

# INVESTIGACIÓN FORMATIVA PARA EL PROYECTO 'SPOON' EN COLOMBIA, GUATEMALA Y MÉXICO: REPORTE FINAL



PREVENCIÓN  
DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA  
Y OBESIDAD EN LA INFANCIA

**Wendy González, Alison Tumilowicz y Lynnette M. Neufeld**

Global Alliance for Improved Nutrition (GAIN)

**Marieke Vossenaar y Gretel Pelto**

Consultoras para GAIN

**Anabelle Bonvecchio Arenas, Rocío Alvarado, Gabriela Armendáriz, Rosalinda Domínguez, Izchel Cosío**

Instituto de Salud Pública de México (INSP), México

**Tiffany Duque y Jennifer Bernal**

Consultores para GAIN con sede en Colombia

**Rosario García-Meza y Gabriela Montenegro-Bethancourt**

Centro de Estudios en Sensoriopatías, Senectud e Impedimentos y Alteraciones Metabólicas (CESSIAM)

**Julio de 2017**

# TABLA DE CONTENIDO

RECONOCIMIENTOS .....	iv
Lista de abreviaturas .....	iii
1 RESUMEN EJECUTIVO .....	4
2 CONTEXTO DEL PROYECTO.....	6
2.1 El Proyecto ‘Spoon’ en Colombia, Guatemala y México.....	6
2.2 Malnutrición y prácticas de alimentación infantil .....	7
2.2.1 Malnutrición .....	7
2.2.2 Prácticas de alimentación infantil .....	7
2.2.3 Suplementos nutricionales a base de lípidos – en pequeñas cantidades (SQ-LNS) .....	8
2.2.4 Base lógica para la investigación formativa .....	10
3 OBJETIVOS Y METODOLOGÍA DEL ESTUDIO .....	11
3.1 Objetivos principales del estudio .....	11
3.2 Diseño general del estudio .....	12
3.3 Objetivos del estudio por componente de estudio .....	13
3.4 Metodología de la Fase I .....	14
3.4.1 Estudio Etnográfico Focalizado (FES).....	17
3.4.2 Entrevista a profundidad con proveedores de salud .....	19
3.5 Metodología de la Fase II .....	20
3.5.1 Desarrollo de recetas para incorporar Vitalito con alimentos y recetas locales .....	22
3.5.1 Discusiones de grupos después de la prueba de recetas .....	24
3.5.2 Prueba de alimentación domiciliar con Vitalito por 14 días.....	24
3.5.3 Grupos focales después de la prueba de alimentación domiciliar con Vitalito por 14 días .....	26
3.6 Localidades de estudio .....	27
3.6.1 Colombia: Pasto, Nariño.....	27
3.6.2 Guatemala: Baja Verapaz .....	28
3.6.3 México: Del Nayar, Nayarit .....	29

3.7	Criterios de inclusión y exclusión para participantes del estudio .....	31
3.8	Reclutamiento de participantes del estudio .....	32
3.9	Procedimientos de recolección de datos .....	32
3.10	Análisis de datos .....	32
3.11	Consideraciones éticas y aprobaciones .....	33
3.12	Investigadores del estudio .....	34
4	RESULTADOS DE LA FASE I .....	35
4.1	Características sociodemográficas de los participantes del estudio Fase I .....	35
4.2	Cuidados del Niño .....	38
4.3	Salud, Alimentación, Crecimiento y Desarrollo del niño .....	42
4.4	Lactancia Materna Exclusiva y Complementada .....	51
4.5	Alimentación Complementaria .....	64
4.6	Mapeo cognitivo .....	74
4.6.1	Ejercicio de calificación de dimensiones de valor relacionadas con la alimentación y el cuidado de lactantes y niños pequeños .....	75
4.6.2	Clasificación en pilas de artículos de cuidado alimentarios y no alimentarios ('Pile sorting') .....	84
4.7	Micronutrientes y Uso de Suplementos .....	92
4.8	Medios de Comunicación en el Hogar .....	102
4.9	Uso de Tiempo Libre .....	107
4.10	Actores que influyen en las decisiones sobre el cuidado y alimentación de los LNP .....	109
4.11	Visión de las Madres Sobre el Futuro de Sus Niños .....	112
4.12	Actividades de promoción con las madres de la comunidad .....	114
4.13	Capacitación de los proveedores de salud .....	116
5	RESULTADOS DE LA FASE II .....	118
5.1	Características socio-demográficas de los participantes del estudio Fase II .....	118
5.2	Prueba de recetas .....	121
5.2.1	Evaluación Organoléptica del Vitalito Solo .....	121
5.2.2	Preparaciones con Vitalito .....	124
5.2.3	Evaluación organoléptica de preparaciones con Vitalito .....	126
5.2.4	Tamaño de la porción de las preparaciones elaboradas por las madres cuidadoras y cantidad de Vitalito consumido .....	128
5.2.5	Discusión grupal sobre prueba de recetas .....	130
5.3	Prueba de alimentación domiciliar .....	137
5.3.1	Adherencia al uso diario prescrito de Vitalito .....	137
5.3.2	Sobras de Vitalito (Restantes en sobres, sobrantes de alimentos y por compartir) .....	138

---

5.3.3	Adherencia a la dosis diaria prescrita de Vitalito (sobre de 20 g) .....	141
5.3.4	Preparación del Vitalito .....	143
5.3.5	Barreras para el uso del Vitalito .....	148
5.3.6	Estrategias para mejorar el uso del Vitalito .....	149
5.3.7	Experiencias con el uso del Vitalito y materiales proporcionados .....	150
5.3.8	Discusiones de grupos focales posteriores a la prueba domiciliar con SQ-LNS por 14 días.....	153
<b>6</b>	<b>CONCLUSION .....</b>	<b>169</b>
<b>7</b>	<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>170</b>

# RECONOCIMIENTOS

## El equipo de Spoon agradece:

- A las madres, abuelas, informantes clave y sus niños que participaron durante las diferentes etapas de la investigación formativa, sin ellas este trabajo no hubiera sido posible.

## En Colombia

- Al equipo de trabajo de campo: Ana María Sansón, Fabio Pupiales, Andrea Coral, Vicky Salas, Stephanie España, Geraldine Prada y Gabriela Medina.
- A los profesionales de la salud que facilitaron el estudio y a quienes participaron en las entrevistas a profundidad de los centros de salud de las comunas La Rosa y Tamasagra y los corregimientos de Catambuco y la Laguna, ubicados en Pasto, Nariño.
- Al Instituto Departamental de Salud de Nariño, a Tomás Franco y Geraldine Prada quienes apoyaron todo el estudio SPOON.
- A la Empresa Social del Estado (EPS) Pasto Salud, junto con la Gerente Ana Belén Arteaga Torres, quienes facilitaron los procesos de recolección de datos en los centros de salud.
- Al Centro de Estudios en Salud de la Universidad De Nariño, en conjunto con la Directora María Clara Yépez Chamorro y Melissa Ricaurte por el apoyo en los talleres de capacitación del equipo de trabajo y el taller de diseño de la estrategia.
- A los participantes del Taller organizado por GAIN y SOMOS para el diseño de la Estrategia del SPOON-Colombia de las siguientes instituciones:
  - Alcaldía de Pasto
  - Banco Interamericano de Desarrollo (BID)
  - Centro de Estudios en Salud-CESUN, Universidad de Nariño
  - EPS Mallamas
  - Fundación Saldarriaga
  - Gobernación de Catambuco
  - Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
  - Instituto Departamental de Salud
  - Ministerio de Salud y Protección Social
  - MINSALUD, Instituciones Amigas de la Mujer y El Niño
  - Out of the Blu
  - Pasto Salud- Ciudad Bienestar
  - Secretaría Municipal de Salud de Pasto
  - Universidad Mariana

## En Guatemala

- Los prestadores de servicios de salud de los Centros y Puestos de Salud de Purulhá y Cubulco, quienes colaboraron participando en las entrevistas.
- El equipo de salud que facilitó la coordinación del estudio:
  - Doctor Augusto Silvestre Ramírez -director de Área y licenciada Laura Morales- nutricionista de Área-, Área de Salud de Baja Verapaz.
  - Doctor Javier Alvarado -coordinador del Centro- y la licenciada Susy Pérez - coordinadora de enfermería-, Centro de Salud de Cubulco.
  - Doctora Berta Ramos -coordinadora del Centro-, licenciada Astrid Bechines - coordinadora de enfermería- y licenciado Mario Teletor, técnico en salud rural, Centro de Salud de Cubulco.
- A Jacobo Jiménez y Ana Rosa Castillo de la Fundación del Azúcar –FUNDAZÚCAR, Guatemala.
- A Rosa Ortiz Rodriguez y Rosa Isabel Camajá quienes apoyaron en las transcripciones.

## En México

- A la Secretaria de Salud de Nayarit quien permitió trabajar en el estado.
- Al Dr. José Antonio Guzmán encargado de la subdirección de prevención y control de enfermedades de la SSN, que facilitó el trabajo de campo en el estado.
- Al Dr. Andrés Romero, jefe de la jurisdicción 1 del Estado de Nayarit, por permitirnos trabajar en las unidades de salud de las colonias de Venceremos, Flores Magón y Tierra y Libertad.
- Al personal de salud de las unidades antes mencionadas, quienes participaron en las entrevistas, y apoyaron para el reclutamiento de las mujeres participantes del proyecto.
- A las trabajadoras de campo que participaron en la recolección de datos, y a las investigadoras que apoyaron con transcripciones y análisis de datos.

---

# Lista de abreviaturas

BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CCC	Cambio de comportamientos
FES	Estudio Etnográfico Focalizado ( <i>por sus siglas en inglés</i> )
GAIN	Global Alliance for Improved Nutrition
IC	Informante clave
LNP	Lactante y niño pequeño
MC	Madre cuidadora
MDS	Ministerio de Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
SQ-LNS	Suplementos nutricionales a base de lípidos – en pequeñas cantidades ( <i>por sus siglas en inglés</i> )
WBTi	Iniciativa Mundial de Tendencias de Lactancia Materna ( <i>por sus siglas en inglés</i> )

---

# 1 RESUMEN EJECUTIVO

**E**l presente reporte presenta y discute los resultados y hallazgos de la investigación formativa realizada en Colombia, Guatemala y México como parte del proyecto SPOON. El proyecto SPOON tiene como objetivo designar, implementar y evaluar la efectividad de una estrategia integral para prevenir la desnutrición crónica y reducir los riesgos de obesidad futura en niños de 0 a 24 meses de edad que habitan áreas de elevada pobreza en Colombia, Guatemala y México

El propósito principal de esta investigación formativa fue generar recomendaciones para el desarrollo de una estrategia de cambio de comportamientos (CCC) eficaz e innovadora para promover prácticas de alimentación de lactantes y niño pequeños (LNP) adecuadas, en particular la introducción del ‘suplementos nutricionales a base de lípidos – en pequeñas cantidades’ (SQ-LNS *por sus siglas en inglés*) sin endulzantes, entre LNP de 6 a 23 meses de edad en Colombia, Guatemala y México. Con base en el principio que indica que la introducción de un nuevo régimen alimenticio requiere conocimiento acerca de los conocimientos, actitudes y prácticas, el estudio se propuso abordar las siguientes áreas de investigación clave:

- Explorar el comportamiento alimentario de niños de 6 a 23 meses de edad
- Identificar tipos de alimentos complementarios de niños de 6 a 23 meses de edad
- Explorar las percepciones de las madres cuidadoras sobre las características de alimentos para LNP
- Examinar los desafíos que experimentan las madres cuidadoras, incluyendo aquellos relacionados con los alimentos y la alimentación
- Identificar los aspectos culturales y psicológicos de los comportamientos de alimentación y provisión de cuidado a LNP (incluyendo aquellos relacionados con la salud y la enfermedad)
- Evaluar las percepciones de las madres cuidadoras en torno a los suplementos vitamínicos y minerales

Las preguntas principales de investigación incluyeron:

- ¿Cómo se pueden integrar los SQ-LNS a alimentos y prácticas de alimentación complementarios existentes?
- ¿Cuáles son los atributos positivos que las madres cuidadoras asocian con alimentos y alimentación complementarios, que podrían utilizarse para promover los SQ-LNS?
- ¿Qué instrucciones y mensajes pueden comunicarse para promover la utilización de SQ-LNS?

- 
- ¿Cuáles son las estrategias de comunicación más eficaces?

Creamos un protocolo común, el cual consistió en dos corrientes de indagación:

- **Fase I:** Estudio Etnográfico Focalizado (FES, por sus siglas en inglés), ‘Design Thinking’ y entrevistas a profundidad con personal de los Centros de Salud y
- **Fase II:** Pruebas de recetas y prueba de alimentación domiciliar por 14 días para explorar la aceptabilidad y uso de SQ-LNS sin endulzantes

El presente reporte se encuentra organizado en 6 capítulos. A continuación comentamos brevemente los componentes y hallazgos clave de cada capítulo.

- El **Capítulo 2** provee un panorama general del proyecto Spoon, y el contexto en el cual se llevó a cabo la investigación formativa.
- El **Capítulo 3** proporciona los objetivos de estudio y las preguntas de estudio de la investigación formativa, así como un panorama general de la metodología de investigación formativa incluyendo detalles acerca de los enfoques de investigación formativa, la base lógica para los enfoques utilizados y los contextos locales.
- El **Capítulo 4** presenta los hallazgos de la Fase I del estudio, cuyo objetivo es explorar las prácticas de alimentación, comportamientos y creencias respecto a LNP desde la perspectiva de un hogar e identificar atributos que las madres cuidadoras asocian con alimentos y alimentación complementarios, la salud, la nutrición, el crecimiento y el desarrollo de los LNP, que podrían utilizarse para promover una alimentación adecuada de los LNP y el uso de SQ-LNS.
- El **Capítulo 5** presenta los hallazgos de la Fase II del estudio, cuyo objetivo es explorar la aceptabilidad de los SQ-LNS, así como las barreras y oportunidades para promover el uso de SQ-LNS sin endulzantes dentro de las prácticas locales de alimentación de LNP.
- El **Capítulo 6** presenta una breve conclusión del estudio y próximos pasos.

## 2 CONTEXTO DEL PROYECTO

### 2.1 El Proyecto ‘Spoon’ en Colombia, Guatemala y México

‘Spoon’ es un programa regional financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), cuyo objetivo es reducir la malnutrición entre lactantes y niño pequeños (LNP) de 0 a 24 meses de edad y prevenir el futuro riesgo de obesidad en Colombia, Guatemala y México. SPOON desarrollará una estrategia para el cambio de comportamientos (CCC) para promover prácticas de alimentación de LNP óptimas, incluyendo la promoción de la lactancia materna (LM) y el uso de SQ-LNS para la fortificación de los alimentos complementarios en casa como parte de un enfoque integral para mejorar la calidad de la dieta y las prácticas de cuidado de niños pequeños. La estrategia propuesta complementa inversiones más amplias del BID en el fortalecimiento de sistemas de salud en la región dirigidas a la reducción de la desnutrición y el sobrepeso y la obesidad. Esta intervención en la nutrición se integrará a la provisión de servicios de salud en el nivel de atención primario durante el embarazo, la lactancia y los primeros dos años de vida.

SPOON tiene como objetivo designar, implementar y evaluar la efectividad de una estrategia integral para prevenir la desnutrición crónica y reducir los riesgos de obesidad futura en niños de 0 a 24 meses de edad que habitan áreas de elevada pobreza en Colombia, Guatemala y México.

SPOON implementará una estrategia integral que incluye cuatro áreas principales de acción para alcanzar un crecimiento y desarrollo infantil óptimo:

- i. distribución de SQ-LNS a niños de 6 a 24 meses de edad como producto de fortificación en casa para mejorar la calidad de la dieta;
- ii. entrega de mensajes clave para mejorar las prácticas de alimentación infantil, incluyendo lactancia materna exclusiva de 0 a 6 meses edad que respondan a las aspiraciones y motivaciones de los padres a través de consejería individualizada, participativa y lúdica y comunicación social;
- iii. integración de los servicios de nutrición con los servicios de salud existentes dirigidos a mujeres embarazadas, lactantes y niños de 0 a 24 meses de edad; y
- iv. establecimiento de mecanismos de supervisión, monitoreo, evaluación y gestión que garanticen una ejecución e implementación adecuada y permitan evaluar el impacto de la intervención.

## 2.2 Malnutrición y prácticas de alimentación infantil

### 2.2.1 Malnutrición

La malnutrición constituye uno de los principales problemas de salud pública en América Latina, que afecta a muchos grupos vulnerables, en particular los niños y las mujeres. América Latina, y en especial Guatemala, es afectada por una alarmante prevalencia de desnutrición crónica, la cual ilustra el **HAMBRE OCULTA** como problema principal.<sup>1</sup> Predomina la desnutrición por micronutrientes incluyendo anemia por deficiencia de hierro, deficiencia de vitamina A y trastorno por deficiencia de yodo. Si bien la desnutrición persiste, existe un creciente reconocimiento del surgimiento de una **DOBLE CARGA DE MALNUTRICIÓN** con la ocurrencia simultánea de sub- y sobre-nutrición (o alimentación excesiva)<sup>2-5</sup> mientras que América Latina sufre una rápida evolución demográfica y **TRANSICIÓN NUTRICIONAL**. Las tasas de sobrepeso y obesidad, que ya no son exclusivas a países de ingresos altos, están aumentando con mayor rapidez que nunca<sup>6</sup> debido a las economías en crecimiento, los acelerados cambios en el estilo de vida y la dieta, el aumento de la urbanización, los entornos obesogénicos y la globalización de los mercados.<sup>7</sup>

El Informe Mundial de Nutrición de 2016 reporta indicadores clave de malnutrición y el avance hacia el cumplimiento de las Metas mundiales de nutrición del 2025.<sup>1</sup> Guatemala cuenta con un historial bien documentado de desnutrición crónica alarmante y generalizada, y ocupa el puesto 127 de 132 en cuanto a prevalencia nacional de retraso del crecimiento; mientras que México ocupa el puesto 42 y Colombia el puesto 38. A Colombia se le describe como que está **‘EN CURSO, CON BUEN AVANCE’** hacia el cumplimiento de la meta mundial de nutrición del 2025 en cuanto a reducción del retraso de crecimiento, mientras que Guatemala y México permanecen **‘FUERA DE CURSO’**, a pesar de tener cierto avance. En términos de anemia en mujeres en edad reproductiva, Colombia se describe como **‘EN CURSO’** hacia el cumplimiento de las metas, pero Guatemala y México se encuentran **‘FUERA DE CURSO’**. Los tres países están **‘FUERA DE CURSO’** en cuanto al cumplimiento de las metas de sobrepeso, obesidad y diabetes en adultos.

### 2.2.2 Prácticas de alimentación infantil

Los primeros 1,000 días de vida, desde el momento de la concepción hasta los dos años de edad, son aquellos en los que los niños son más susceptibles a crecimiento y salud deficientes,<sup>8,9</sup> y esta **“VENTANA DE LOS 1,000 DÍAS”** se ha convertido en un principio rector para la investigación y acción programática para prevenir déficits permanentes en el crecimiento y el desarrollo. Se ha demostrado que las prácticas de alimentación complementaria inapropiada, tales como la introducción extemporánea de alimentos complementarios, la frecuencia inadecuada de la alimentación, y la poca diversidad alimenticia de los alimentos complementarios, contribuyen a la malnutrición. Para intervenir de manera eficaz a fin de mejorar la nutrición, es importante identificar los principales desafíos que enfrentan los hogares y las comunidades.<sup>10</sup> Si bien se ha dedicado mucho esfuerzo para promover, apoyar e incrementar las tasas de LM, la alimentación complementaria ha recibido menor atención.

Datos de Encuestas Demográficas de Salud a nivel nacional ilustran que a pesar del hecho de que la mayoría de los LNP de Colombia, Guatemala y México son amamantados en algún punto de sus vidas, y aproximadamente la mitad de ellos son alimentados en la primera hora de vida, a la vasta mayoría se le ofrece líquidos y alimentos distintos de la leche materna en los primeros 6 meses de vida. Indicadores clave de LM y prácticas de alimentación complementaria en relación con las recomendaciones de mejores prácticas de alimentación de LNP de la Organización Mundial de la Salud (OMS), compiladas por la Iniciativa Mundial de

---

Tendencias de Lactancia Materna (WBTi, por sus siglas en inglés),<sup>11</sup> resaltan la deficiente duración de la LM en Colombia y México, y la deficiente alimentación complementaria en Guatemala.

