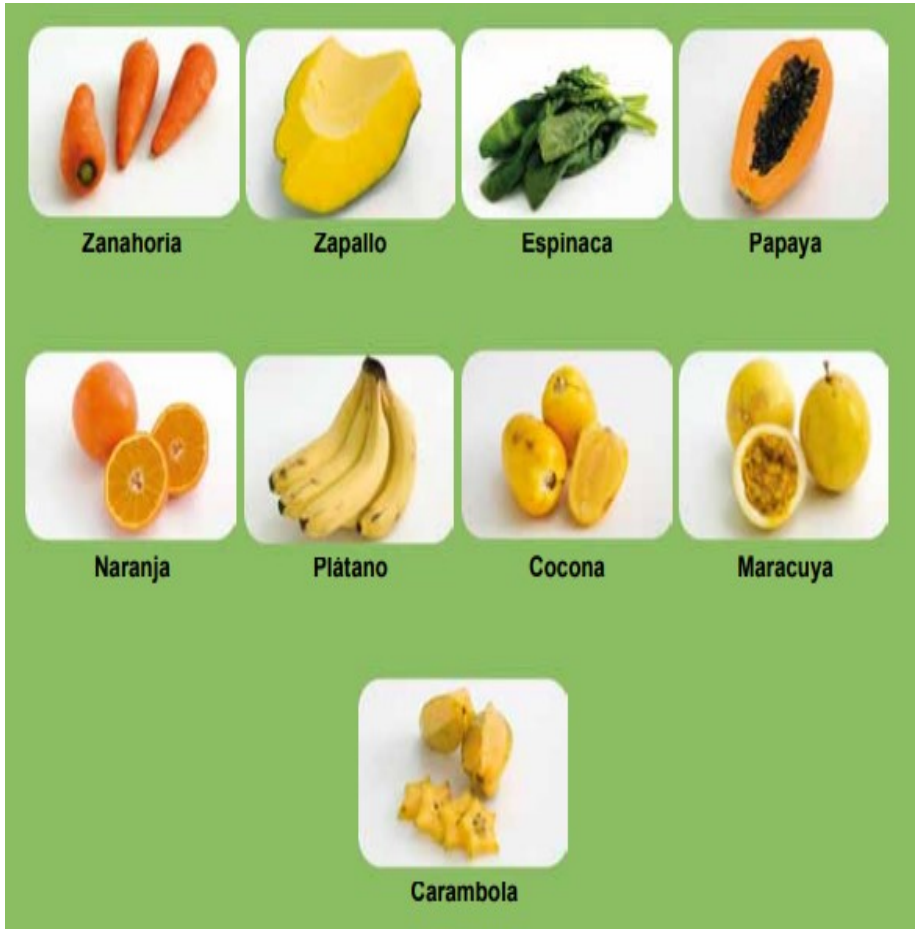


Figura 4: Menestras

Fuente: Documento técnico de preparación de alimentos para población materno infantil, 2013

Figura 5: Lavado de manos

Fuente: Documento técnico de preparación de alimentos para población materno infantil, 201

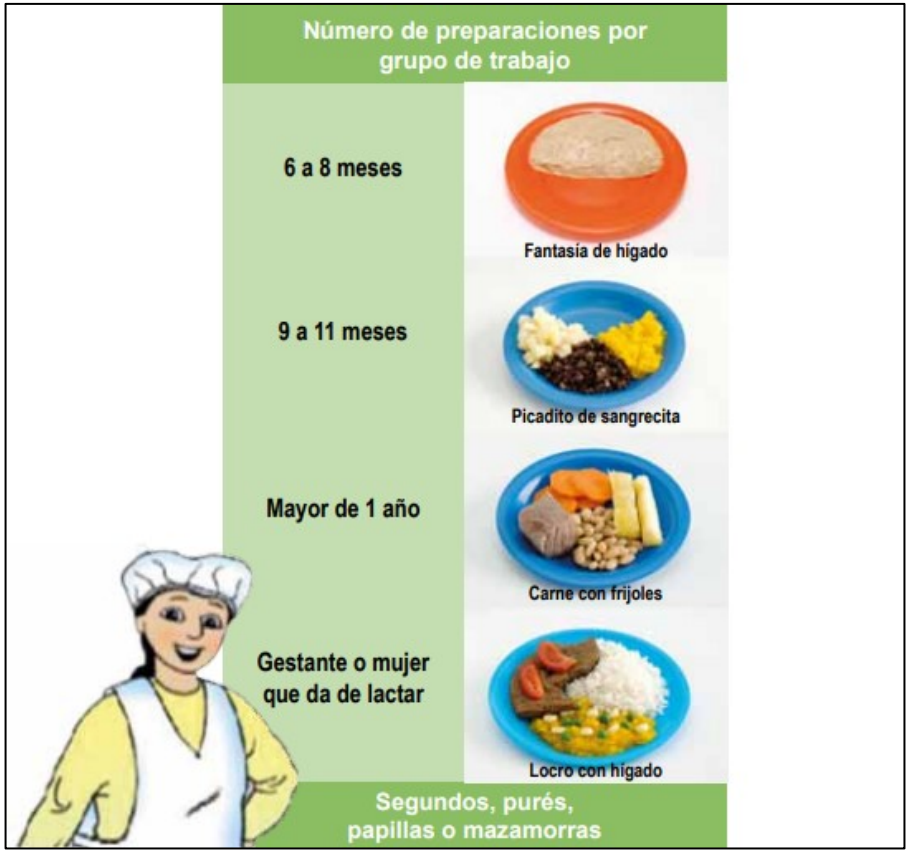



Figura 6: Presentación de platos de acuerdo a la edad