### **2.2.3 Suplementos nutricionales a base de lípidos – en pequeñas cantidades (SQ-LNS)**

Los suplementos nutricionales a base de lípidos son pastas a base de lípidos de alta densidad energética que no requieren cocción o refrigeración, que han sido utilizados cada vez más para apoyar programas de alimentación complementaria en escenarios comunitarios para la prevención y tratamiento de la desnutrición.<sup>12, 13</sup> El SQ-LNS es definido actualmente como un LNS utilizado para la prevención de la desnutrición y la promoción del crecimiento y desarrollo. Los SQ-LNS por lo general se proporcionan en dosis de 20 g (~120 kcal) y están destinados a complementar el contenido nutricional de la dieta local, en particular con vitaminas y minerales, así como con ácidos grasos esenciales.<sup>14</sup> No están previstos para sustituir o reducir la LM o la diversificación de las dietas infantiles con alimentos locales.<sup>15</sup>

La evidencia reciente sugiere que el uso de SQ-LNS para la fortificación en casa puede ser una intervención efectiva para suplir las necesidades de nutrientes durante los primeros 1000 días en contextos donde comúnmente se usan alimentos complementarios de baja densidad nutricional.<sup>16</sup> Sin embargo, existe un vacío de información sobre los efectos del SQ-LNS (con su alto contenido de grasa y azúcar) en los patrones de alimentación y la salud a largo plazo.<sup>17</sup> Esto es un tema importante especialmente en contextos de transición nutricional y al considerar la evidencia que vincula la alimentación infantil con el sobrepeso y la obesidad.

La evidencia sugiere que el SQ-LNS puede integrarse a las dietas de LNP sin desplazar la leche materna u otros alimentos,<sup>18</sup> logrando mejorar las prácticas de alimentación complementaria en curso.<sup>12, 19-22</sup> La cultura alimentaria, la calidad de la dieta y los niveles de inseguridad alimentaria varían mucho entre países y regiones, y al interior de los mismos, por lo que es importante comprender cómo los productos, como el SQ-LNS, afectan la ingesta de alimentos en diferentes lugares.

**Tabla 1. Valor nutricional de Enov' Nutributter® Vitalito (Nutriset 2017, 29.05.2017)**

Para 20 g (cantidad diaria recomendada)	
Energía	118 Kcal
Proteínas	2.6 g
Lípidos	9.6 g
Calcio	280 mg
Ácido linoléico	2.81 g
Ácido $\alpha$ -linolénico	0.58 g
Fósforo	190 mg
Potasio	200 mg
Magnesio	40 mg
Zinc	8 mg
Cobre	0.34 mg
Hierro	9 mg (10 mg in Mexico)
Yodo	90 $\mu$ g
Selenio	20 $\mu$ g
Manganeso	1.2 mg
Vitamina A	0.4 mg (0 mg in Guatemala)
Vitamina B1	0.3 mg
Vitamina B2	0.4 mg
Niacina	4.0 mg
Ácido pantoténico	1.8 mg
Vitamina B6	0.3 mg
Ácido fólico	80 $\mu$ g
Vitamina B12	0.5 $\mu$ g
Vitamina C	30 mg
Vitamina D	5 $\mu$ g
Vitamina E	6.0 mg
Vitamina K	30 $\mu$ g
Sodio	20 mg

---

#### 2.2.4 Base lógica para la investigación formativa

Considerando el contexto de la **DOBLE CARGA DE LA MALNUTRICIÓN** en América Latina, y la relación entre las prácticas inadecuadas de alimentación de LNP y el riesgo de sobrepeso y obesidad, se diseñó un producto de SQ-LNS sin endulzantes. El SQ-LNS sin endulzantes *Vitalito* constituye la base de la intervención de Spoon en Colombia, Guatemala y México. Aunque este producto tiene el potencial de mejorar la suficiencia de nutrientes de LNP en entornos de pobreza, debe ser aceptable para la población objetivo para lograr esta meta.

En el presente documento se describe la investigación formativa realizada por un equipo multi-cultural de investigadores con el propósito de desarrollar una estrategia de CCC para promover la LM exclusiva (LME), prácticas adecuadas de alimentación complementaria y el uso de SQ-LNS sin endulzantes.

El BID contrató a Global Alliance for Improved Nutrition (GAIN) para realizar la investigación formativa y diseñar la estrategia de CCC en Colombia, Guatemala y México. GAIN, en colaboración con sus socios, está trabajando para reducir la malnutrición mediante el uso de la fortificación alimentaria y otras estrategias destinadas a mejorar la salud y nutrición de poblaciones en riesgo.

---

## 3 OBJETIVOS Y METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

### 3.1 Objetivos principales del estudio

La investigación formativa generalmente se emplea para dar respuesta a un conjunto de preguntas que una agencia, formuladores de políticas, diseñadores o implementadores de programas y proyectos requieren para tomar decisiones acerca de acciones futuras con respecto a intervenciones en materia social, de salud pública o nutrición. En esta ocasión, la investigación formativa se utilizó para explorar prácticas de alimentación, comportamientos y creencias respecto a lactantes y niños pequeños (LNP) desde la perspectiva de un hogar. Los resultados de dicha investigación servirán como guía para el desarrollo de la estrategia de CCC de Spoon.

Esta investigación formativa busca generar recomendaciones para el desarrollo de una estrategia de CCC eficaz e innovadora para promover prácticas de alimentación adecuadas en LNP de 6 a 23 meses de edad en Colombia, Guatemala y México, en particular la introducción del SQ-LNS sin endulzantes (‘Vitalito’).

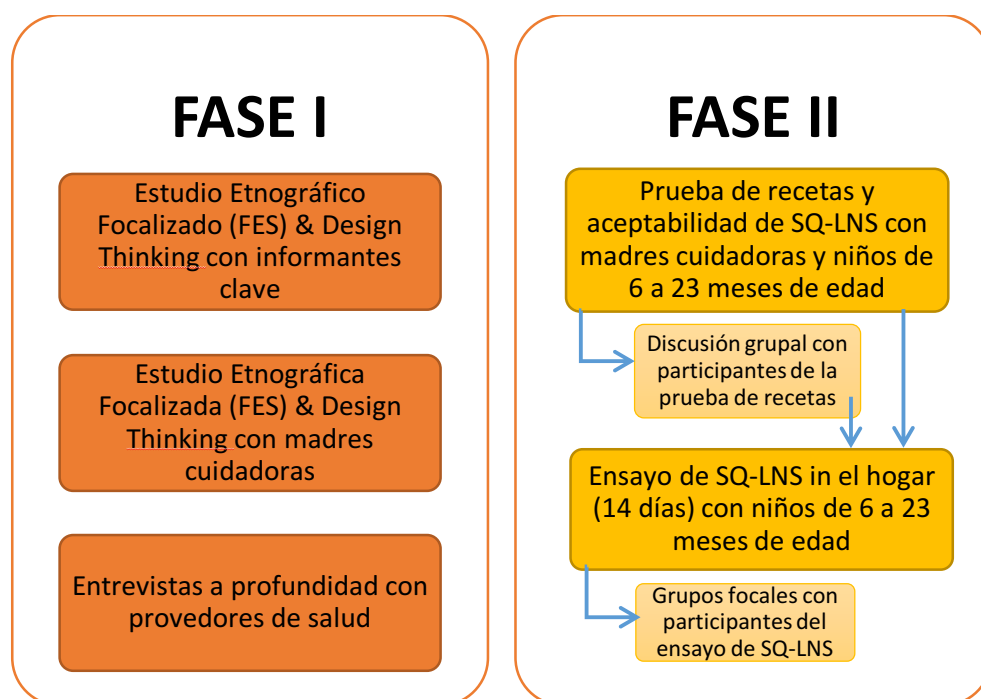
Esta investigación formativa tiene las siguientes áreas de investigación clave:

- Explorar el comportamiento alimentario de niños de 6 a 23 meses de edad
- Identificar tipos de alimentos complementarios de niños de 6 a 23 meses de edad
- Explorar las percepciones de las madres cuidadoras sobre las características de alimentos para LNP
- Examinar los desafíos que experimentan las madres cuidadoras, incluyendo aquellos relacionados con los alimentos y la alimentación
- Identificar los aspectos culturales y psicológicos de los comportamientos de alimentación y provisión de cuidado a LNP (incluyendo aquellos relacionados con la salud y la enfermedad)
- Evaluar las percepciones de las madres cuidadoras en torno a los suplementos de vitaminas y minerales

### 3.2 Diseño general del estudio

La investigación formativa siguió un protocolo común, el cual fue adaptado al contenido local en cada país. Consta de dos fases (**Cuadro 1**).

**Cuadro 1. Fases de la investigación formativa y componentes de estudio**



### 3.3 Objetivos del estudio por componente de estudio

Cada componente de estudio tuvo fines específicos, como se muestra en el (Cuadro 2).

**Cuadro 2. Objetivos de la investigación formativa por componente de estudio**

Estudio Etnográfico Focalizado (FES) y Design Thinking con informantes clave & madres cuidadoras	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprender los conocimientos, creencias, actitudes y prácticas de los cuidadores relacionados con el cuidado de LNP, en particular las prácticas de alimentación y uso de suplementos alimenticios.</li> <li>• Identificar atributos positivos que los cuidadores asocian con la alimentación, salud, nutrición, crecimiento y desarrollo de LNP que podrían usarse para promover la alimentación adecuada de LNP y el uso de SQ-LNS.</li> <li>• Identificar barreras y oportunidades para mejorar la alimentación de LNP y el uso de suplementos.</li> <li>• Identificar relaciones y jerarquías sociales y redes que podrían usarse para promover la alimentación adecuada de LNP y el uso de SQ-LNS.</li> </ul>
Entrevistas a profundidad con personal de salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprender creencias, acciones comunes, desafíos y estrategias utilizadas para el cuidado de LNP, en particular respecto a prácticas de alimentación desde la perspectiva del personal de salud.</li> <li>• Identificar atributos positivos que los cuidadores asocian con una adecuada salud, nutrición, crecimiento y desarrollo de LNP que podrían usarse para promover el SQ-LNS.</li> <li>• Determinar recursos a disposición del personal de salud así como necesidades y oportunidades de desarrollo de capacidades.</li> <li>• Comprender actitudes y experiencias relacionadas con la distribución y promoción de suplementos (como micronutrientes en polvos o MNP) en centros de salud.</li> <li>• Evaluar las actitudes del personal de salud hacia MNP y SQ-LNS, barreras esperadas y oportunidades y estrategias sugeridas para el uso de SQ-LNS.</li> </ul>
Desarrollo de recetas para incorporar Vitalito con alimentos y recetas locales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explorar la aceptabilidad del SQ-LNS sin endulzantes cuando se agrega a alimentos y comidas consumidos comúnmente por LNP.</li> <li>• Desarrollar recetas que permitan la integración de SQ-LNS a prácticas locales de alimentación de LNP.</li> <li>• Desarrollar estrategias prácticas para aumentar la aceptabilidad del SQ-LNS sin endulzantes.</li> </ul>
Discusiones en grupo después de la prueba de recetas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explorar factores subyacentes que afectan la aceptabilidad del SQ-LNS solo y mezclado con alimentos.</li> <li>• Explorar más a fondo las barreras y oportunidades para el uso de SQ-LNS en el hogar.</li> <li>• Explorar más a fondo los atributos positivos que los cuidadores asocian con el uso de SQ-LNS que podrían usarse para su promoción.</li> </ul>
Prueba de alimentación en casa con Vitalito por 14 días	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explorar la aceptabilidad y apego al uso diario prescrito de SQ-LNS en una casa por un periodo de 14 días.</li> <li>• Determinar barreras y oportunidades para el uso de SQ-LNS en el hogar.</li> <li>• Identificar atributos positivos que los cuidadores asocian con el uso de SQ-LNS que podrían usarse para su promoción.</li> </ul>
Discusiones en grupos focales después de la prueba de alimentación en casa con Vitalito por 14 días	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explorar factores subyacentes que afectan la aceptabilidad y apego al uso diario prescrito de SQ-LNS en un hogar por un periodo de 14 días.</li> <li>• Explorar más a fondo las barreras y oportunidades para el uso de SQ-LNS en el hogar.</li> <li>• Explorar más a fondo los atributos positivos que los cuidadores asocian con el uso de SQ-LNS que podrían usarse para su promoción.</li> </ul>

### 3.4 Metodología de la Fase I

La **TABLA 2** muestra una descripción de la metodología de la Fase I de la investigación.

**Tabla 2. Metodología de investigación formativa para la FASE I: Estudio Etnográfico Focalizado (FES), ‘Design Thinking’ y entrevistas a profundidad con proveedores de salud**

<b>1 • Estudio Etnográfico Focalizado (FES)<sup>2</sup> y ‘Design Thinking’<sup>3</sup> con cuidadores</b>		
<b>Participantes en el estudio</b>		
• <b>Informantes clave</b> – Madres o cuidadores principales de niños de 0 a 23 meses de edad con amplia experiencia en cuidado infantil		
• <b>Madres cuidadoras</b> – Madres o cuidadores principales de niños de 0 a 23 meses de edad (excepto en Guatemala <sup>1</sup> )		
<b>Metodología</b> • Entrevistas a profundidad en casas y centros de salud		
<b>Temas principales (módulos)</b>	<b>Instrumentos/herramientas</b>	<b>Preguntas</b>
<b>1 • Características demográficas y socioeconómicas</b>	Encuesta cuantitativa	¿Cuáles son las características sociodemográficas del hogar? ¿Cuáles son las condiciones de vida?
<b>2 • Cuidado de lactantes y niños pequeños (LNP):</b> creencias, acciones comunes, desafíos y dificultades encontrados y estrategias utilizadas. <sup>4</sup>	Entrevistas a profundidad de FES (semi-estructuradas)	¿Qué entienden los cuidadores por ‘cuidar bien a un LNP’? ¿Qué constituye un LNP saludable y cuáles son hitos clave en su desarrollo? ¿Cuál es el papel de los miembros de la familia en el cuidado de LNP?
	Clasificación en pilas de tarjetas de acción y de alimentos y bebidas (excepto en Guatemala <sup>5</sup> )	¿Cuáles son los desafíos y dificultades comunes que encuentran en el cuidado de LNP? ¿Cuáles son estrategias comunes utilizadas para superar estos desafíos?
<b>3 • Percepciones en relación a la salud, nutrición, crecimiento y desarrollo de LNP:</b> creencias, acciones comunes, desafíos y dificultades encontrados y estrategias utilizadas.	Clasificación en pilas de tarjetas de acción y alimentos en dimensiones, a saber (i) calidad de saludable, (ii) sabor, (ii) facilidad y conveniencia de preparación, y (iv) costo (excepto en Guatemala <sup>5</sup> )	¿Cuáles son creencias y comportamientos comunes respecto a la salud, nutrición, crecimiento y desarrollo de LNP? ¿Cuáles son términos y atributos comunes utilizados por cuidadores de LNP para hacer referencia a la salud, nutrición, crecimiento y desarrollo de LNP? ¿Cuáles son desafíos y dificultades comunes relacionados con la salud, nutrición, crecimiento y desarrollo de LNP? ¿Cuáles son estrategias comunes utilizadas por los hogares para superar estos desafíos? ¿Cuáles son atributos positivos que los cuidadores asociaron con la adecuada salud, nutrición, crecimiento y desarrollo de LNP que podrían usarse para promover Vitalito?
	Entrevistas a profundidad de FES (semi-estructuradas)	¿Cuáles son comportamiento, conocimientos y creencias comunes respecto a la LM y alimentación complementaria de LNP?
<b>4 • LM y alimentación complementaria:</b> creencias, acciones comunes, desafíos y dificultades encontrados y estrategias utilizadas.	Clasificación en pilas de tarjetas de acción y de alimentos y bebidas (excepto en Guatemala <sup>5</sup> )	¿Cuáles son términos y atributos comunes utilizados por cuidadores para hacer referencia a una adecuada alimentación de LNP? ¿Cuáles son desafíos y dificultades comunes relacionados

	Clasificación en pilas de tarjetas de acción y alimentos en decisiones, a saber (i) calidad de saludable, (ii) saber, (ii) facilidad y conveniencia de preparación, y (iv) costo (excepto en Guatemala <sup>5</sup> )	con la alimentación de LNP? ¿Cuáles son estrategias comunes utilizadas por los hogares para promover una adecuada alimentación de LNP? ¿Cuáles son atributos positivos que los cuidadores asociaron con la alimentación de LNP que podrían usarse para promover el Vitalito? ¿En qué alimentos o recetas podría mezclarse el Vitalito? ¿Cuáles son posibles barreras para el uso del Vitalito?
<b>4 • Uso de suplementos y fortificación en casa:</b> creencias, acciones comunes, desafíos y dificultades encontradas y estrategias utilizadas.	Recordatorio alimentario de 24 horas para el niño objeto de estudio  Entrevistas a profundidad de FES (semi-estructuradas)	¿Cuáles son alimentos y bebidas consumidos comúnmente por LNP? ¿En qué alimentos o recetas podría mezclarse el Vitalito?  ¿Cuáles son percepciones y creencias comunes relacionadas con micronutrientes? ¿Cuáles son prácticas comunes de suplementación y fortificación en casa? ¿Cuáles son atributos positivos de micronutrientes que podrían usarse para promover el Vitalito?
<b>5 • Aspiración para el futuro de los LNP</b>	Entrevistas a profundidad de FES (semi-estructuradas)	¿Cuáles son aspiraciones comunes de los cuidadores para el futuro de los LNP?
<b>6 • Actores que afectan las decisiones respecto al cuidado de LNP (alimentación y enfermedades)</b>	Escenario comunitario (SOMOS)	¿Cuáles son factores clave que afectan la toma de decisiones relacionada con la alimentación de LNP y el cuidado de LNP durante una enfermedad? ¿Cuáles son influencias comunitarias comunes? ¿A qué redes de apoyo social tienen acceso las nuevas madres cuando necesitan apoyo en la alimentación de LNP o cuando su LNP está enfermo?
<b>7 • Medios de comunicación usados en el hogar y actividades de tiempo libre</b>	‘Design thinking’ (SOMOS)	¿Cuáles son medios de comunicación comunes, como el uso de tecnologías (uso de teléfono inteligente, televisión, radio, Internet, etc.), entre los cuidadores? ¿Cuáles son actividades de tiempo libre comunes? ¿Cuáles son influencias comunitarias comunes? ¿Cuáles son posibles canales de entrega para una estrategia de CCC dirigida a los cuidadores? ¿Cuáles son interacciones e influencias sociales que afectan el cuidado de LNP (es decir, ¿de quién aprenden los cuidadores a cuidar de los LNP?) ¿A qué redes de apoyo social tiene acceso las nuevas madres?

<b>2 • Entrevistas a profundidad con proveedores de salud</b>		
<b>Participantes en el estudio • Proveedores de salud</b>		
<b>Metodología • Entrevistas a profundidad en centros de salud</b>		
<b>Temas principales (módulos)</b>	<b>Instrumentos/herramientas Preguntas</b>	
<b>1 • LM y alimentación complementaria:</b> creencias locales, prácticas comunes, barreras y facilitadores	Entrevistas a profundidad (semi-estructuradas)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuáles son prácticas locales de alimentación de LNP?</li> <li>• ¿Cuáles son las barreras que los cuidadores enfrentan con respecto a una alimentación adecuada de LNP, incluyendo LM exclusiva por 6 meses, LM continua por 2 años, alimentación complementaria oportuna y adecuada y</li> </ul>

---

**2 • Recursos a disposición del proveedores de salud respecto a la promoción de prácticas adecuadas de alimentación de LNP**

**3 • Preferencias respecto al desarrollo de capacidades relacionadas con la alimentación de LNP**

**4 • Prácticas actuales (protocolos) respecto a la promoción de una alimentación adecuada de LNP y el uso de suplementos**

**5 • Percepciones relacionadas con el Vitalito y perspectivas sobre cómo promover el uso de Vitalito y estrategias para superar posibles barreras de uso**

**6 • Medios de comunicación utilizados en el hogar, actividades de tiempo libre e influencias comunitarias**

‘Design thinking’ (SOMOS)

uso de suplementos?

- ¿Cuáles son atributos positivos que los cuidadores asocian con la alimentación complementaria y el uso de suplementos que podrían usarse para promover el uso de Vitalito?
- ¿Qué recursos se encuentran a disposición de los profesionales de la salud respecto a las prácticas de alimentación de LNP, y qué información y necesidades de capacitación/formación?
- ¿Cuáles son las formas/estrategias para la difusión de capacitación, entrenamiento y educación?
- ¿Cuál es el conocimiento de los profesionales de la salud relacionado con las prácticas de alimentación de LNP y el uso de suplementos?
- ¿Cuál es el consejo de alimentación de LNP que se da a cuidadores en centros de salud, y cuáles son las principales barreras que se encuentran en su impartición?
- ¿Qué suplementos de micronutrientes son recomendados o distribuidos en centros de salud, y cuáles son las barreras principales para su distribución?
- ¿Cuáles son las instrucciones y mensajes que podrían comunicarse a los cuidadores para promover el uso de Vitalito?

¿Cuáles son medios de comunicación comunes, tales como el uso de tecnologías (uso de smartphones, televisión, radio, Internet, etc.), entre los proveedores de salud que podrían usarse para el desarrollo de capacidades?

¿Cuáles son medios de comunicación comunes entre los cuidadores?

¿Cuáles son actividades de tiempo libre comunes?

¿Cuáles son posibles canales de entrega para una estrategia de CCC dirigida a los cuidadores?

---

<sup>1</sup> En Guatemala solo se entrevistó a informantes clave, todos los informantes clave también eran cuidadores principales; <sup>2</sup> Los FES “I. Protocolo para el informante clave cuidador” y “II. Protocolo para el encuestado cuidador” fueron adaptados; <sup>3</sup> Metodología diseñada por SOMOS usando conceptos de ‘Design thinking’; <sup>4</sup> Realizado con informantes clave únicamente, y utilizado para desarrollar tarjetas de acción para la entrevista con cuidadores principales; <sup>5</sup> Realizado con cuidadores principales únicamente; <sup>6</sup> Realizado con informantes clave únicamente, y utilizado para desarrollar tarjetas de acción de alimentos y bebidas complementarios para la entrevista con cuidadores principales.

### 3.4.1 Estudio Etnográfico Focalizado (FES)

La primera parte de la investigación formativa emplea una adaptación de la metodología propuesta en el Estudio Etnográfico Focalizado (FES, por sus siglas en inglés) de los determinantes de la alimentación de niños con edades entre 0 y 23 meses. La metodología del FES fue desarrollada explícitamente por GAIN para la toma de decisiones basada en evidencia relacionada con el diseño e implementación de intervenciones para mejorar la nutrición del LNP.<sup>23, 24</sup> El FES se desarrolló para lograr comprender los conocimientos locales sobre las prácticas de alimentación del niño. El FES genera ‘*in-sights*’ (apreciaciones) profundas sobre los factores que influyen y determinan las decisiones relacionadas con la alimentación del niño, así como de las barreras que obstaculizan sus cambios.<sup>24</sup>

El FES recaba información sobre las acciones de cuidado en niños pequeños en la comunidad, los problemas que enfrentan para el cuidado de los niños y sus respectivas soluciones, las percepciones sobre salud, crecimiento y desarrollo del niño, las estrategias para apoyar la salud infantil (incluyendo LM), además de las técnicas de fortificación en casa con vitaminas y minerales. El FES permitirá entender el contexto desde la perspectiva emic, es decir, desde la perspectiva de las personas que integran la misma cultura o sociedad. Recaba el conocimiento local en términos de cómo se comportan e interactúan las personas de la comunidad, cuáles son sus creencias, sus valores, y sus motivaciones.<sup>23, 24</sup>

El instrumento FES de IC fue adaptado de su versión original y complementado con módulos adicionales. Los módulos del instrumento se adaptaron al contexto local de cada país y a las necesidades particulares de este estudio. El FES emplea métodos mixtos que incluyen el uso de la etnografía (por ejemplo, discusiones guiadas con cuestionarios abiertos y mapeo cognitivo) y el uso de entrevistas estructuradas. El instrumento para realizar el FES está compuesto por una serie de módulos diseñados para obtener información sobre los componentes del modelo cultural-ecológico sobre el cual se basa su marco lógico.<sup>24</sup>

El FES se realizó con informantes clave y madres cuidadoras de niños menores de 2 años.

**Informantes clave (IC)** son madres o cuidadores principales (por ejemplo, abuelas) de niños de 0 a 23 meses de edad, que tienen amplia experiencia en el cuidado de los niños

**Madres cuidadoras (MC)** son madres o cuidadores principales de niños de 0 a 23 meses de edad

## Mapeo cognitivo

Durante las entrevistas con madres cuidadoras en Colombia y México, se usaron dos técnicas de mapeo cognitivo:

- Categorización de alimentos del LNP, en donde las madres calificaron alimentos comunes del LNP según las dimensiones de (i) saludable, (ii) gusto del niño, (iii) facilidad en la preparación y (iv) costo, usando una escala de 3 puntos (muy/mucho, neutral o poco)
- Clasificación en pilas ('pile sorting')<sup>25</sup> de alimentos y cuidados del LNP. Esta técnica es útil para revelar cómo es que los cuidadores principales organizan sus creencias y conocimientos acerca de los cuidados y alimentos del LNP y las relaciones que perciben entre ellos. En este ejercicio se le pidió a las madres que agruparan los alimentos y cuidados comunes del LNP según consideraban apropiado.

Para ambos ejercicios, se utilizaron tarjetas con imágenes de los alimentos más comúnmente consumidos por LNP y las acciones asociadas con el cuidado infantil en el contexto local. La información recopilada durante las entrevistas con informantes clave, que incluyó un recordatorio alimentario de 24h de LNP, se empleó para desarrollar la lista de alimentos y cuidados utilizados.

## 'Design Thinking' y oportunidades para innovaciones de Impacto Social

A pesar de que el término "diseño" frecuentemente se asocia con la creación de productos y materiales atractivos, el diseño como tal es un proceso eficaz para resolver problemas y descubrir nuevas oportunidades. '*Design Thinking*' es un proceso con enfoque creativo para la solución de problemas que comienza por entender al usuario para el cual se está diseñando y termina con el diseño de soluciones que se adaptan a las necesidades de estos usuarios. Esta metodología puede aplicarse a casi cualquier desafío de innovación, ya que las soluciones están centradas en el usuario. Esto se logra a través de la comprensión de las necesidades insatisfechas o no articuladas de los usuarios finales o beneficiarios de las soluciones creadas.

El proceso de '*Design Thinking*' se divide en cuatro fases:

- **DESCUBRIR:** Entender al usuario y su contexto para descubrir hallazgos e identificar nuevas oportunidades
- **IMAGINAR:** Convertir hallazgos e información que aparenta no estar relacionada, en soluciones que promueven e inspiran cambio
- **ENSAYAR:** Convertir ideas abstractas en intervenciones concretas para permitir momentos de retroalimentación y de mejora
- **CREAR:** Sintetizar los aprendizajes para proporcionar recomendaciones, estrategias y materiales que permitan la implementación.

La metodología de '*Design Thinking*' fue utilizada para la identificación de actores clave que afectan las decisiones con respecto a la alimentación de LNP y el cuidado de LNP durante la enfermedad. Como parte de la entrevista a profundidad, se le contaban 2 historias breves a los participantes. La primera historia le pedía a la madre que imaginara que tenía un bebé con diarrea, y la segunda historia le pedía a la madre que imaginara que tenía un bebé que estaba listo para iniciar con alimentación complementaria. Luego se le pedía que indicara a quién o dónde acudiría para recibir atención y a quién o dónde irían en busca de consejo (a quienes harían caso). Adicionalmente, se le preguntaba quién les daría consejo sin que se lo pidieran. Esto para comprender quién influye en las madres en lo que se refiere a comportamiento y prácticas de alimentación y

---

cuidado durante la enfermedad. Incluso si la madre no ha pedido consejo, es probable que acepte y/o actúe de acuerdo con dicho consejo.

Además, se diseñaron herramientas para conocer los medios de comunicación utilizados en el hogar y las actividades comunes durante el tiempo libre de las madres.

### **3.4.2 Entrevista a profundidad con proveedores de salud**

Estas entrevistas generaron información relacionada con las prácticas de promoción de productos similares al SQ-LNS en las unidades de salud, la opinión del personal en relación al nuevo suplemento, su perspectiva sobre la mejor forma de promoverlo y posibles barreras para su adecuada promoción y uso. Además, se indagó sobre las prácticas locales de alimentación y LM, las actividades de promoción de LM y AC que se realizan en las instalaciones de salud y las preferencias de los proveedores de salud para recibir capacitaciones en temas de salud.

### 3.5 Metodología de la Fase II

Una descripción de la metodología de la Fase II se muestra en la **TABLA 3**.

**Tabla 3. Metodología de investigación formativa para la FASE II: Pruebas de recetas y prueba de alimentación domiciliar por 14 días para explorar la aceptabilidad y uso de Vitalito**

<b>1 • Desarrollo de recetas para incorporar Vitalito con alimentos y recetas locales</b>		
<b>Participantes en el estudio • Cuidadores</b> – Madres o cuidadores principales de niños de 6 a 23 meses de edad		
<b>Metodología</b> • Sesiones para el desarrollo de recetas dirigidas por un nutricionista local en lugares públicos como centros de salud, casas comunitarias o escuelas • Las sesiones fueron grabadas (audio)		
<b>Ejercicios</b>	<b>Instrumentos/herramientas</b>	<b>Preguntas</b>
<b>Ejercicio 1:</b> Aceptabilidad del cuidador de Vitalito	A cada participante se da una cucharada de Vitalito y se le pide que evalúe sus propiedades organolépticas.	¿Cuál es la aceptabilidad del Vitalito?
<b>Ejercicio 2:</b> Preparación por parte del cuidador de alimentos o comidas comúnmente consumidas con Vitalito (un solo sobre de 20 g)	A los cuidadores se les presentan 5 o 6 alimentos comúnmente consumidas por LNP y se les pide que preparen una comida con Vitalito que piensen que sería bien aceptado y completamente consumido por el niño. Se pide a los cuidadores que evalúen las propiedades organolépticas de las comidas elaboradas. Las comidas elaboradas son fotografiadas y pesadas antes y después de ofrecerlas.	¿Qué alimentos o comidas seleccionan los cuidadores principales para la adición de Vitalito?
<b>Ejercicio 3:</b> Aceptabilidad por parte de los LNP de Vitalito puro o mezclado con alimentos (un solo sobre de 20 g)	Se pide al cuidador que ofrezca Vitalito solo o mezclado con el alimento preparado en el ejercicio 2. Se le dan 15 minutos al cuidador para alimentar al niño y luego se le pide que se detenga. Se pide a los cuidadores que califiquen la aceptabilidad por parte del niño de la comida que se le ofreció. Se pesan las sobras de comida.	¿Cuál es la aceptabilidad del Vitalito puro o mezclado con alimentos?
<b>2 • Discusiones de grupos después de la prueba de recetas con Vitalito</b>		
<b>Participantes en el estudio • Cuidadores</b> – Madres o cuidadores principales de niños de 6 a 23 meses de edad que participaron en la prueba de recetas (subgrupo)		
<b>Metodología • Discusión grupal</b>		
<b>Módulo</b>	<b>Instrumentos/herramientas</b>	<b>Preguntas</b>
Discusión grupal: Exploración cualitativa de experiencias de cuidadores con recetas con Vitalito	Discusiones de grupos con participantes en la prueba de recetas con Vitalito	¿Cuáles son barreras y oportunidades para el desarrollo de recetas con Vitalito? ¿Cuáles son factores subyacentes que afectan la aceptabilidad del Vitalito solo y en recetas?

		<p>¿Cuáles son barreras y oportunidades para el uso de Vitalito en el hogar?</p> <p>¿Cuáles son atributos positivos que los cuidadores asocian con el uso de Vitalito que podrían usarse para su promoción?</p>
<p>Discusión grupal: Aceptabilidad del uso de una cuchara con ranuras para dar alimentos más espesos a LNP</p>	<p>A los cuidadores se les mencionan los riesgos de dar a LNP alimentos líquidos con baja densidad nutricional, y la importancia de dar comida espesa. Se les muestra una cuchara con ranuras, la cual fue diseñada para promover el uso de comidas de consistencia más espesa. Se pide a los cuidadores que intenten usar la cuchara para servir un caldo líquido y una papilla espesa. Las experiencias con la cuchara, y la posible aceptabilidad y utilidad se discuten dentro del grupo.</p>	<p>¿Los cuidadores perciben los alimentos de consistencia más espesa como más sanos para su niño?</p> <p>¿Cuáles son las reacciones de los cuidadores a la cuchara con ranuras?</p> <p>¿Cuál es la posible aceptabilidad y utilidad de la cuchara con ranuras?</p>

### 3 • Prueba de alimentación en casa con SQ-LNS por 14 días

**Participantes en el estudio • Cuidadores** - Madres o cuidadores principales de niños de 6 a 23 meses de edad

#### Metodología

- Prueba de alimentación en casa para el uso de Vitalito en el hogar
- Entrevistas en casa y monitoreo del uso de Vitalito

Visitas domiciliarias	Instrumentos/herramientas	Preguntas
<p><b>Visita 1:</b> Visita domiciliar inicial para:</p> <p>(i) hacer entrevista inicial,</p> <p>(ii) entregar 7 sobres de Vitalito,</p> <p>(iii) dar instrucciones claras sobre el uso de Vitalito (uso diario de Vitalito puro o añadido a alimentos o comidas) y materiales para hacer seguimiento de su uso (Calendario de Vitalito para monitorear uso de Vitalito y promover adherencia),</p> <p>(iv) demostrar el uso de Vitalito en alimentos o comidas comunes,<sup>1</sup></p> <p>(v) proporcionar una cuchara con ranuras (solo en Colombia).</p>	<p>Encuesta cuantitativa con cuidadores principales</p>	
<p><b>Visita 2:</b> Visita domiciliar después de 7 días de prueba para:</p> <p>(i) entrevistar al cuidador sobre el uso de</p>	<p>Encuesta cuantitativa con cuidadores</p>	<p>¿Cuál es la aceptabilidad y adherencia del Vitalito en el hogar?</p> <p>¿A qué alimentos y comidas añadieron</p>

Vitalito, alimentos a los que se añadió Vitalito, las sobras, si se compartió dentro del hogar, barreras y oportunidades para su uso, y estrategias aplicadas por cuidadores para aumentar el uso de Vitalito. (ii) registrar el uso de Vitalito como se registra en el calendario (iii) registrar el uso de Vitalito recolectando los sobres y pesándolos, (iv) entregar 7 sobres de Vitalito, (v) proporcionar una cuchara con ranuras (solo en Guatemala).	Registro del calendario de Vitalito  Recolección y pesaje de 7 sobres de Vitalito	Vitalito los cuidadores con mayor frecuencia? ¿Los cuidadores utilizaron la porción completa de Vitalito (20 g)? ¿Los LNP consumieron la comida completa, o hubo sobras? ¿El Vitalito fue compartido con otros miembros del hogar? ¿Qué efectos negativos y positivos del Vitalito percibieron los cuidadores? ¿Qué barreras y oportunidades para el uso de Vitalito percibieron los cuidadores? ¿Qué estrategias utilizaron los cuidadores para garantizar que el niño consumiera la porción completa de Vitalito diariamente?
<b>Visita 3:</b> Visita domiciliar después de 14 días de prueba para: (ver arriba, con excepción de la entrega de sobres de Vitalito)		
<b>Visita 3:</b> Observación del cuidador dando Vitalito a su niño usando una cuchara con ranuras.	Observación y registro del LNP siendo alimentado con Vitalito por el cuidador.  La comida con Vitalito añadido es fotografiada y pesada.	¿Cuál es la aceptabilidad por parte del niño de la comida elaborada con Vitalito? ¿El cuidador está usando técnicas de alimentación sensibles y perceptivas? ¿Qué estrategias utilizaron los cuidadores para garantizar que el niño consumiera la comida? ¿Cuál es la posible aceptabilidad y utilidad de la cuchara con ranuras?

#### 4 • Discusiones de grupos focales después de la prueba de alimentación en casa con Vitalito por 14 días

**Participantes en el estudio • Cuidadores** – Madres o cuidadores principales de niños de 6 a 23 meses de edad que participaron en la prueba de alimentación en casa con Vitalito por 14 días (subgrupo)

**Metodología** • Discusiones de grupos focales entre una sub-muestra de cuidadores principales

Módulo	Instrumentos/herramientas	Preguntas
Exploración cualitativa de experiencias de cuidadores con la prueba de alimentación en casa con Vitalito por 14 días	Discusiones de grupos focales con participantes de la prueba de alimentación en casa con Vitalito por 14 días.	¿Cuáles son factores subyacentes que afectan la aceptabilidad y el cumplimiento del uso diario prescrito de Vitalito en el hogar durante un periodo de 14 días? ¿Cuáles son barreras y oportunidades para el uso de Vitalito en el hogar? ¿Cuáles son atributos positivos que los cuidadores asocian con el uso de Vitalito que podrán usarse para su promoción?

<sup>1</sup> Únicamente para cuidadores que no participaron en el desarrollo de recetas con Vitalito.

### 3.5.1 Desarrollo de recetas para incorporar Vitalito con alimentos y recetas locales

Se desarrollaron sesiones dirigidas por un nutricionista capacitado con cuidadores principales para desarrollar recetas que incorporaran Vitalito con alimentos y recetas locales que pudieran integrarse a las prácticas locales de alimentación de LNP. Esta actividad se realizó para explorar estrategias para mejorar la aceptabilidad de

Vitalito entre LNP y proveer ejemplos concretos o recetas para su promoción en la estrategia de CCC de Spoon.

### ***Ejercicio 1: Aceptabilidad de las cuidadoras del Vitalito puro***

Después de mostrarles el sobre de Vitalito, se les pidió a las cuidadoras que probaran una cucharada de suplemento Vitalito y calificaran las características organolépticas de olor, color, sabor, textura y gusto general usando una escala hedónica con tres opciones: ‘*me gusta*’, ‘*ni me gusta ni me disgusta*’ y ‘*no me gusta*’. Además, se les pidió que explicaran el porqué de las calificaciones otorgadas.

### ***Ejercicio 2: Preparación por las cuidadoras de alimentos con Vitalito (un solo sobre de 20 g)***

Para evaluar la experiencia de la madre en la preparación del producto, se le presentó una serie de alimentos previamente reportados como consumidos por los niños de esas edades y que están local y culturalmente disponibles.

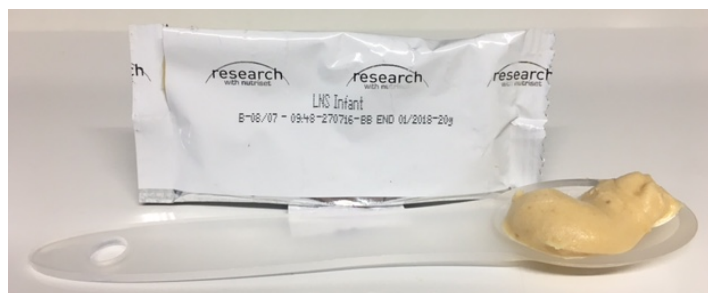
La madre preparó un sobre de Vitalito con uno o más alimentos de su selección, tomando en consideración (i) preparar una comida que fuera aceptada por el niño (ii) en las cantidades que podría comer en un tiempo de comida.

De la misma manera que en la parte anterior, la madre evaluó las características organolépticas de la preparación.

### ***Ejercicio 3: Aceptabilidad por los LNP del Vitalito puro o de la preparación de alimentos con Vitalito (un solo sobre de 20 g)***

En esta fase se pidió a la madre cuidadora que diera Vitalito a su niño (i) solo, directamente del sobre o (ii) en la preparación que hizo. La madre cuidadora evaluó el gusto de su niño por el Vitalito. Se indagó porqué la madre seleccionó dar el Vitalito solo o mezclado, así como las características del episodio de alimentación.

Para evaluar la cantidad de las preparaciones y el consumo de Vitalito, se pesó (i) el sobre de Vitalito usado, (ii) la porción de las preparaciones con Vitalito, (iii) las sobras de las preparaciones.



*Cuchara con ranuras desarrollada por una investigadora en la Universidad de Emory, EE.UU.*

### 3.5.1 Discusiones de grupos después de la prueba de recetas

Una vez concluidas las fases anteriores, las madres participaron en una discusión grupal acerca de su experiencia sobre el uso del Vitalito. Esta parte fue dirigida por un facilitador, quien indagó sobre las razones del gusto o disgusto del Vitalito, su preparación y aceptabilidad. También indagó sobre las posibles barreras y aspectos positivos que serían valiosos para la implementación de la prueba domiciliar (a corto plazo) y de la estrategia a mediano y largo plazo.

En la última parte de la discusión grupal se presentó a las madres la “cuchara con ranuras”. Esta cuchara con ranuras se ha utilizado en diferentes contextos como herramienta para desincentivar dar caldos y sopas a niños pequeños y promover el uso de alimentos espesos con mayor valor nutricional. Cada madre pudo experimentar la diferencia entre la consistencia de alimentos líquidos y espesos utilizando la cuchara. Se exploró las impresiones de las madres sobre su uso.

### 3.5.2 Prueba de alimentación domiciliar con Vitalito por 14 días

Un grupo de madres cuidadoras participó en un ensayo en el cual ofrecieron *Vitalito* a su niño de 6 a 23 meses de edad en el hogar. Se les pidió que ofrecieran 1 sobre de Vitalito (20 g) una vez al día durante un periodo de 14 días. La instrucción para las madres fue que el Vitalito se podía ofrecer solo o mezclado con alimentos que generalmente se dan al niño.

Se dio la instrucción a las participantes de que dieran el suplemento completo a su niño cada día durante los 14 días de la prueba; sin embargo, se les pidió que reportaran cualquier sobrante y qué hizo con dichas sobras. Las participantes recibieron un calendario que contenía un bolsillo con una tarjeta para cada día de la semana, para registrar detalles sobre el consumo del Vitalito, las sobras, si se dio mezclado con alimentos o solo, y finalmente si le gustó al niño. El calendario podía ser colocado en el lugar elegido por ella, preferiblemente visible, a fin de ayudarla a recordar ofrecer el Vitalito al niño. Junto con el calendario se dieron las instrucciones de uso por escrito, un lapicero, y unas tijeras para abrir el empaque de Vitalito.



*Vitalito ofrecido a madres cuidadoras en la prueba de alimentación domiciliar*

---

Todas las participantes recibieron 3 visitas domiciliarias realizadas por un nutricionista-dietista y una asistente de campo capacitada. Las actividades de cada entrevista se resumen en la **TABLA 3**.

### **Primera visita**

- Se verificó que el niño estaba sano, que no presentara alergias o intolerancia alimentaria ni siguiendo algún régimen alimentario especial, ni hubiese presentado diarrea los tres días previos a la visita.
- Se aplicó una breve entrevista que incluyó las características socio-demográficas y el estado de salud del niño.
- Posteriormente, se instruyó sobre el uso adecuado del Vitalito, las dosis de preparación utilizando los 20 g de producto completo, solo o acompañado con alimentos.
- Además, se les entregó el Vitalito para los primeros 7 días de uso y el calendario para colocarlo en un lugar que les recordara darlo.

### **Segunda visita**

- Transcurridos los 7 primeros días, se realizó una segunda visita para hacer seguimiento a la madre y al niño sobre el consumo del Vitalito. Esta visita permitió aclarar dudas e identificar problemas con el uso del Vitalito.
- Se realizó una breve entrevista semi-estructurada con la cuidadora sobre las experiencias con el uso de Vitalito, dosis suministrada, frecuencia de consumo, aceptabilidad del niño, efectos secundarios relacionados con el consumo del suplemento (por ejemplo, presencia de náuseas, vómito, diarrea, alergias), el estado de salud del niño, barreras en el consumo, estrategias para garantizar el consumo completo del Vitalito y experiencia con el calendario.
- El personal de campo revisó el calendario con los registros diarios completados por la madre acerca del uso del suplemento, además de recolectar y pesar los desechos de los empaques vacíos de la semana anterior que se habían dejado en los bolsillos del calendario.
- Se les entregaron los sobres de Vitalito para los siguientes 7 días, los cuales se dispusieron en los bolsillos del calendario.
- En esta visita se les entregó una cuchara con ranuras y se les explicó su uso orientándolas sobre la consistencia de los alimentos que debían recibir los niños, para obtener alimentos con adecuada densidad nutricional. Se les pidió que durante la segunda semana la utilizaran para alimentar a su niño.

### **Tercera visita**

- Transcurridos los 14 días, el personal de campo realizó la tercera visita, donde se aplicó una entrevista semi-estructurada final, similar a la utilizada durante la segunda visita. Además se les pidió que compartieran experiencias con el uso de la cuchara con ranuras.
- Asimismo se recolectaron las tarjetas de registro y los desechos de los empaques vacíos, y se pesaron los empaques.

---

### 3.5.3 Grupos focales después de la prueba de alimentación domiciliar con Vitalito por 14 días

Se realizaron grupos focales con participantes de la prueba de alimentación domiciliar que estaban dispuestos y disponibles para compartir sus experiencias. Las madres compartieron sus preferencias para administrar el producto, las dificultades y facilitadores para su uso, entre otros. Además, se les solicitó sus recomendaciones sobre cómo promover el Vitalito con otras madres de su comunidad, cómo podría distribuirse el producto, cómo recordar a las madres su uso en el hogar, cómo desechar adecuadamente los empaques utilizados, etc.

Para facilitar los grupos focales, se empleó una guía semi-estructurada de preguntas elaborada en el protocolo y preguntas emergentes definidas del análisis de los resultados de las pruebas en el hogar.



*Foto: Madres participando en grupos focales en Guatemala*

## 3.6 Localidades de estudio

### 3.6.1 Colombia: Pasto, Nariño

El Departamento de Nariño está localizado en el sur de Colombia, en la región del Pacífico (FIGURA 1). Posee una extensión de 33, 268 km<sup>2</sup> y cuenta con 64 municipios, 230 corregimientos, agrupados en 5 regiones: Tumaco-Barbacoas, antigua provincia de Obando, La Unión, Túquerres y Pasto. Pasto, oficialmente llamado San Juan de Pasto, es la capital de Nariño. La ciudad de Pasto se encuentra en el Valle de Atriz, en la Cordillera Andina. Su altitud es de 2, 527 m (8, 291 ft.), con temperaturas que oscilan entre 9°C y 18°C y una precipitación de 800 mm anualmente.

**Figura 1** Mapa del Departamento de Nariño, Colombia



La ciudad tiene una población de aproximadamente 416,842 habitantes con 32,059 niños menores de 5 años, lo que representa aproximadamente 25.1% de la población de los habitantes del departamento.

### Situación nutricional y de salud de los niños en Nariño

La inseguridad alimentaria o falta de acceso a los alimentos es un problema en el país. Según la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia (ENSIN), 42.7% de la población enfrenta dificultad para acceder a los alimentos en sus hogares. Esta situación se incrementa a 67.7% en Nariño, siendo la prevalencia más elevada de todo el país.<sup>26</sup> La desnutrición crónica (talla/edad  $\leq 2$  DE) afecta a 13.2% de los niños a nivel nacional y a 16.5% en Nariño.<sup>26</sup>

La prevalencia de sobrepeso (IMC/edad  $> 1$  a  $\leq 2$  SD) es 20.2% a nivel nacional, mientras que en Nariño alcanza 25.4%. La obesidad (IMC/edad  $> 2$  SD) afecta a 5.2% de los niños a nivel nacional y a 4.6% a nivel departamental. El mayor riesgo de obesidad se observa en el primer hijo, cuando existe más de 48 meses de diferencia entre los hermanos y en niños con madres con mayor nivel educativo y estrato social más alto.<sup>25</sup>

Las deficiencias de micronutrientes en los niños en la primera infancia son elevadas, constituyéndose un problema de salud pública. Desde la gestación, el estado nutricional de la madre ya afecta al infante. Aproximadamente una de cada cinco mujeres gestantes entre 13 y 49 años tiene anemia, la mitad por

deficiencia de hierro. A nivel de país, la prevalencia de anemia en los grupos etarios de 6 a 11 meses y 6 a 59 meses de edad es de 60.0% y 27.5%, respectivamente. En Nariño, en los niños de 6 a 59 meses, es de 39.4%. Asimismo, la prevalencia nacional de deficiencia de vitamina A y zinc en niños de 1 a 4 años de edad es 24.3% y 43.3%, respectivamente. En Nariño, el 56.5% de los niños de 1 a 4 años tiene deficiencia de zinc.<sup>25</sup>

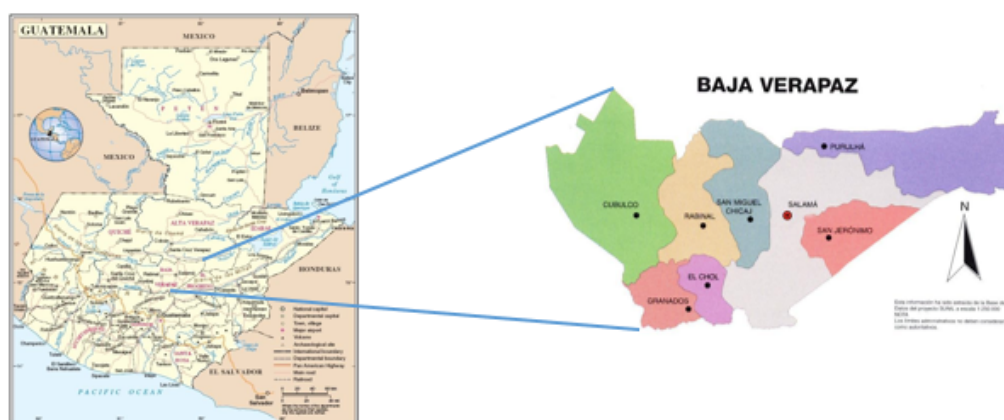
### Localidades seleccionadas para la investigación formativa

El Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Instituto Departamental de Salud de Nariño, Pasto Salud<sup>1</sup>, y el BID participaron en la selección de las comunidades participantes de la investigación. Las comunas seleccionadas ubicadas en la zona urbana fueron **LA ROSA** y **TAMASAGRA**, mientras que en las zonas rurales se seleccionó a los corregimientos de **CATAMBUCO** y **LA LAGUNA**. Las comunas estaban localizadas en la propia ciudad de Pasto, mientras que los corregimientos se ubican entre 30 y 45 minutos de la ciudad por carretera asfaltada de fácil acceso. El BID sugirió seleccionar las comunidades de acuerdo a la recomendación de Pasto Salud, el cual recomendó incluir comunidades de estratos bajos, con centros de salud dispuestos a colaborar con el estudio y con presencia de madres indígenas.

### 3.6.2 Guatemala: Baja Verapaz

Baja Verapaz se encuentra localizado en el área central de Guatemala, en la región conocida como el Corredor Seco; ha experimentado lluvias irregulares y sequía. Baja Verapaz tiene una superficie de 3, 125 km<sup>2</sup>; limita al norte con el departamento de Alta Verapaz, al sur con Guatemala, al este con El Progreso y al oeste con El Quiché. Baja Verapaz está conformado por un total de 8 municipios: Salamá, San Miguel Chicaj, Granados, Cubulco, Santa Cruz El Chol, San Jerónimo Verapaz, Purulhá y Rabinal (**FIGURA 2**).

**Figura 2** Mapa del Departamento de Baja Verapaz, Guatemala



<sup>1</sup> Pasto salud es es una entidad pública, descentralizada, del orden municipal, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, adscrita a la Dirección Municipal de Salud (<http://www.pastosaludese.gov.co/index.php/nuestra-empresa/quienes-somos>)

---

La población de Baja Verapaz está conformada por un total de 215,915 habitantes, que tiene en su mayoría características de ruralidad (73 %) e indigenismo (58%). Se presentan dos grupos lingüísticos indígenas predominantes: El Achí, en los municipios de Rabinal, San Miguel Chicaj y Cubulco, y el Pocomchí en el municipio de Purulhá. Aunque el resto de los municipios también cuenta con población indígena, la mayoría son ladinos, cuyo idioma materno es el español.

Baja Verapaz presenta retos sociales importantes, tales como porcentajes de pobreza elevados que van de 54.2% a 87.58% en sus 8 municipios, así como Índices de Desarrollo Humano entre 0.639 y 0.512 que lo clasifican en categorías de Calidad de Vida Media y Muy Baja, respectivamente, siendo Purulhá el municipio con indicadores más alarmantes.

### **Situación nutricional y de salud de los niños en Baja Verapaz**

Guatemala tiene un historial bien documentado de desnutrición crónica alarmante y generalizada,<sup>27</sup> con baja prevalencia de desnutrición aguda y prevalencia extremadamente alta de desnutrición crónica.<sup>28</sup> Los resultados de la Encuesta Demográfica de Salud de 2014/2015 indican que uno de cada dos (46.5%) niños menores de 5 años de edad tiene retraso de crecimiento, y 16.6% presentan talla extremadamente baja.<sup>28</sup> La prevalencia de retraso del crecimiento o baja talla ha ido disminuyendo sostenidamente desde 1985;<sup>29</sup> la prevalencia de baja talla fue 55.2%, 54.3% y 49.8% en 1995, 2002 y 2008/2009, respectivamente.<sup>30</sup>

La prevalencia de desnutrición crónica en Baja Verapaz es de 50.2% (<-2 DE), con 17.2% de desnutrición crónica severa (<-3 DE). Alrededor del 18.4% de los niños de 6-59 meses tienen anemia en Baja Verapaz, un punto porcentual por encima de la prevalencia total del país (17%). Baja Verapaz es uno de los departamentos priorizados por los problemas nutricionales que presenta.<sup>28</sup>

### **Localidades seleccionadas para la investigación formativa**

SPOON será implementado en las comunidades de Baja Verapaz seleccionadas por Fundazúcar y el BID. Esta selección se hizo tomando en cuenta indicadores sociales, presencia de instituciones socias y otros criterios. En conjunto con el BID y Fundazúcar, y luego de una visita de campo a Baja Verapaz, se decidió que este estudio se llevaría a cabo en los municipios de Cubulco, Purulhá y Salamá. **SALAMÁ** es municipio y cabecera departamental de Baja Verapaz, el cual reporta un crecimiento urbano y peri-urbano importante en los últimos 10 años y población principalmente del grupo étnico Achí. A pesar de dicho crecimiento, muestra indicadores preocupantes de pobreza y pobreza extrema. El municipio **CUBULCO** tiene los niveles de densidad poblacional más altos del Departamento pero también tiene características de ruralidad. Es el segundo municipios con mayores índices de pobreza y pobreza extrema, superado únicamente por Purulhá. Este municipio forma parte de la comunidad Maya Achí y 75.5% de su población pertenece a dicho grupo lingüístico. Se caracteriza por ser un municipio con comunidades aisladas y acceso limitado a servicios básicos de salud y educación, poniendo a su población en riesgos de inseguridad alimentaria nutricional y de sus efectos inmediatos. **PURULHÁ** es un municipio rural con grandes recursos naturales (reservas de bosque nuboso), con población de grupos étnicos Kekchí y Poqomchí. Presenta las tasas de natalidad e índices de pobreza y pobreza extrema más altos del departamento.

### **3.6.3 México: Del Nayar, Nayarit**

Del Nayar es un municipio en el estado mexicano de Nayarit ubicado en el extremo Oeste de México (**FIGURA 3**). Del Nayar es un municipio clasificado como de grado de marginación muy alto; ocupa el cuarto lugar

dentro de los municipios más pobres del país y el primer lugar en el estado de Nayarit. Es el municipio más extenso del estado; tiene 34,300 habitantes, de los cuales 5,231 son niños de 0-4 años.<sup>19</sup> El tamaño promedio del hogar es de 5.5 personas. Alrededor del 34% de los individuos mayores de 15 años son analfabetas.

Nayarit es un estado con diversidad étnica; importantes sectores de la población aún conservan sus idiomas originales y costumbres ancestrales. Alrededor de 50 mil personas hablan alguna lengua indígena, lo que representa 5% de la población. La mayoría de la población que habla un idioma indígena también habla español; se estima que solo 7,500 personas no hablan español. El huichol es común en los municipios Del Nayar, Tepic y La Yesca; mientras que el cora en Del Nayar.

**Figura 3 Mapa del estado de Nayarit y del municipio Del Nayar, México**



### Situación nutricional y de salud de los niños en Nayarit

Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) del 2012,<sup>31</sup> se estima que 302,279 (2.8%) menores de cinco años de edad presentan bajo peso, 1,467,757 (13.6%) baja talla y 171,982 (1.6%) emaciación, en todo el país.<sup>31</sup> En Nayarit el 7.1% de los menores de 5 años presenta baja talla, 2% emaciación y 0.7% bajo peso.<sup>31</sup> La prevalencia de baja talla en zonas urbanas es de 5.7% mientras que en localidades rurales es de 10.4%. La prevalencia de sobrepeso y obesidad es de 10.7%, 9.5% en localidades urbanas y 13.3% en rurales. La prevalencia de anemia en niños de 1 a 4 años de edad es de 17.2%, menor que la prevalencia nacional (23.3%).<sup>31</sup>

México atraviesa por una transición nutricional caracterizada por el aumento en las prevalencias de sobrepeso y obesidad y de enfermedades crónicas no transmisibles.<sup>32, 33</sup> Tiene una de las tasas de obesidad más altas del mundo, con 2 de cada 3 hombres y casi 3 de cada 4 mujeres con sobrepeso u obesidad. El sobrepeso entre niños menores de 5 años de edad aumentó de 7.8 a 9.7% entre 1988 y 2012.<sup>34</sup> El Estado de Nayarit tiene una prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad de 10.7%, desnutrición crónica del 7.1% y anemia del 17.7% en niños menores de 5 años de edad.<sup>31</sup>

### Localidades seleccionadas para la investigación formativa

Las localidades de estudio en el estado de Nayarit son colonias de zona urbana y comunidades rurales del estado cercanas a la ciudad de Tepic (lugar seleccionado para implementación). Se decidió por estas comunidades por la cercanía con la zona urbana que se eligió para la implementación; en la zona urbana de

estudio se incluyeron las colonias TIERRA Y LIBERTAD, VENCEREMOS, MONTE CARLO, RIVIERAS de LA LAGUNA, PUERTAS DE LA LAGUNA, ZITACUA, LA CABECERA MUNICIPAL DE HUAJICORI y SAN JUAN PEYOTÁN. Las zonas rurales de estudio fueron las comunidades: EL COLORADO, EL VIVERO-QUIVIQUINTA, HUAJICORI y EL RIITO.

### 3.7 Criterios de inclusión y exclusión para participantes del estudio

#### Participantes de la Fase I:

Para madres cuidadoras, se aplicaron los siguientes criterios de inclusión:

- madres o mujeres a cargo de los cuidados principales de niños de 0 a 23 meses de edad;
- capaces de expresar su opinión libremente;
- dispuestas a participar en la entrevista;
- pertenecientes al segmento pobre de la comunidad;
- provenientes de diferentes ubicaciones geográficas dentro de las áreas de estudio seleccionadas (como se describe anteriormente)
- dominio del idioma español (solo en Colombia)

Para madres cuidadoras, se aplicaron los siguientes criterios de exclusión:

- En México, beneficiarias del programa PROSPERA<sup>2</sup>
- En Guatemala, beneficiarias de algún otro tipo de suplemento, por ejemplo Chispitas o NutriButter, y cuyos niños no estén en periodo de recuperación nutricional

Para informantes clave, se aplicaron los mismos criterios de inclusión y exclusión, además de:

- líderes de opinión de la comunidad (abuelas, parteras, promotoras comunitarias).

Para proveedores de salud, se aplicaron los siguientes criterios de inclusión:

- médicos, enfermeras, auxiliares o promotores de salud que atienden en las localidades seleccionadas;
- capaces de expresar su opinión libremente;
- dispuestos a participar en la entrevista;

#### Participantes de la Fase II:

Para madres cuidadoras, se aplicaron los siguientes criterios de inclusión:

- madres o mujeres a cargo de los cuidados principales de niños de 6 a 23 meses de edad;
- capaces de expresar su opinión libremente;
- dispuestas a participar en la entrevista;
- pertenecientes al segmento pobre de la comunidad;
- provenientes de diferentes ubicaciones geográficas dentro de las áreas de estudio seleccionadas (como se describe anteriormente)

Para madres cuidadoras, se aplicaron los siguientes criterios de exclusión:

- En México, beneficiarias del programa PROSPERA
- Niños con enfermedades o diarrea hasta 3 días antes

---

<sup>2</sup> Programa de inclusión social en México (<https://www.gob.mx/prospera>)

---

Para las discusiones de grupos focales, todos los participantes de la prueba domiciliar de 14 días con Vitalito fueron invitados a participar. Sin embargo, solo aquellos con ánimo de participar y disponibles al momento de la discusión participaron.

### **3.8 Reclutamiento de participantes del estudio**

#### **En Colombia**

El reclutamiento de los participantes del estudio se llevó a cabo en los centros de atención primaria en salud pertenecientes a Pasto-Salud, ubicados en las dos comunas urbanas y los dos corregimientos rurales. Las participantes se identificaron con la ayuda de las autoridades regionales, el personal operativo de Pasto-Salud y las directoras en los centros de salud.

#### **En Guatemala**

Previo al reclutamiento, personal de FUNDAZÚCAR puso en contacto a las investigadoras con prestadores de servicios de salud del Área de Salud y Centros de Salud seleccionados. Con los proveedores de salud se acordó el método más adecuado para contactar a informantes clave y a otros proveedores de salud.

Todos los participantes fueron reclutados de forma individual con el apoyo de traductoras bilingües (Idioma Maya-Keqchí-Español e idioma Mata-Achí-Español) previamente capacitadas en el estudio, quienes también explicaron la naturaleza del mismo.

#### **En México**

Con ayuda de las autoridades regionales de la Secretaría de Salud de Nayarit (SSN) y el personal operativo de salud de las localidades seleccionadas, se identificaron a las participantes del estudio. La mayoría de los participantes fueron reclutadas en el centro de salud y otros fueron identificadas con el método “bola de nieve”, con la ayuda de las mismas madres que ayudaron a identificar a otras.

### **3.9 Procedimientos de recolección de datos**

La investigación formativa fue documentada con fotografías y/o videos, previo consentimiento informado, para generar información adicional sobre el contexto local de la población objetivo. Esta información facilitará el desarrollo de los materiales de comunicación interpersonal y masiva culturalmente pertinentes.

### **3.10 Análisis de datos**

#### **Análisis cuantitativo**

Todos los datos fueron ingresados a Excel y depurados de datos atípicos, y revisados en cuanto a respuestas faltantes. Se llevó a cabo un análisis descriptivo con SPSS V.18.

#### **Análisis cualitativo**

Para la organización de la información cualitativa generada en los grupos focales se tomaron como base las transcripciones textuales en idioma español llevadas por dos nutricionistas investigadoras, estas últimas con experiencia en esta tarea. La codificación de la información para los grupos focales se realizó tomando como base los temas relacionados a las preguntas generadoras, así como códigos emergentes que fueron

---

identificados en las transcripciones y la información de los cuadros utilizando el programa HYPERResearch® versión 3.7.3 en Guatemala, y N-vivo en Colombia y en México. El análisis se realizó con base en la teoría fundamentada de Glaser y Strauss; se construyeron categorías temáticas a partir de los datos y se analizaron las relaciones relevantes que se dan entre ellas. Asimismo, se realizaron codificaciones abiertas de la información (organización inicial dentro de las categorías conceptuales, buscando diferencias y similitudes entre las categorías y descubriendo los componentes principales y secundarios para organizarlos jerárquicamente).

### 3.11 Consideraciones éticas y aprobaciones

Cada componente del estudio contó con un formato de consentimiento informado.

A todos los participantes se les informó de los objetivos, riesgos, beneficios de participar en el estudio y sobre el uso de grabadora de audio y/o fotografías, en los casos en que se realizó. Se les solicitó la firma del formato de consentimiento informado en señal de aprobación, lo cual autorizó la participación de ellos y de sus niños en el estudio. Se les informó a todos los participantes sobre la posibilidad de retirarse del estudio en cualquier momento, y se les garantizó la confidencialidad y el anonimato.

Durante el ensayo domiciliar se notificó a las madres sobre el contenido del suplemento, la importancia de una dieta adecuada y sobre los beneficios y riesgos que puede brindar a los niños el uso del Vitalito.

Después de las entrevistas, las participantes recibieron un incentivo no monetario. La información sobre el incentivo no se les proporcionó sino hasta después de finalizada la entrevista, a fin de evitar sesgos de participación.

#### En Colombia

El proyecto SPOON Colombia fue presentado ante el Comité de ética de Pasto-Salud, que por unanimidad aprobó el estudio el 3 de junio de 2016. La única recomendación dada fue la oportuna divulgación de los resultados a nivel local, una vez culminado el estudio. Asimismo, el estudio fue presentado ante el Comité de Ética de la Universidad CES en Colombia (<http://www.ces.edu.co/>), el día 5 de septiembre de 2016, que aprobó la investigación.

#### En Guatemala

El protocolo de la FASE I del estudio fue aprobado por el Comité de Estudios en Humanos de Cessiam, el 26 de mayo de 2016. El protocolo de la FASE II del estudio fue aprobado por el Comité de ética ad hoc de la Vicerrectoría de Investigación y Proyección (VRIP) de la Universidad Rafael Landívar el 10 de noviembre de 2016. Además de la aprobación ética, se obtuvo apoyo y autorización para llevar a cabo el mismo estudio por parte del Área de Salud de Baja Verapaz en cualquiera de los municipios que conforman estos departamentos.

#### En México

El protocolo de este estudio fue aprobado por la Comisión de Ética de la Investigación del INSP, el 23 de mayo del 2016. El estudio contó además con la aprobación y el apoyo de la SSN.

### 3.12 Investigadores del estudio

La recolección de datos estuvo a cargo de los siguientes equipos locales:

- Colombia: consultoras investigadoras independientes.
- Guatemala: El Centro de Estudios en Sensoriopatías, Senectud e Impedimentos y Alteraciones Metabólicas (CESSIAM) y la Universidad Rafael Landívar (URL).
- México: El Departamento de Nutrición de Comunidades que forma parte del Centro de Investigación en Nutrición y Salud (CINyS) del Instituto Nacional de Salud Pública.
- El grupo consultor en ‘Design Thinking’ SOMOS

El equipo local en cada país recibió una capacitación sobre el FES por parte de la autora de dicha metodología e investigadores con experiencia en su aplicación.

Los supervisores, entrevistadores, intérpretes y transcritores se seleccionaron de acuerdo a las competencias requeridas para realizar esta investigación. El personal que realizó las entrevistas es del sexo femenino, por el tipo de información a indagar y por la experiencia en estudios anteriores, en los cuales se ha observado una mayor aceptación por parte de las entrevistadas, la familia y la comunidad a entrevistadoras mujeres. Para los supervisores y entrevistadores, la selección se basó en su experiencia previa en metodología cualitativa y en metodologías de evaluación dietética (preferentemente recordatorio de 24 horas) con niños y mujeres. Se reclutaron intérpretes con conocimiento del idioma local y del español y conocimiento sobre los alimentos locales disponibles en el área, incluyendo alimentos fortificados. Las pruebas de recetas se realizaron con nutricionistas previamente capacitadas para tal fin.

Previo al trabajo de campo, se capacitó al equipo de campo en los objetivos del estudio, los procedimientos de recolección de datos e instrumentos y mecanismos de supervisión y control de calidad. Se revisaron los instrumentos con el personal de campo con el doble propósito de familiarizarlos con las preguntas e ítems de cada módulo, y modificar dichos instrumentos de acuerdo a sus recomendaciones y experiencia, para garantizar su claridad y pertinencia en cada uno de los grupos.

Durante la capacitación, el personal de campo hizo una prueba piloto de los instrumentos en localidades similares a las seleccionadas para el trabajo de campo.

## 4 RESULTADOS DE LA FASE I

**E**n este capítulo presentamos los hallazgos del FES y los componentes de estudio IC y MC de ‘Design Thinking’, así como las entrevistas a profundidad con el PS que participó en la Fase I de la investigación formativa. Los resultados se presentan en 13 secciones: La Sección 1 presenta las características socio-demográficas de los participantes del estudio; las secciones 2 a 7 muestran los hallazgos del FES; las secciones 8 a 11 presentan los hallazgos de ‘Design Thinking’; y la sección 12 presenta actores de los mensajes y actividades educativas con base en las entrevistas a profundidad con el PS.

### 4.1 Características sociodemográficas de los participantes del estudio Fase I

La **TABLA 4** presenta un resumen de las características socio-demográficas de las muestras de estudio. Todos los cuidadores entrevistados eran la madre biológica del niño índice involucrado en el estudio.

#### En Colombia

**INFORMANTES CLAVE (IC):** Se entrevistaron a 12 madres de niños entre 0-23 meses.

**MADRES CUIDADORAS (MC):** Se entrevistaron a 28 madres de niños entre 0-23.

**PROVEEDORES DE SALUD (PS):** Se entrevistaron a 10 profesionales de la salud, todas mujeres. Participaron 4 médicas, 2 enfermeras y 4 auxiliares de enfermería.

#### En Guatemala

**INFORMANTES CLAVE (IC):** Se entrevistaron a 9 madres de niños entre 7-23 meses. Las madres entrevistadas fueron en su mayoría de origen Maya (n=6) pertenecientes al grupo lingüístico Maya Keq’chi (n=4) y Maya Achí (n=2) y 3 de ellas de origen mestizo.

**PROVEEDORES DE SALUD (PS):** Se entrevistaron a 8 proveedores de salud, 4 de cada municipio estudiado, 4 mujeres y 4 hombres. Las profesiones de los entrevistados incluyeron enfermeros auxiliares (n=4), enfermeros profesionales (n=2), un técnico en salud rural (n=1) y un educador (n=1), de los cuales la mayoría se desempeñaban en los centros de salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en municipales (n=5 en Purulhá) y un menor número en puestos de salud rurales (n=3 en Cubulco).

---

Los proveedores de salud reportaron desempeñarse en puestos relacionados a la salud pública en un rango de 3 a 20 años (mediana = 5.5 años) y ser en su mayoría bilingües en idioma Maya local y español (n= 5).

### **En Mexico**

**INFORMANTE CLAVE (IC):** Participaron 15 mujeres consideradas como líderes en la comunidad que tenían a su cargo a menores entre 6 y 23 meses de edad, habitantes de diferentes comunidades de Nayarit: 1 de El Colorado, 1 de El Vivero Quiviquinta, 2 de Huajicori, 3 de Riito, y 8 de Tepic (4 de ellas de la colonia Zitacua, colonia donde habitan indígenas).

**MADRES CUIDADORA (MC):** Participaron 16 mujeres que tenían a su cargo a menores entre 6 y 24 meses de edad, habitantes de diferentes comunidades de Nayarit: 1 de El Colorado, 1 de El Vivero Quiviquinta, 2 de Huajicori, y 9 de colonias de Tepic.

**PROVEEDORES DE SALUD (PS):** Se entrevistaron a 8 profesionales de la salud (4 médicos, 3 enfermeras y un promotor de salud) de diferentes unidades de salud: 3 de CSRD San Juan Peyotan de la localidad San Juan Peyotan perteneciente al municipio del Nayar, 3 de la Unidad de Salud Venceremos en la colonia Venceremos del municipio de Tepic, y 2 de la Unidad de Salud Tierra y Libertad de la colonia Tierra y Libertad, igual perteneciente al municipio de Tepic.

**Tabla 4. Características Socio-Demográficas de los Participantes de la Fase I**

Características de niños e informantes	Colombia				Guatemala		México			
	Informante Clave (n=12)		Madre Cuidadora (n=28)		Informante Clave (n=9)		Informante Clave (n=15)		Madre Cuidadora (n=16)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Edad del niño índice (meses)										
0-5	5	<b>42</b>	7	<b>25</b>	0	<b>0</b>	0	<b>0</b>	2	<b>13</b>
6-8	2	<b>17</b>	8	<b>29</b>	3	<b>33</b>	3	<b>20</b>	5	<b>31</b>
9-11	3	<b>25</b>	6	<b>21</b>	3	<b>33</b>	8	<b>53</b>	6	<b>38</b>
12-23	2	<b>17</b>	7	<b>25</b>	3	<b>33</b>	4	<b>27</b>	3	<b>19</b>
Sexo del niño índice										
Femenino	7	<b>58</b>	18	<b>64</b>	6	<b>67</b>	3	<b>29</b>	7	<b>44</b>
Masculino	5	<b>42</b>	10	<b>26</b>	3	<b>33</b>	12	<b>80</b>	9	<b>56</b>
Área de residencia										
Rural	6	<b>50</b>	14	<b>50</b>	3	<b>33</b>	7	<b>47</b>	6	<b>38</b>
Urbana	6	<b>50</b>	14	<b>50</b>	6	<b>67</b>	8	<b>53</b>	10	<b>63</b>
Edad del informante (años)										
19-24	2	<b>17</b>	15	<b>54</b>	-	-	8	<b>53</b>	10	<b>63</b>
25-30	5	<b>42</b>	5	<b>18</b>	-	-	1	<b>7</b>	4	<b>25</b>
31-49	4	<b>33</b>	8	<b>29</b>	-	-	6	<b>40</b>	2	<b>13</b>
Etnia										
Indígena	2	<b>17</b>	4	<b>14</b>	6	<b>67</b>	6	<b>40</b>	6	<b>38</b>
No indígena	10	<b>83</b>	24	<b>86</b>	3	<b>33</b>	8	<b>53</b>	10	<b>63</b>
Estado civil actual del encuestado										
Soltero	-	-	-	-	-	-	2	<b>13</b>	5	<b>31</b>
Casado	-	-	-	-	-	-	12	<b>80</b>	10	<b>63</b>
Divorciado	-	-	-	-	-	-	1	<b>7</b>	1	<b>6</b>
Viudo	-	-	-	-	-	-	0	<b>0</b>	0	<b>0</b>
Nivel educativo del informante										
Sin escolaridad	-	-	-	-	2	<b>22</b>	0	<b>0</b>	0	<b>0</b>
Primaria (grados 1-6)	1	<b>8</b>	10	<b>36</b>	4	<b>44</b>	3	<b>20</b>	1	<b>6</b>
Secundaria (grados 7-11)	5	<b>42</b>	14	<b>50</b>	3	<b>33</b>	7	<b>47</b>	7	<b>44</b>
Técnico universitario	6	<b>50</b>	4	<b>14</b>	-	-	3	<b>20</b>	6	<b>38</b>
Otro. Bachillerato	-	-	-	-	-	-	2	<b>13</b>	2	<b>13</b>
Ocupación del Encuestado										
Ama de casa	-	-	-	-	-	-	14	<b>93</b>	14	<b>88</b>
Ama de casa y agricultor	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Campesina	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Empleada	-	-	-	-	-	-	0	<b>0</b>	1	<b>6</b>
Artesanías	-	-	-	-	-	-	1	<b>7</b>	0	<b>0</b>
Comerciante	-	-	-	-	-	-	0	<b>0</b>	1	<b>6</b>

## 4.2 Cuidados del Niño

### En Colombia

Los cuidados mencionados fueron relacionados con la alimentación del niño y con los cuidados de atención, estimulación, aseo personal e higiene. Los más mencionados fueron dar solo el pecho por 6 meses, abrigarlo (por el clima frío de Pasto), jugar con el niño, darle amor y afecto, cambiarle los pañales, lavarle los juguetes y las manos con jabón, llevarlo al control médico y darle vitaminas, cuando lo necesita. Familiares como la abuela, amigos u otros dan consejos a la madre sobre los cuidados generales de los niños.

Hay madres muy cuidadosas y preocupadas con la atención de sus hijos, en especial en temas de alimentación y salud, mientras que otras son menos “juiciosas”, que no asisten a los controles médicos, ni de vacunas.

*“no van a vacunas, son descuidadas las mamás” (IC).*

La alimentación es una de las actividades fundamentales de cuidado del niño. Las madres o cuidadores destacan el esmero, cuidado y atención en todo lo relacionado con la alimentación de sus hijos e incluso de las madres cuando amamantan.

*“Primero que todo alimentándome bien yo, para que a él no le pase nada y cuidarlo de que no le vaya a pasar...” (IC).*

*“En lo de los alimentos, en cuidarle que no coma mucho dulce por lo de la caries, darle un buen desayuno, el almuerzo y la cena, e hidratarla.” (MC).*

*“Procuro darle una alimentación variada. Le doy cuatro comidas al día” (MC).*

Dentro de los cuidados del niño es común que la madre o cuidadora reporte la asistencia al control de niños sanos o de crecimiento y desarrollo. Las madres perciben que es muy común que los niños estén resfriados, por el clima frío y las brisas de Pasto.

*“Llevarla cuando tiene la cita, llevarla a control” (MC).*

*“...que el niño no se resfríe; que el niño con las vacunas estarlo cuidando en las noches...” (IC).*

Otros cuidados del niño están dirigidos a darle afecto y estimular al niño a través del juego o enseñándole habilidades.

*“Hablándole y jugándole o contándole cuentos” (IC)*

*“...consentirla, estar con ella y ya, dedicarle pues tiempo a ella” (MC).*

La higiene, aseo personal y de los utensilios con los que el niño se encuentra en contacto también juegan un papel importante dentro de la atención y cuidados de sus niños.

*“Los cuidados de Samuel son: el baño diario de todos los días para que él esté limpio, para que no se queme. Estarle limpiando los juguetes para que no hay ninguna infección en ellos, que su ropita que esté limpia. Que el lugar donde ellos se encuentran también esté limpio...” (IC).*

*“...Los objetos que ella coja que no estén contaminados o que estén limpios, lavarle las manos, hacerle el baño diario, limpiarle los dientes” (MC).*

## En Guatemala

Los cuidados mencionados incluyen aspectos de alimentación, higiene general, prevención y tratamiento de enfermedades. Pocas madres mencionaron aspectos relacionados al desarrollo tales como juegos.

*“Pues bañarla, cambiarle su ropita... eh... hay tantas cosas, eh... pues bañarla, alimentarla, cambiarla, ver que si está llorando darle algún remedio, acetaminofén o algo para ver si se calma y...” (IC)*

Los cuidados en la alimentación incluyen la compra de los alimentos que consume la familia y su preparación. Para el caso de los niños que aun consumen leche materna, el cuidado mismo de la madre para garantizar la cantidad y calidad de la leche es también considerado un cuidado importante.

*“Darle su pecho para que no se me vaya a empachar y ahora que come pues tener el cuidado de... de preparar con mucha higiene su comida porque también se le puede llenar de bacterias el estómago” (IC)*

Los actores involucrados en el cuidado del niño son las mismas madres, quienes actúan como las principales responsables, seguido por las abuelas (madres o suegras), y en pocos casos también los esposos. Las entrevistadas mencionaron que la información sobre el cuidado de los niños debe ir dirigida a las personas involucradas en la toma de decisiones sobre el cuidado de los niños.

*“Mi esposo también porque es muy importante que los dos tomemos las decisiones.” (IC)*

Algunas madres mencionan no sentirse seguras en el cuidado de sus niños. La falta de experiencia e información o la percepción de otros sobre sus propias capacidades parecen jugar un rol clave en esta inseguridad. Otro aspecto que influye en estas percepciones es la forma en que su familia y los propios proveedores de salud envían mensajes que no necesariamente contribuyen a mejorar la confianza de las madres en el cuidado de sus niños.

*“Eso es de nutrición (la capacitación que brinda en el puerto de salud), mi mamá dice que si voy y me hablan de eso se va a poner molesta, porque yo no estoy acostumbrada a esas palabras” (IC)*

Al explorar la percepción de las madres sobre el cuidado que dan otras madres de su comunidad a sus niños, algunas mencionaron no conocer las prácticas de sus vecinas y otras perciben que los cuidados son buenos y parecidos a los que ellas brindan a sus hijos.

*“Pues los cuidan y también de igual manera atienden bien a sus hijos por lo que se alcanza a ver cuándo uno... pues los quieren y también los cuidan ven que estén limpios que no anden jugando tierra” (IC)*

Otras madres mencionaron que perciben que los cuidados a los niños en su comunidad no son los adecuados ya que las madres se enfocan más en sus tareas que en el cuidado de los niños. Este “descuido”, que muchas veces está identificado como falta de prácticas de higiene, provoca que los niños se enfermen o que no coman de forma adecuada.

*“Viera que hay mamás que no cuidan mucho a sus niños, allá en una aldea, que tengo una casa allá en aldea Mojón, entonces allí lo que hacen, tejen las mamás, los sientan en el suelo, a veces están desnuditos ellos, sin pañal, sin nada, también descuidados entonces se enferman más” (IC)*

## En Mexico

La TABLA 5 resume los principales cuidados mencionados por las IC y MC que incluyen prácticas de higiene o aseo personal, cuidados de atención y de alimentación.

**Tabla 5. Acciones para el cuidado del niño**

	Higiene/ aseo personal	Cuidados de atención	Cuidados de alimentación
Informantes clave	Bañarlos frecuentemente, sobre todo cuando hace calor Lavarles las manos con jabón siempre y cuando dispongan de este Secarles bien los miaditos para que no se rocen	Darle de beber al niño agua muy seguido en tiempo de calor (grupo de edad 6-8 meses) Cuidarlos para que no corran riesgos de ahogarse al llevarse cosas a la boca (basura, juguetes, etc.), o para que no tomen cosas que puedan lastimarlos como cuchillos	“Darles de comer bien”, o “alimentarlo bien”, “darle su...papilla a sus horas” Evitar darles cosas fuertes como chocolate antes del año Darle comida saludable como verdura para que no se enfermen Darle de comer a sus horas
Madres cuidadoras	Aseo constante de los espacios en general de la casa y de los utensilios (juguetes cucharas, biberón, plato) Aseo personal del niño, bañarle las veces que sean necesarias según el clima (calor), cambiarle ropa, pañal, utilizar babero para que no se ensucie durante la comida, para evitar enfermedades estomacales o de cualquier otro tipo	Procurar un ambiente seguro para que no se haga daño Abrazarlo para que se sienta querido Masajear la pancita para evitar inflamación y platicarle para contribuir al balbuceo Trabajar para darles lo necesario (alimento, vestimenta) En caso de tener alguna enfermedad, llevarlo al servicio médico y suministrar medicamento en tiempo y forma (consideran que mientras menos enfermedades, el crecimiento es mejor)	Darle de comer: pecho o leche materna Prepararles papillas o darle fruta y verduras para fortalecer sus defensas

### Influencia de generaciones anteriores en el cuidado del niño

Una de las IC mencionó que ella deja que el niño agarre la tierra porque su mamá le dijo que es “*para que se amacice*”, dando a entender con ello que con esta práctica el niño será más resistente y se enfermará menos.

### Cuidados de los niños en la comunidad (Informantes clave)

Las IC consideraron que seguramente otras familias de su comunidad siguen los mismos cuidados que ellas tienen hacia sus hijos, aunque consideran que ellas no le prestan mucha atención al tema de la alimentación, y que las madres primerizas son más protectoras y cuidadosas que las madres con experiencia. Algunas mujeres manifestaron que su comunidad mantiene limpia la localidad para el bienestar de todos, lo cual consideran importante porque asocian la basura en las calles con el riesgo de que los menores enfermen.

Personas que participan en el cuidado de los niños:

- Padre (solo mencionado por las IC)
- Hermanos de las mujeres
- Madres de las mujeres

### Principales problemas y soluciones para el cuidado del niño

La TABLA 6 muestra los problemas que presentan las madres durante el cuidado del niño y sus posibles soluciones.

**Tabla 6. Principales problemas y soluciones para el cuidado del niño**

Problemas	Solución
No saber bañarlos cuando son recién nacidos	Buscan que las ayuden a bañarlos para no hacerlo solas
Tener actividades fuera del hogar	Buscan apoyo de un familiar para el cuidado del niño (abuelas, u otros familiares como hermanas, suegras o tías del infante)
No tener donde dejar a sus hijos para que les ayuden a cuidarlo	Manifestaron que una solución sería tener guarderías en la comunidad
Que los niños estén en contacto con la tierra, porque les salen granitos, ronchitas por la tierra, porque la tierra “tiene químicos”	Los bañan varias veces al día

## 4.3 Salud, Alimentación, Crecimiento y Desarrollo del niño

### En Colombia

#### Salud

La salud es vista como la ausencia de la enfermedad. Las medidas que utilizan para mantener al niño son darles una buena alimentación y protegerlo contra el frío y los golpes. Algunas madres consideran que los niños “gorditos” son saludables y bonitos.

*“... la alimentación, la salud, el aseo, mantenerlo en movimiento, que permanezcan gateando, activos...” (IC).*

*“Los niños se enferman después de los 6 meses también mucho más se enferman porque ya tienen sus dificultades en la alimentación” (IC).*

*“Porque se los mira que están bien, se los mira bien gorditos y bien bonitos” (IC).*

#### Alimentación

La alimentación es uno de los pilares en el cuidado de los niños. Las madres priorizan la alimentación variada, frecuente. El personal de salud representa un apoyo para la continuidad de la LM, porque son los que asesoran a las madres en los centros de salud primaria.

*“Alimentarse uno y más que todo es con frutas, con carne también, verduras también, eso ayuda para que tengan una buena dieta” (IC).*

*“Pues que sea balanceada, tenga: carne, frutas, verduras, que tome liquido también.” (IC).*

*“Como no soy lechera me daba la impresión de qué estaba delgadito y que no engorda más, entonces la doctora dijo que no, que era normal además dijo: usted se da cuenta en el pañal, que ellos hacen defecación y el pañal no orinan, toca estarlos cambiando tres veces al día entonces ahí se da cuenta de que su bebé esta ... Y también no le llora, desde el principio le daba seno parecía que no le llenaba, entonces dijo: si no le llenará su bebé no durmiera, ahí mismo ellos se despiertan cuando están con hambre, él no llora entonces está satisfecho y así mismo le digo a las mamás, así mismo le dijo la doctora a otra usuaria que no le llenaba el seno: como sabe usted que no le está abasteciendo? entonces que le había dicho la doctora: No, con lo que usted le da para ella es suficiente” (IC).*

En algunas circunstancias las madres consideran que los niños no están bien alimentados, lo que ellas describen de la siguiente manera:

*“Creería que cuando los niños están flaquitos, están más pequeños de talla, cuando se enferman constantemente, ahí creería que ellos no tienen una alimentación adecuada” (IC).*

*“Por la cara bien palidita, pues así sin color la carita” (IC).*

*“Que está delgado, se le miran las costillitas hehe pues o sea en su forma de ser por eso se los ve tristecitos, no tienen los alimentos que sus energías necesarias para hacer sus actividades” (IC).*

*“Porque está delgado, pequeño, enfermo, con el ánimo abajo, no quiere jugar, se quejan o lloran mucho” (IC).*

*“Cuando el niños es... el modo en que ellos se expresan, la evolución que ellos tienen, cómo ellos van desarrollándose poco a poco, que ellos empiezan a gatear, porque hay niños que se empiezan a quedar, entonces es por algo, no tienen una buena alimentación, o algo les falta en la casa que no les hacen, no les hacen estimulación a los niños”(IC).*

---

Las madres consideran que no se les debe dar gaseosas ni café al niño:

*No, les den gaseosa, los niños les encanta la gaseosa y les encanta el café (...) el niño lo ve tomando café también y esto hace que el niño pierda el apetito entonces pues es difícil en eso es lo que ahí es donde empezamos a fallar en la alimentación” (IC).*

### **Crecimiento**

En general, las mujeres asocian el término crecimiento con el crecimiento físico (aumento de peso y talla), el cual relacionan con diferentes atributos positivos tales como *“que esté con fuerzas”, “con buenas defensas”, “que crezca con buen trato”*. También relacionan dicho término con el crecimiento emocional y espiritual. En algunos casos, las madres no hacen diferenciación entre crecimiento y desarrollo.

*“Mientras el tiempo pasa, ellos van lactando, van lactando se van creciendo, al paso del tiempo ellos van engordando, van... pues mi nena no es de ser gorda pero si va creciendo a lo largo, entonces yo digo si, ella está creciendo y el peso, la talla entonces uno dice: si está bien, y en los controles dicen que está bien” (MC).*

*“En todo sentido, tanto psicológicamente como físicamente, el apoyo moral y espiritual también es una base muy importante” (MC).*

Las madres mencionaron la talla baja como motivo de consulta en los centros de salud.

*“Llevándolos a los controles ahí se mira cómo el crecimiento, cuando van creciendo más, o a veces tienen baja talla” (IC).*

*“Como le digo esto es una preocupación ahora porque dicen ‘No. Vea..’ Tengo el problema de que el niño no está creciendo bien que le falta talla, he tenido como le digo varios casos que se preocupan porque de peso están bien pero les falta talla, les falta uno o dos centímetros al bebé” (IC).*

### **Desarrollo**

El desarrollo es concebido como los cambios que va presentando los niños en diversos temas como la alimentación, la adquisición de destrezas y de habilidades motoras y cognitivas. Varios momentos claves son mencionados por las madres, como el cambio en la alimentación y el inicio de las primeras palabras, del gateo y de la caminata. La estimulación ayuda al proceso de desarrollo. Hay niños que resultan más estimulados que otros y se van desarrollando más. Las madres comunitarias realizan una labor que apoya el desarrollo de los niños, en los hogares de infancia y enseñando a los padres a que los estimulen en sus hogares.

*“Me imagino que ellos van pasando sus etapas y a medida que van creciendo, van cambiando ya van saltando la etapa de lo que son ya bebecitos, van aumentando, les da más apetito (...) ya los juegos son inquietos, a veces por el juego no quieren comer, entonces van desarrollando más la parte cognitiva, sus partes, ya van reconociendo las partes del cuerpo.”(MC)*

*“Ella se pueda sostener y ya tenga la flexibilidad y los movimientos de las manitos, ya pueda agarrar las cosas bien, entonces eso se le facilita, uno digamos por ejemplo si uno le va a pasar una cosa hay niños que no abren el puño, o sea permanecen el puño porque no le han hecho esos masajes, estimular para que abra las manitos. Entonces al pasar del tiempo uno las estimula y ya empiezan a agarrar las cositas y también es depende de etapas al 3 o 4 mes ya empiezan a esa facilidad de coger las cosas. Luego ya más o menos ya empiezan a reconocer los sonidos...uno entre más los estimule mejor para ellos” (MC).*

## En Guatemala

### Salud

En relación a los conceptos de salud, alimentación y desarrollo las madres identifican fácilmente el concepto de salud que también identifican como estar “*galán*”. Algunas mencionan que la salud está asociada con ver niños felices y activos y el concepto análogo es utilizado para enfermedad que conlleva el tener niños tristes o sin ánimo. También mencionan algunas actividades motoras como indicadores de salud tales como el movimiento constante del niño y el balbuceo o plática, dependiendo de la edad del niño.

*“(Con salud) porque ella está feliz y uno le habla está riéndose y ahí está va bulla, da manotada, patada y por eso yo sé que ella está bien y ya cuando esta enfermita pues se pone a llorar no quiere ni cargada ni acostada, ni en ningún lado” (IC)*

*“Cuando miro que está sana es porque juega (risas), la miro más alegre, así como ahora está enfermita, se pone muy de mal humor, llora todo el día, entonces ya sé que está malita” (IC)*

### Desarrollo

Para el caso del desarrollo, este concepto no se maneja como tal, sin embargo las madres hablan de “*se está logrando*”, está “*aprendiendo bien*” y está “*despierto*”. Los indicadores de este desarrollo incluyen el desarrollo de las habilidades verbales del niño tales como el balbuceo y expresar en palabras sus necesidades y el desarrollo motriz como gatear, caminar, mover manos y piernas, poner atención al entorno y responder a emociones, ya sea con risa o llanto.

*“En el aprendizaje que ya dice sus palabritas y se admira de las cosas, cuando quiere algo ya me pide yo quiero agua, yo quiero esto, ya empieza a decir que es lo que le gusta, ya un poco más fácil porque cuando era pequeña no decía ella” (IC)*

### Nutrición

Para el caso de nutrición algunas madres mencionaron que el concepto está relacionado a los alimentos y a cómo crecen los niños. Algunas madres inclusive relacionan la percepción del estado nutricional “flaco (delgado)” o “gordito” con la salud, siendo el último un indicador de salud.

*“Está bien, bueno si, así dicen, ah con la edad dicen está bien, que ella con la edad dicen están flaquita, está enferma en cambio con ella me dice ‘está gordita, está bien’, ‘está sanita’. Entonces ya dice uno ‘ah entonces si está sanito.’” (IC)*

### Enfermedad

Dentro de las estrategias para apoyar la salud de los niños, las madres mencionan el darle pecho, alimentos adecuados y limpios y practicar medidas higiénicas como el lavado de manos o el uso de medidas de desinfección del agua.

*“Pues prepararle bien sus alimentos, lavarle las manos a ella cuando, para preparar los alimentos y para dárselos porque uno de grande toca muchas cosas y si no se lava las manos ahí lleva las enfermedades” (IC)*

La búsqueda de atención en caso de enfermedad inicia en el propio hogar. Varias madres mencionaron que cuando sus niños se enferman inician con tratamientos caseros como infusiones de plantas que consideran medicinales. Luego acuden a los proveedores de salud del Ministerio que tienen más cercanos o en los que confían. Las razones de la búsqueda de atención en el centro o puesto de salud incluyen la confianza en los proveedores y el que les faciliten en forma gratuita la medicina. Factores que limitan la búsqueda de atención

---

son la falta de recursos para movilizarse o comprar medicina y la baja disponibilidad de medicina en los centros asistenciales.

*“(Cuando se enferma) la traigo aquí seño (al centro de salud) o como le digo Trimetropin o Bismut, son las que más le puedo dar porque para sacarla con un doctor quiere dinero y el dinero no nos alcanza, no cubre del todo, entonces yo tengo que ver cómo le hago para curarla, a veces con medicinas caseras por ejemplo el apaxote que es bueno para cuando se le alteran, se le alborotan las lombrices” (IC)*

### **Salud, alimentación y desarrollo**

Para algunas madres los tres conceptos están interconectados, y aunque el concepto de desarrollo no siempre es claro, identifican indicadores del mismo y los relacionan con la salud y la nutrición.

*“Porque juega, porque come, porque ahora ya habla, ya está aprendiendo a hablar, ya dice algunas pocas palabras por eso yo digo que mi hija está creciendo, que es sana” (IC)*

### **Expectativas**

En relación a las expectativas que las madres tienen para sus hijos, las madres mencionan aspectos como la salud, el crecimiento, que este “fuertes” para no enfermarse y que estén “galanes o bonitos”. Una madre mencionó aspectos como que puedan ir a la escuela, que sean inteligentes y que puedan tener un trabajo cuando sean grandes como sus propias motivaciones para el cuidado de sus hijos.

*“Que mis hijos crecen, están fuertes, están grandes, que se ven bonitos” (IC)*

### **Actividades educativas**

Algunas madres identifican que las actividades educativas llevadas a cabo por los proveedores de salud les han facilitado información relacionada a la salud y nutrición de sus niños. Estas capacitaciones se han llevado a cabo en los puestos o centros de salud y tocan temas relacionados con la higiene y el lavado de manos.

*“En el puesto de salud vienen a dar unas charlas, que uno tiene que hervir el agua, que tiene que lavarse las manos para preparar los alimentos y todo eso nos lo dicen y uno tiene que saberlo también porque no, no puede ir uno a cocinar con las manos chucas” (IC)*

Las madres dicen que muchas veces no recuerdan toda la información que les comparten los proveedores porque a veces tratan varios temas, pero que lo que recuerdan tratan de aplicarlo en casa.

*“Se me olvida seño, son muchas cosas y cuando llego a mi casa ya no me acuerdo” (IC)*

## En Mexico

### Salud

Las mujeres identificaron varias conductas en los niños que utilizan para saber si está enfermo, especialmente si no quiere comer.

*“Y si mi bebé no quiere comer, o sea digo hoy no quiso desayunar o no se tomó el bibí, y ahí es cuando algo anda mal” (IC).*

Niño sano:

- Está *“feliz, alegre, sonriente” “se ríe mucho”* está inquieto, platica, y no llora
- Cuando comen bien (*“se acaba todo lo que le doy”*) y duermen bien

Niño que no está sano:

- Está tristes
- Lloro mucho
- No habla
- No quiere jugar
- No quiere hacer nada
- Está seriecito/quietecito
- Cualquier cambio inusual en su estado emocional o en su conducta, sospechan que se puede deber a algún problema de salud
- Se le cae la mollera (enfermo)

### Cuidados para mantener la salud del niño

Las mujeres realizan diversas prácticas para ayudar a mantener a sus hijos sanos (TABLA 7).

**Tabla 7. Acciones y/o prácticas para la salud de los niños**

Higiene	Alimentación	Otras
Los niños deben estar aseados, y limpios (IC, MC)	Alimentar a los niños cada vez que ellos lo demandan (IC, MC)	Abrigarlo bien si hace frío, no exponerlo a temperaturas muy heladas o no dejar que se moje cuando llueve (IC)
Cambiarles pañal, lavar los utensilios o trastes que ocupan para alimentar a los niños (MC)	Alimentarles bien: proveer mayor cantidad y variedad de alimentos que contribuyan a su nutrición e incluyan frutas y verduras, no dar comida chatarra (IC, MC)	Acciones psico-afectivas como ejercitarle y platicarle (MC)
Lavar las manos ellas y a los niños en cada comida (madre cuidadora)	Hervir o comprar el agua que se le da al bebé (IC)	
Asear el espacio donde están para contribuir con la comodidad del infante (MC)		
Lavar alimentos que se le dan al niño (IC, MC)		

### **Cuidados que otras madres tienen con sus niños en la comunidad**

Las IC manifestaron que no todas las madres tienen los cuidados que deberían tener con sus hijos, así lo señaló una de ellas:

*“Veo que muchas mamás que toman muy... muy a ligera. No les toman mucha importancia a los niños... no saben cómo apreciarles si les duele algo... o no se dan cuenta por como lloran”*

### **Prácticas que realizan las mujeres para prevenir la enfermedad**

- Llevar al niño a las citas que tienen programadas *“tenerlo en control en la clínica, llevarlo a que lo estén controlando, pesarlo, medirlo”* (IC)
- Llevarlos a las vacunas de acuerdo a su edad (IC)
- Darle vitaminas: Vitamina C para la protección de las vías respiratorias, para evitar resfríos y gripa (IC, MC)

### **Prácticas que realizan las mujeres para tratar la enfermedad**

- Cuando el niño presenta algún malestar acuden a los servicios médicos o de salud (IC, MC)
- Medicarles cuando enferman, según lo que les receten en los servicios de salud (MC)
- Utilizan paracetamol en gotitas para la gripa, cuando lo ven irritado, molesto, o lloroncito (consideran que puede ser dolor de cabeza) (IC)
- En caso tener parásitos en el estómago, utilizan medicamento para arrojar los parásitos
- Llegan a combinar el tratamiento alópata con la medicina tradicional, por ejemplo en caso de vómito y diarrea, además de seguir las indicaciones del médico, les dan té de hierbabuena y manzanilla, y algunas los llevan a sobar (práctica común en la medicina tradicional). (IC y MC)
- En caso de gripa, tos o vómitos, dan té y preparan miel y cebolla (porque están limpios de químicos), dan jugo de naranja para la gripa (MC)

### **Personas/instituciones a las que acuden**

- Madre por la experiencia
- Clínica o centro de salud
- Personal médico de servicios de salud y/o médico particular
- Hospital
- Otros (farmacias similares, familiares, vecinas cercanas)

## Problemas y soluciones ante una enfermedad del niño

La **ERROR! REFERENCE SOURCE NOT FOUND.** presenta los problemas que las mujeres enfrentan ante la enfermedad del niño y sus posibles soluciones.

	Problema	Solución
Informantes clave	No poder identificar lo que pasa al niño o qué le duele cuando se enferma, ya que el niño no lo puede expresar Falta de apoyo por parte de otras personas para el cuidado de su hijo durante la enfermedad (no pueden salir a comprar el medicamento)	Buscan lo que origina el malestar, aprenden a identificar el estado de salud de su hijo, con la práctica, viviendo las situaciones y tratando de resolverlas (IC)
Madre cuidadora	Asistencia a centros de atención primaria de la salud implica mucho tiempo de espera y, además, sacar cita. Falta de dinero. Retraso en la atención de la enfermedad por falta de dinero para pago de consultas privadas. No siempre hay personal médico disponible en la clínica pública. A niños de un mes no se les quieren dar tratamiento en las clínicas. Desabasto de medicamento (incluye vitaminas). Las MC dijeron comprarlas en caso de ser necesario. Automedicación Lejanía del servicio de atención en salud. Negligencia médica en el diagnóstico oportuno y adecuado para los niños.	Ante problemáticas en los servicios públicos de salud, las MC asisten a servicios particulares, principalmente, consultorios anexos a farmacias u otros consultorios. Ante la falta de recursos, recurren a la automedicación de acuerdo a experiencias previas de mismos síntomas. Recurren a personas cercanas.

## Alimentación del niño

La **TABLA 8** presenta la descripción del concepto de alimentación de las mujeres, así como las prácticas de alimentación que consideran importantes.

**Tabla 8. Conceptualización de las mujeres, del término alimentación**

	Conceptualización	Acciones
Informantes clave	Estar bien alimentado Práctica de dar pecho a los menores y darles papillas (con alimentos que contengan vitaminas y sean nutritivos como frutas y verduras) Dar de comer a sus horas a los menores (cada 4 o 5 horas, para que no se les recargue el estomaguito) No brincar comidas Niños bien alimentados son chapeteados y gorditos El estar bien alimentado es estar protegido contra enfermedades Consideran el “Gerber” <sup>3</sup> como un alimento nutritivo, pero no están seguras si así es o si en realidad es la publicidad en la televisión la que les hace creer eso	Tener cuidados con la forma en que se preparan los alimentos Cuidado con el agua que se les da Evitar darles alimentos chatarras Lavar alimentos

<sup>3</sup> En ocasiones, se usa Gerber como un genérico para referirse a la papilla o compota cualquiera que sea la marca

<b>Madre cuidadora</b>	Alimentar bien: Amamantar y dar papillas Las papillas por que fortalecen al niño y les permiten mantenerse sanos Los niños deben comer de todo pero en poca cantidad a partir de los 3 o 4 meses	Desinfectar las frutas y verduras. Cocer bien los alimentos para evitar empachos, esto es diarrea y/o vómito. Fijarse en aquellos alimentos que les caen bien, o sea, que no les generan malestares como indigestión o inflamación
------------------------	---	--

## Crecimiento

Las mujeres consideran que:

*“Si no crece bien un niño no es normal, si un niño está chiquito no es normal. Nosotros los padres lo que esperamos es que el niño se pueda desarrollar de manera normal y crezca normal” (IC).*

Se identificaron acciones o aspectos considerados importantes para el crecimiento del niño (TABLA 9).

**Tabla 9. Percepción y acciones en torno al crecimiento del niño**

	Percepción	Acciones
<b>Informantes clave</b>	Dormir y descansar bien son indispensables para que los niños crezcan bien Se percibe que está creciendo cuando: La ropa les queda más corta o ya no le queda, al igual que sus zapatos Cuando los llevan a revisión médica y hay avances en la cartilla (peso y talla)	Para que los niños crezcan más se les debe dar de comer en la mañana, tarde y noche, y de manera particular frutas, verduras y lo que los doctores digan que tiene más vitaminas Dar vitaminas para su crecimiento Dar los suplementos que dan en las clínicas Buenos cuidados, buena alimentación
<b>Madre cuidadora</b>	Se percibe que está creciendo cuando: El niño no está “chorito” (tranquilo) Cuando notan aumento de talla y peso: la ropa y los zapatos les quedan chicos Cuando los perciben inquietos por que tienen energía Cuando gritan, intentan hablar o ya hablan para pedir de comer	Revisiones por parte del personal médico Consumir vitaminas Brindar cariño y buen trato que impacte en el estado de ánimo alegre del niño

## Desarrollo

Las IC identifican el desarrollo de los niños a través de cambios que tienen en ciertos momentos:

- A partir de los 3 meses ya se ven más despiertos: “empiezan a mover sus manitas y piecitos”
- Tiene “más fuerza en sus brazos, piernas” o “agarra cosas”
- Primero se sientan, después gatean, se empiezan a parar y después caminan
- Hacen las cosas por sí solo, como bajarse de la cama
- Empiezan a decir algunas palabras como papá, mamá
- Empiezan a “fijarse más en el mundo”
- “Están más despiertos”, “observa cosas”
- Reconoce cuando lo llaman por su nombre

- 
- “Son una esponjita... lo que uno le hace ellos van aprendiendo”

Si el niño no cumple con las expectativas de la madre y no realiza ciertos movimientos o actividades en el momento esperado, lo califican como “flojo”.

Las MC consideran que hay desarrollo adecuado cuando:

- Logran levantarse por sí mismos, suben y bajan de una silla, se movilizan en andadera, acomodan o mueven cosas
- Juegan o “hacen travesuras”
- Piden sus alimentos y los consumen
- Inician sus ganas de platicar

Las IC y MC consideran que para el desarrollo del niño es importante realizar las siguientes prácticas:

- Dar leche materna
- Pasearlos
- Platicarles, les enseñan a que digan papá y mamá
- Realizar juegos con ellos
- Es importante estimularlos, motivarlos, impulsarlos para que no tengan miedo de hacer las cosas
- Moverle las piernitas como bicicleta

## 4.4 Lactancia Materna Exclusiva y Complementada

### En Colombia

#### Conocimientos sobre lactancia materna de los proveedores de salud (PS)

Los PS (médico, enfermera y auxiliar de enfermería) tienen conocimientos sobre la importancia de la LM, la duración de la LME y los beneficios de la LM.

*“Por sus beneficios, tanto para la mamá como para el bebe, pues para la mamá la prevención de anemia, disminución de peso con el que haya quedado, disminución de cáncer de mama, cáncer de ovario y también por prevención de anemia en los bebés. Porque es la primera vacuna, porque genera un vínculo afectivo muy estrecho, porque sus nutrientes son incomparables pues con otras leches” (PS-R).*

*“Por los beneficios que trae, es económica, disponible a toda hora, beneficios en la parte nutricional, inmunológica, desarrolla el sistema nervioso, la parte de disminución de contaminantes al medio ambiente, la estimulación del bebé en la parte de vínculos afectivos” (PS-U).*

Algunos PS recomiendan el uso de fórmulas lácteas cuando consideran que la madre presenta problemas en la producción de LM o tienen niños de bajo peso.

*“Que lo que he visto acá, pero se inicia la leche materna, perdón la leche de vaca pero no es a tan temprana edad. Más que todo si han esperado un poquito, y si por lo general a veces, cuando los niños son bajos de peso, si hemos mirado que algunos pediatras si recomiendan leche de fórmula, entonces no dan cómo una buena educación: mire vamos a hacer esto o lo otro, sino que ellos dicen: no, cómo no le está abasteciendo: dele leche de fórmula” (PS-R).*

*“En la primera semana que no pude darle leche a Sarita, porque a mí no me bajaba la leche, hable con el pediatra de ella y él me recomendó la leche de tarro, pues sería lo que ellos más recomiendan” (MC-U).*

#### Conocimientos de las informantes clave y madres cuidadoras

La mayoría de las madres (IC, MC) reconocen a la leche materna como el alimento exclusivo y esencial hasta los 6 meses. Sin embargo, algunas tienen dudas sobre la duración de la LME, acortando o alargando el tiempo recomendado.

*“La lactancia es la parte esencial del alimento de los niños, para que ellos no reciban nada, hasta los seis meses” (IC-U).*

*“Yo, la otra vez escuchaba a una señora que me decía: tiene que suspenderle el seno a los 6 meses, otra me decía al año, yo he escuchado eso, a los 6 meses, al año y de ahí ya se les da la alimentación normal” (IC-U).*

Vinculan la práctica de la LM con la prevención de enfermedades, sin diferenciar si la LM es exclusiva o complementada.

*“la leche materna esa es más... le evita así alguna enfermedad, cuando son bebés pues eso es lo primordial que ellos tienen que tomar” (IC-R)*

Las madres FAMI, al igual que el PS, se encuentran capacitadas en temas de LME sin incluir otros líquidos y en LM complementada. Estas madres reciben capacitación del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar en la estrategia de Instituciones Amigas de la Mujer y el Infante (IAMI) en temas de cuidado infantil y alimentación.

*“...de LM nos dan capacitaciones aquí, de presentar los platos pues también se ha hecho ejercicios aquí, nos dieron del lavado de manos las capacitaciones aquí, pues en una gran parte se aprende en la casa y otra parte en las capacitaciones que nos dan aquí” (IC-R).*

#### Conocimiento sobre calostro

Para las madres el calostro es la primera leche que sale en los primeros días de vida y reconocen su importancia. Mencionan que el calostro es bueno, que es “la primera vacuna del bebé” y “sirve para purgarlo (limpiarlo)”. No todas las madres manejan el término de calostro. Lo mencionan como la “primera leche” que produce la madre.

#### **Creencias en relación a la lactancia materna de las informantes clave y madres cuidadoras**

##### Cuidados de alimentación a la madre para que produzca más leche materna.

Dar aguas (panela, panela con lechuga, eneldo, de remedios, con arracacha o apio, hojas de breva), goticas de cedrón (para los nervios), coladas, jugos, pelo de choclo (maíz) y gallina criolla. También mencionan otros cuidados como el uso de aceites de almendra para calmar el dolor en los senos.

*“Que hay que tomar mucha agua de panela.... porque dicen que sino la leche se seca” (IC-U).*

*“Que uno debe tomar más líquidos, porque si come solo arroz no le va a salir leche: líquidos como jugos, agua de panela, colada, café no porque el café es poquito” (MC-R).*

##### Cuidados de la madre para que no se seque la leche materna.

Pasto es un municipio de temperatura fría y se acostumbra tener a los bebés muy abrigados, con gorras y guantes. Se tiene la creencia que este frío y el sol secan la leche materna. Las madres buscan cubrirse los pechos y evitan bañarse con agua fría. Otra creencia menos común es que si la leche se bota y la lamen los moscos, también se seca. Si la madre produce mucha leche, le recomiendan no tomar líquidos, para que se le seque un poco.

*“Que si uno no se cuida, que si uno bota la leche así en el sol y la deja ahí que se le seca” (MC-R).*

##### Duración prolongada de la lactancia

Los IC y MC vinculan la duración prolongada de la LM en las niñas, con el mayor apetito sexual, gustarle más a los hombres y más enamoradas (altas de naturaleza). Mientras que en los niños se asocia con volverse molestos, bravos, con mal genio, groseros, dependientes, consentidos, llorones y luego no servir para el trabajo en el campo. La mujer después de dar cierto tiempo lactancia, se adelgaza, se le cae el cabello y los dientes. Los PS buscan aclarar estas creencias para no afectar la LM.

*“Que de los dos años no se debe pasar (LM), de ahí porque dicen que los niños se hacen altos de naturaleza, qué son niños muy adictos al sexo..., más que todo dicen a las niñas, pues ahí les digo hay una discriminación. Hay madres que yo escuchado dicen que si se les da (LM) a más de 2 años se vuelven bravos, los niños se vuelven bien malgeniados, hacen pataletas, se tiran al suelo, le pegan a la mamá.*

*“El niño que es alimentado mucho tiempo entonces se vuelven muy dependientes y más que todo malgeniados, groseros, agresivos” (IC-U).*

*“Si hay una creencia que ha sido un poquito difícil combatirla es lo que las niñas se vuelven altas de naturaleza, las niñas si disminuye el tiempo de lactancia, les están dando alrededor del año y medio, a los niños les dan un poco más. Nosotros les volvemos a recomendar y retoman, hay algunas que han retomado, es que dicen: no es que mi abuelita... no es que mi mamá” (PS-U).*

##### Otros usos de la leche materna

---

Las madres identificaron otros usos de la leche materna, como ponerle en los oídos al niño si le duelen y para tratar la pañalitis.

#### Lactancia durante el embarazo

La mayoría de las madres (IC y MC) cree que no se debe dar lactancia durante el embarazo.

*Existe la creencia de que la leche le hace “mal al nuevo bebé” (IC-R, IC-U), “lo enferma”, “lo desnutre” y “le quita los nutrientes” (MC-U). Mientras que al bebé más grande: “aborrece el pecho” (lo rechaza), “le da vomito”, “diarrea”, “se deshidrata”, “lo pone agresivo” (IC-U) y “baja de peso”. La leche “se convierte en calostro” y pierde los nutrientes. La consecuencia es “Ahí toca suspenderla”, refiriéndose a la LM (IC-R).*

#### Dar “probaditas” al niño menor de 6 meses

Las “*probaditas*” las ofrecen generalmente entre los 3 y 5 meses de edad para endurecer el estómago “o combatir dolores abdominales. Las “probaditas” pueden ser apenas unas cucharaditas de aromáticas como agua de comino, agua de panela, de cedrón, manzanilla o coladas.

*“Pues de pronto les saben dar bebidas como: aromáticas, agua de comino (como decía porque de pronto le duele el estomaguito, o para que le endure el estómago) eso si he escuchado, de pronto varias aromáticas” (IC-R).*

Se brindan agüitas de comino y agüitas azucaradas para quitarles la sed y el hambre a los bebés.

Las “probaditas” son muchas veces iniciadas y/o promovidas por las abuelas o suegras.

*“Las abuelas dicen que hay que darles a los niños una comida que es pesada entonces se les iba dando el caldito de los frijoles se les iba dando a probar” (IC-R).*

En promedio las IC y MC amamantan a sus hijos entre 6 y 7 veces al día, sin importar la edad del niño.

#### Práctica de lactancia materna en la comunidad

Se manejan diferentes creencias y conocimientos en la comunidad sobre la lactancia materna que pueden influir en las decisiones sobre la alimentación del niño. En particular, los PS y madres FAMI pueden jugar un rol importante para aclarar, reforzar y/o motivar las prácticas adecuadas.

#### Duración de la lactancia materna

Hay convergencia en las opiniones sobre la exclusividad de la LM hasta los seis meses. Sin embargo, en la práctica durante el primer mes de nacido algunas madres refieren dar infusiones y a partir de los 4 meses algunas comienzan a dar alimentos como jugos de frutas, sopas o coladas. Adicionalmente, existe una diversidad de opiniones sobre la extensión de la LM total, que puede ir desde los 6 meses hasta los 4 años.

Muchas madres califican negativamente la práctica de dar el pecho después de los 18 meses. Consideran que se apega más el niño con la madre, se encariñan más y cuesta desprenderse para el momento en que la madre debe salir a trabajar o estudiar.

#### El consumo de las agüitas

El consumo de las agüitas está muy arraigado en la comunidad. Es uno de los consejos que se brindan entre madres y abuelas. Las agüitas se las toman las madres para mayor producción de leche o se las dan a los niños para aliviar dolores. A los niños se les ofrece desde muy temprana edad.

---

*Para los bebés: “El agua, porque a veces les da sed y como están pequeñitos no pueden hablar y a veces lloran”. Para las madres: “Un vaso diario o así cuando se pueda de agua de eneldo para aumentar producción de leche” (MC-U).*

#### Práctica de la lactancia materna a libre demanda

La práctica de LM sea exclusiva o no, las madres la ofrecen a libre demanda, sin horarios, ni lugares establecidos. La libre demanda se asocia al momento en que el niño pida la leche materna o manifieste tener hambre.

*“darle de comer a la hora que el pide” (IC-R).*

*“A uno les aconseja de que tiene que estarles dando a cada ratico cuando el pida, entonces en las noches por ejemplo a libre demanda, que no le tenga horarios” (IC-U).*

*“En menores de 6 meses: solo LM, pues a libre demanda” (PS-U).*

#### **Barreras para la práctica de la lactancia materna**

Las entrevistas a profundidad nos permitieron el conocimiento de las barreras que impiden una LME y complementada exitosa en Pasto.

#### **Barreras hacia la lactancia materna desde la perspectiva de los proveedores de salud**

##### Hospitalarias y médicas

Ciertas acciones médicas perjudican el inicio oportuno de la LM, en especial durante los partos pre-términos, cesáreas y en el manejo de niños con bajo peso al nacer. En muchas de estas situaciones, el personal médico recomienda el uso de fórmulas lácteas ante la percepción de la madre de que no produce suficiente leche.

Además, es posible que los PS no inviertan suficiente tiempo en dar consejería sobre LM ya que este tiempo no lo reconoce la aseguradora como parte de su trabajo.

##### Propias de la madre referidas por el PS

El PS menciona algunas barreras sobre situaciones que acontecen a la madre, que obstaculizan el inicio y continuidad de la LM, tales como: necesidad de regresar al trabajo, deseo de estudiar, en especial en las adolescentes y madres solteras, percepción de las madres de falta de producción de leche, congestión de los senos, problemas o discusiones de la madre con el esposo o novio, falta de tiempo y capacitación para extraerse la leche materna, influencia de las abuelas y suegras que motivan dar teteros a temprana edad.

*“...lo que pasa es que si una madre está contenta o sea no va a ver bloqueada la leche materna o sea si la madre tiene problemas, dificultades con el esposo, marido o el novio, entonces hay un bloqueo de la LM. Pero si ella está en un ambiente tranquilo, en un ambiente familiar, que sí que el papa la apoya y mira que está pendiente entonces la LM se ve con mayor fluidez” (PS-R).*

##### Ambiente

- Vergüenza de amamantar en público.
- Publicidad de otras leches sucedáneas.
- Ausencia de salas de LM en espacios laborales.

#### **Barreras hacia la lactancia materna desde la perspectiva de las informantes clave y madres cuidadoras**

##### Situaciones médicas o nutricionales

---

Algunas situaciones médicas (como la depresión postparto y el uso de medicamento) y la falta de acceso a alimentos pueden influir negativamente en el desarrollo de una adecuada LM. Otras situaciones que pueden interferir con la LM son que la madre produce insuficiente leche, que tiene pezones agrietados, que “se seca la leche”, y que niño no agarra el seno.

*“De pronto hay algunas madres que no dan pecho así porque de pronto tengan que tomar alguna pastilla que no puedan suspender, entonces hacen que suspendan su lactancia” (IC-U).*

*“Hay veces que unas no saben tener leche o no pueden amamantar” (IC-R).*

#### Situaciones particulares de la madre

Las IC refieren ciertas situaciones que pueden dificultar la LM tales como el estudio o trabajo, desinterés, un segundo embarazo o problemas de alcohol. Una razón referida para no dar LM es la estética: “se le caen los senos”, “se le ponen blanditos”, “se daña el pezón” y “se daña el cuerpo”. Las IC refieren que las primerizas o mujeres jóvenes pueden tener mayor dificultad para dar LM, estas últimas porque no cuidan su alimentación durante el embarazo por lo que no tienen leche.

*“Hay gente que es como más superficial ¿si me entiende? Entonces tiene el hijo ya porque no se le dañen los senos o porque no, no, “no le doy y que le compro leche de tarro” entonces como decir esa facilidad, quieren cómo evadir esa responsabilidad” (MC-U).*

*“De pronto las madres primerizas más que todo tienen dificultad, por ejemplo las que no han tenido la oportunidad de ir a estos programas, entonces no se las ha capacitado, entonces ellas no se les ha formado” (IC-U).*

#### Ambiente e influencia de otras personas

La participación de los abuelos, en especial de la abuela en el cuidado, la alimentación y las decisiones sobre el niño es notoria. Las abuelas tratan de dar otros alimentos al niño y le dan cucharaditas de leche de tarro, para que se calma cuando la madre no esté presente.

Los problemas en los hogares, tales como discusiones con la pareja pueden afectar la continuación de la LM.

*“Pues a mí la leche de tarro se la he empezado a dar ahora porque en la calle me dijeron que es algo que le va ayudar a complementar el peso, pero aquí me dicen que la leche de tarro no porque les daña la flora intestinal que si puedo darle la coladas con leche de seno mucho mejor” (MC-U).*

#### **Facilitadores para la práctica de la lactancia materna**

Dentro de los facilitadores identificados se encuentran la actitud de la madre, el apoyo o influencia de algunas personas (familia, abuelos, pareja, amigos), la comodidad de no tener que preparar biberones y la economía de dar pecho. Una madre abierta a recibir consejos, a aplicarlos con sus niños, a ser paciente, afectuosa o “juiciosa y responsable”, tiene parte del camino ganado. Dar pecho es cómodo, en especial cuando se tiene que salir con el niño y durante sus primeros 6 meses. Por otra parte, existen mujeres que no están motivadas para dar pecho, o incluso no invierten el tiempo necesario para la alimentación de sus pequeños.

*Refiriéndose a la práctica de la LM “... algunas mamás son juiciosas y lo hacen, ya por la recomendación que se le ha dado” (IC-U).*

*“A veces cuando han tenido el comienzo de la lactancia con agrietamientos, dicen: yo si le quería dar a mi bebe así me doliera, pero saben que lo dicen a conciencia son conscientes son conscientes, son mamás responsables” (IC-U).*

---

Hay madres que cuentan con el apoyo del esposo, de la familia y amigos, mientras otras madres, en especial las muy jóvenes, no cuentan con este apoyo. El apoyo se puede dar desde el acompañamiento en el curso profiláctico, durante el embarazo, la lactancia y los cuidados del niño. El apoyo también se manifiesta a través del cuidado de la alimentación y tranquilidad de la madre.

*Sobre el apoyo a la hora de lactar una madre comenta: “El apoyo para uno en primer lugar, es mirar la que está lactando, dejarla que lacte tranquilamente, que cuando ella este lactando no haya muchos problemas, que este psicológicamente bien, ese es el apoyo a la hora de lactar” (IC-R).*

*“En mi caso, pues a mí todas me han apoyado, tanto la familia de mi esposo como mi familia me han apoyado, porque pues se han preocupado en traerme frutas, se han preocupado en la niña, que le hace falta a la niña, todos pues, sinceramente en eso sí” (MC-U).*

*“De mis familiares sí, me decían que tenía que darle leche porque es bueno para los niños, porque la leche de tarro no es lo mismo que la materna. Mi mama me daba alimentación a mí para que haya buena producción de leche” (MC-U).*

La presencia del hombre para apoyar la LM, generalmente el padre del niño es de gran importancia para la madre, ya sea para facilitar la práctica de la LM (arroparla, ponerle la manta encima, pasarle al niño, darle afecto a la madre o dar una palabra de motivación), como también para proveer a la madre de alimentos o recursos financieros. Este apoyo se manifestó en casi la mitad de las MC. Para aquellas madres que resulto negativo el apoyo simplemente respondieron con un “no, no está presente”. Para los PS resultó de vital importancia.

*“Él no está trabajando, él no me está apoyando. La hermana de él, sí, me sabe mandar frutas” (MC-U).*

*“Lastimosamente la sociedad en la que vivimos, en el sitio donde yo trabajo, los hombres abandonan a las mujeres, entonces, saben que están en embarazo y se van, entonces hay muchas madres solteras, pero realmente ahí habría inconveniente. Y de las parejas estables que uno ve, pues si apoyan la LM” (PS-R).*

*“Porque los papitos están pendientes de sus bebés: que estén bien bonitos, que no tengan que gastar tanto, que la mamita este cómoda, que el bebé también. Entonces generalmente los papás, si llora el bebé: vea dele su tética, dele su tética. Están como pendientes, de cómo consentir al bebé y a mamá” (PS-R).*

## En Guatemala

Las motivaciones que impulsan a las madres brindar LM es la percepción de que es el mejor alimento para sus niños, que no tiene un costo y la facilidad de poder darle pecho en cualquier espacio.

Para el caso de la LM complementada, algunas madres mencionan que ellas continúan dando pecho hasta que el niño ya no quiere mamar. Algunas madres mencionaron que continúan dando lactancia a sus niños mayores de un año pero que consideran que la leche materna que producen a esa edad ya no es buena para sus niños e incluso, puede producirles diarrea.

*“Si todavía mama, solo, todavía sigue mamando desde que nació le estoy dando pecho, 7 meses le estuve dando solo chiche, solo pecho, y agua de anís para su estómago” (IC)*

*“Bueno pues... que le dijera yo... pues la... el mejor alimento para alimentar a sus hijos es el pecho ¿verdad? Porque hay veces que también uno es pobre y no tiene dinero ¿Cómo va a hacer para comprarles la leche? Y para mí... a mi punto de vista es mejor darles solo su pechito a los niños” (IC)*

*“Diarrea seño, diarrea le da muy seguido, no sé por qué será si mi pecho ya no le cae, la leche le doy, no sé pero muy seguido se enferma de diarrea” (IC)*

*“Ya no muy quiere pecho y lo que yo no entiendo es porque siempre le da diarrea cuando mama” (IC)*

*“Hay algunas que dan solo de año y medio, lo máximo, algunas de 3 años, hay diferentes, pero la mayoría he escuchado yo, año y medio” (IC)*

La duración de la LM varía y algunas madres no tienen una edad específica para la ablactación. Las entrevistadas mencionan que el “destete” se da cuando el niño ya no quiere mamar indicado por el rechazo al pecho o cuando maman por muy poco tiempo cada vez que piden “pecho”. Para las que estimaron un tiempo de lactancia, este varía de 1 a 3 años, según sus propias experiencias y las experiencias de otras madres de su comunidad.

Existe además la percepción de que la leche materna ya no es suficiente cuando los niños empiezan a comer, pero esa insuficiencia hace que algunas madres tomen la decisión de ya no dar LM cuando sus niños no han aun cumplido los dos años.

## En Mexico

### Lactancia Materna

Conocimiento o información que maneja la población objetivo y fuentes de información

La TABLA 10 describe la información que maneja cada grupo de informante con respecto a la LM.

**Tabla 10. Conocimientos/información que manejan y fuentes de información sobre la lactancia materna**

Tipo de informante	Conocimientos o información que maneja	Fuentes de información ¿Quién les dice como alimentar a sus hijos? (MC, IC)/ ¿De dónde aprenden? (PS)
IC	Beneficios para la salud: los protege de enfermedades, crea defensas, desarrollo neurológico Fortalecimiento de pulmones Nutrientes vivos Leche materna mejor que la de fórmula	Médicos (médicos de la unidad, médico de PROSPERA, pediatra) Pláticas en la clínica
Madre cuidadora	Buen alimento (muchas vitaminas y minerales) Evita que el niño se enferme con frecuencia Leche tarda en salir 2-3 días, después se normaliza Conexión entre la madre y el niño en el momento de amamantar	Médicos Pláticas en unidad de salud Mujeres con experiencia de lactancia: madre, hermana, vecina
PS	Mejor alimento en los primeros 6 meses de vida Nutrientes y defensas necesarias para desarrollo y crecimiento del niño Debe ser desde los 0 meses hasta 1-2 años Mejor LM que leche de fórmula	El PS aprende en: Escuela de medicina - Durante el Internado de pregrado - Experiencia en el trabajo - Cursos de la Secretaría de Salud ¿Quién le dice a las mamás como alimentar a sus bebés? (Desde la perspectiva del PS) - Personal de salud cuando acuden a sus citas - Madres o suegras - Otros familiares con experiencia en LM

### Prácticas de LM

La LM es una práctica común de acuerdo a los informantes. Otras prácticas comunes son:

- Introducción de líquidos antes de los 6 meses de edad del niño “*Yo digo que está mal si no les dan ni agua. No se van a desarrollar bien*” (MC)
- Después del nacimiento se da bibí en lugar de pecho por indicaciones del PS.
- Las madres perciben que las mamás jóvenes (adolescentes) lactan menos porque no quieren batallar o por que cuidan su estética (senos caídos).
- La LM se suspende entre los 6 y 18 meses de edad.
- Las madres que acostumbran dar pecho hasta el año, mencionan que lo hacen ya solo por las noches.

### Motivos por los que se suspende LM después de los 6 meses

- Consideran que la LM pierde nutrientes, ya no les sirve a los niños y por lo tanto “*ya no les da el mismo provecho*”.

*“¿Pues de todos modos qué me gano con estarles dando y dando? Y todas maneras no le está nutriendo. Ya más grande supuestamente hasta los 6 meses es o el año, ya más adelante no le sirve. De todos modos a uno lo está adelgazando, se lo está acabando” (MN 221, Nayarit: G4)*

- El PS por lo general recomienda suspender la LM entre 12-18 meses porque “baja la calidad de la leche materna”. Otros varían la indicación de suspenderla, desde los 6 meses hasta los 2 años de edad.

*“Pues ya estaba grande pues ya comía bien y así quería chichi, leche, digo. Además, ya ves que según dicen los doctores la leche ya no le sirve a partir de los 7 meses creo (MN 334, Nayarit: G4)”*

- Cuando las madres se sienten cansadas o tienen dolor al lactar.

*“A veces las mamás primerizas como que se niegan porque dicen que les duele mucho el pecho. Sí, que no le sale la leche o que se le lastimó el pecho los primeros días, que le duelen mucho (MN 328, Nayarit: G2)”*

- Cuando se embarazan porque se considera que se daña al bebé en camino, y que la leche ya no es buena para el lactante (opinión de la madre y el PS), así lo expresaron diferentes madres: el niño que está tomando pecho “se enferma”, “se inflaca”, “le pega chorro”, “ya no crece bien”, además de que piensan ya no le va a servir esa leche, “le quita también las vitaminas al bebé que está creciendo dentro de su matriz y puede nacer desnutrido”(IC)

- Cuando se comienzan a dar otros alimentos y se considera que el bebé ya no requiere la leche materna, porque “ya están grandecitos, ya comen otra cosa y ya no ocupan tanto el pecho”(MC)

- Porque la LM después del año de edad se puede considerar como vergonzosa para las madres.

*“Pues ya están grandes, ya les da vergüenza yo creo” (MN 221, Nayarit: G4)*

#### LM y trabajo/actividades fuera del hogar

De acuerdo a los informantes, es más común las mamás solteras y de zonas urbana trabajen (con jornadas de trabajo de hasta 8 horas), mientras que las jóvenes dejan a sus bebés por largos períodos para estudiar. Cuando las madres tienen que salir recurren a otros cuidadores, los mencionados fueron:

- Abuelas del niño
- Tíos
- Hermanas
- Guarderías

Solo en algunos casos las madres “se ordeñan”, y la mayoría de las veces se alimenta al bebé con leche de fórmula cuando tienen que salir.

*“Sí, muchas veces se ordeñan y dejan las mamilas con la leche maternal” (MN 435, Nayarit: G3).; “Bueno, pues las personas que trabajan. Las mamás que trabajan. Yo siento que por necesidad. Los niños tienen que comer algo. A veces cuando están embarazadas están en secundaria, por ejemplo, una de CBTIS pues los dejan con su mamá o con alguien, pues le tienen que dar bibi” (MN 328, Nayarit: G2).*

#### LM y embarazo

Los informantes señalaron que es común que las madres suspendan la LM cuando están embarazadas, porque creen que podrían afectar al niño que viene en camino, causándole deshidratación y desnutrición, además de que piensan que la leche ya no le hace bien al lactante.

El grupo de MC señaló que la interrupción de LM suele darse entre los 4-6 meses de embarazo.

En general el PS no tiene claro qué se debe indicar en caso de un nuevo embarazo, así lo señaló uno de ellos “pues que yo sepa no hay una contraindicación, pero yo creo que lo mejor es que se suspenda la lactancia” (PS)

#### LM y enfermedad de la madre

Existe la creencia entre grupos de IC y MC, que cuando la madre se enferma se debe suspender la LM porque “pueden contagiar al bebé, por lo que resuelven el problema con leche de fórmula”.

El PS por su parte, indica suspensión absoluta de LM en caso de VIH. La indicación también aplica en caso de que la madre tenga que tomar algún medicamento “fuerte” como la penicilina, y en estos casos les dicen a las mamás que se tienen que extraer la leche para estimular, pero deben tirarla y darle fórmula al niño.

#### **Lactancia Materna Exclusiva (LME)**

La LME se practica alrededor de los 3 primeros meses de vida del bebé. La **TABLA 11** describe el conocimiento o la información que manejan los distintos informantes, así como sus fuentes de información.

**Tabla 11. Conocimiento/información que manejan y fuentes de información sobre la lactancia materna exclusiva**

	Conocimiento o información que maneja	Fuentes de información ¿Quién le dice a las madres como alimentar a sus hijos?
<b>IC</b>	<p>Los primeros 6 meses la leche materna tiene un alto valor nutricional</p> <p>Desconocimiento sobre el tiempo que se debe dar pecho al niño</p> <p>Médicos recomiendan a las madres LME que no introduzcan otros líquidos o alimentos</p>	<p>Médicos (recomiendan LME)</p> <p>Familiares (madres y otras mujeres de la familia con experiencia)</p>
<b>MC</b>	<p>Algunas la entienden como que no tienen que dar otro líquido o alimento</p> <p>Otras consideran exclusivo el dar pecho con agua, té o leche de fórmula, porque no dan alimentos de otra consistencia</p>	<p>Conversaciones casuales entre mujeres de su entorno: familiares y vecinas</p> <p>Proveedores de salud, en específico el médico</p>
<b>PS</b>	<p>Se lleva a cabo desde que nace el bebé hasta los 6 meses de vida</p> <p>Ellos recomiendan no dar al bebé con algún otro tipo de alimento (incluyendo líquidos)</p>	<p>Lugar donde aprende el PS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Universidad</li> <li>- Cursos de Secretaría de Salud</li> <li>- Experiencia laboral</li> <li>- Experiencias personales</li> </ul> <p>¿Quién le dice a las mamás cómo alimentar a sus bebés?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proveedores de salud cuando acuden a sus citas</li> <li>- Madres o suegras</li> <li>- Otros familiares con experiencia en LM</li> </ul>

### Prácticas comunitarias de LME

Las prácticas comunitarias en torno a LME son diversas y de acuerdo a los tres grupos de informantes las más comunes son:

- La LME no predomina, pero regularmente amamantan cada que el bebé lo pide, incluso algunas lo hacen con el pezón agrietado.
- La LME se practica entre los 3-6 meses de edad. Sin embargo, las mujeres consideran LME como el acto de alimentar a sus bebés con leche materna y con otros líquidos.
- En el discurso del PS se recomienda LME sin ningún otro líquido o alimento hasta los 6 meses de edad. Sin embargo, las madres refieren la introducción del biberón o mamila con fórmula (bibí) por indicaciones del médico, lo cual resulta contradictorio.
- Las madres, aunque en ocasiones señalan que las indicaciones del PS es que no den líquidos u otros alimentos, no entienden el porqué de esta recomendación.
- En los pocos casos en que la madre se extrae la leche, se le da en el biberón (bibí).
- Desde los 3 meses (o incluso desde los 20 días) ofrecen otros tipos de líquidos o alimentos.

### Razones por las cuales se complementa la LM con leche de fórmula en la comunidad:

- Cuando no les baja la leche durante los primeros días de vida del bebé.
- Cuando se percibe una *baja* producción de leche.
- Cuando “*se les va la leche*”.
- Cuando la madre cree o el médico indica que el niño no está ganando peso.
- Los niños de madres que trabajan o estudian, son alimentados con leche de fórmula durante su ausencia.
- Algunas madres lo ven como solución para poder realizar otras actividades.
- En caso de enfermedad, y por recomendación del médico, las madres llegan a suspender la LM por miedo a contagiar al bebé y alimentan con leche de fórmula durante el tiempo de la enfermedad o durante el tiempo que toman medicamento (especialmente si es ‘fuerte’ como la penicilina).
- La frecuencia y forma con que la que se llega a dar la leche de fórmula es en *bibí* de 2 a 3 veces a día

### Motivos por los que se introducen otros líquidos en la comunidad

- El agua la ofrecen para mitigar el calor y porque ya están grandes los niños (2-3 meses de edad). También por la creencia que el agua ayuda a que el niño no se le reseque la voz y hable pronto.  
“*No sé si se la deba dar, pero si depende del clima, la temperatura (MN 438, Nayarit: G2)*”
- Dan té como remedio para la inflamación o cólicos.
- El jugo de arroz se da porque consideran que tiene vitaminas y no le hace daño al bebé.
- Las madres, abuelas y suegras promueven dar líquidos.

### Motivos por los que se introducen alimentos antes de los 6 meses en la comunidad

Se dan probaditas de alimento antes de los 6 meses, para a) facilitar el inicio de la alimentación complementaria y acostumbrarlos a comer, b) fortalecerles el estómago, c) satisfacer el antojo del niño y d) mitigar el hambre cuando se percibe que queda con hambre.

*“A los cuatro meses ya pedía de comer, ya quería y estiraba la mano, así pedía de comer y le daba a probar la comida y quería él más porque lloraba si no le dabas y ya a los cinco meses le empecé a dar puro así de cómo gerber, le compraba sus manzanas, duraznos y se los licuaba y en la papilla ya se lo daba (MN 221, Nayarit: G4)”*

- Influencia de madres abuelas y suegras sobre el inicio temprano de alimentos en los niños;

*“Pues a mí me decía mi mamá pues ella ya tiene más experiencia (MN 221, Nayarit: G4)”*

#### Principales barreras para la práctica de LME en la comunidad

- Creencias de las madres que se contraponen con la LME, como por ejemplo que si se le da agua hablarán más rápido o que si se le da probaditas de alimentos, el estómago será más fuerte.
- Falta de información en la madre sobre el proceso de la bajada de la leche y las diferentes técnicas para garantizar una lactancia exitosa.
- Falta de conocimiento (madres y PS) y asesoría a las madres (PS) sobre qué hacer en caso presentar algún problema relacionado con la técnica de amamantar: la leche no “baja”, “poca” producción de leche, cuando la leche “no llena al niño” y “la leche es delgada”, mastitis, pezones agrietados y congestión de los senos.
- Influencia de madres, abuelas y suegras que promueven dar líquidos u otros alimentos desde los 3 meses.
- Concepto equivocado de la LME, ya que algunas piensan que significa no dar alimentos no líquidos, por lo que si se le da al niño agua, té, u otras leches sigue siendo LME
- Puede haber mala comunicación entre el PS y las madres, ya que mencionan que los médicos les recomiendan LME sin ningún otro líquido o alimento, pero no entienden el porqué de esta indicación
- Actividades de la madre fuera del hogar como trabajo o estudio
- Falta de información en las madres sobre la importancia de alimentar a sus bebés con leche materna incluso cuando no están con ellos.
- Falta de capacitación en las madres y figuras que cuidan al bebé en su ausencia (abuelas, suegras, guarderías), sobre cómo se debe alimentar al bebé en caso de que la madre se extraiga leche materna

#### **Lactancia materna complementada**

Existen diversas prácticas que la OMS señala como no recomendadas. A continuación, se describen las que realiza la población de estudio.

#### Uso de biberón

- Se utiliza para dar fórmula, té, jugos.

*“¿Y el bibi solamente lo agarran con leche de fórmula o con otra cosa?.. hay veces que yo si le doy jugo porque yo digo que se cansan de tomar a cada rato la fórmula” (IC)*

*Pus mi familia me dice no que dale esto o como cuando le daba pecho y le dolía la panza al niño, no pues dale yerbabuena en su bibi y así pues me iban dando consejos (MN)*

- El PS señaló incluso cuando se llegan a extraer la leche utilizan biberón para alimentar al bebé

#### Uso de fórmula

- Se utiliza cuando, el bebé “no se llena con LM”, y es la solución en los casos que la mamá no practica LM, o tiene actividades que le dificultan darle pecho al bebé como el trabajo o estudios

---

*“Sí, 3 meses nada más. A mí me sale la leche muy delgada, no se llena. [¿cómo sabes que no se llena] Porque le daba el bibi y se lo comía y luego se me acababa, llega un rato en que ya no me sale. [¿quién te dijo que podrías darle ya bibi?] Todo mi mama” (MN)*

- Cuando la mamá se enferma, y el PS considera que está contraindicado dar pecho, el PS recomienda dar fórmula
- Las más comunes son la NAN y la leche Nido

*“Si, de la NAN como en el caso xxx le dimos la NAN desde los seis meses porque dejó el pecho” (IC)*

Se mencionaron otras leches con las que alimentan a los bebés, como lo son Nutrileche, leche Liconsa y leche bronca de vaca y chiva

### Tés

En la comunidad es común dar té (se mencionó de manzanilla) para aliviar los cólicos y evitar que se *“inflame el estomaguito”*. Además, dan agua y jugos de caja para evitar la deshidratación. El jugo de arroz lo dan porque consideran que tiene vitaminas por el arroz y le hace bien a sus hijos.

*“uy no les dan desde bien chiquitos té, aguas.... ¿Cómo desde que edad empiezan a dar té?... Pues desde los tres meses... ¿Eso es común aquí?... Eso si es común” (IC)*

## 4.5 Alimentación Complementaria

### En Colombia

#### Inicio de la alimentación complementaria

Los PS promueven la introducción de alimentos a los 6 meses aunque al identificar problemas con la LME, recomiendan la introducción temprana de alimentos. Cuando el niño nació prematuro o se encuentra bajo de peso, recomiendan el uso de otras leches. Asimismo puede ocurrir que en casos de niños prematuros, el PS retarde el inicio de la AC.

*“Él se le empezó a dar casi a los 5 meses porque la pediatra lo mandó a comer fibra, frutas más que todo, le mandó a comer papaya, mango, durazno” (IC-U).*

*“Por el problema que me decían los pediatras con el bebé que había nacido prematuro y no se le había desarrollado bien la flora intestinal entonces por eso inició a los 8 meses” (MC-U).*

Las IC y MC creen que se debe iniciar la ablactación cuando la leche materna “*ya no abastece al niño*”, cuando deja de ganar peso, cuando comienza el proceso de dentición y cuando se quiere endurecer el estómago del pequeño.

*“Por ejemplo, la costumbre aquí es a los niños a partir de los 3 meses darles caldo, darles coladas” (MC-U).*

Además, las IC y MC introducen alimentos o líquidos por razones específicas, generalmente para el alivio de algún dolor o a mejorar alguna condición en los niños. Los PS conocen estas prácticas, a veces tratan de desincentivarlas, pero en otros casos, las promueven.

*“Poner una sábana blanca en la puerta, para que no les dé mal aire y se les ponga duro el estómago” (IC-U).*

*“Dar agua de comino, para eliminar los pujos” (IC-R)*

*“Dar aceite de rosa, para purgarlos, dar aromáticas, para que se duerman; dar sopa de frijol, para endurecer el estómago” (MC-U, PS-U)*

*“Dar agua de hierbas, para que aumenten de peso” (MC-U)*

*“Dar agua tibia, para que orine bien; si esta molestocita, se le da agua de comino” (MC-U).*

*“Otra dificultad que tenemos acá bastante también es que toman mucho café. Los niños les dan mucho café, porque da energía y es otra dificultad grande, poderles quitar el café a los niños es difícil” (PS-U).*

Existen tres momentos críticos donde se ofrecen alimentos o líquidos distintos a la leche materna. Un primer momento es a partir del primer mes de vida, cuando se dan agüitas, aromáticas y agua de frijol. Un segundo momento crítico es alrededor de los 3 a 4 meses, cuando las madres regresan al estudio o trabajo y no tienen la costumbre, conocimiento o habilidad para extraerse la leche materna. Un tercer momento crítico es a los 5 meses cuando las madres y el mismo PS sugiere la introducción de otros alimentos. Otra razón para introducir alimentos en el segundo y tercer momento es la insuficiente ganancia de peso de los niños.

En contraste, se presentan algunos casos de inicio tardío de la AC, entre los 7 y 8 meses.

## **Características de la alimentación complementaria**

### Frecuencia de la alimentación

El número de comidas a lo largo del día puede variar entre 2 a 6, la mayoría de las veces alternado con el pecho. Para las madres y algunos PS es común dar al niño solo 3 comidas al día. Muchos promueven esta frecuencia como la adecuada.

*“Ser por lo general el desayuno, las nueve, el almuerzo, las dos de la tarde, la cena” (IC-R).*

*“Frecuentemente a veces, pues en el día 2 o 3 veces o por la mañana 2 veces en la tarde” (IC-U). “Cada 6 horas” (MC-U), “A ver: desayuno, almuerzo y cena: tres veces” (MC-R).*

### Cantidad de alimentos

A medida que crece el niño, aumenta las cantidades de alimentos que le ofrecen. Sin embargo, la cantidad de comida que se ofrece según su edad es variable. Para definirla, las madres se guían por el número de cucharadas, tazas o platos en cada comida.

*“Él tiene un platito pequeñito, entonces a él le ponemos una cucharadita de arroz, un pedacito de papa y la porción de frijol así poquito no, come poquito” (MC-R).*

*“A los 4 meses, se le da una cucharillita de caldo una cucharillita de... . A los seis meses, ya se le puede dar machucada la papita, machucado el plátano, para que vaya endureciendo” (MC-R).*

### Consistencia de los alimentos

Los PS y madres reconocen que la consistencia de los alimentos debe cambiar a medida que el niño se acostumbra a la alimentación. La consistencia fue descrita desde preparaciones aguaditas o muy líquidas, a preparaciones espesas (tipo compota, crema, papilla, puré, pastocita, blanda, tipo masita), en trozos, desmechadas, machacadas, hasta llegar a preparaciones sólidas. Es frecuente que el cambio en la consistencia de los alimentos se vincule a la dentición.

*“Tienen que ser espesitas y sobre todo las compotas tienen que ser de frutas dulces. Pues que sea aguado, no” (IC-R).*

*“Cuando empiezan, espesitos, es que uno como madre también quiere que su hijo alce de peso, alce de talla, entonces uno procura que vaya apreciando la masita, o sea como se dice, lo más lo más espesito para que ella vaya subiendo de peso, pues en el caso de mi hija pues es así no, esos son alimentos que, que no le van a hacer daño, por eso toca hacerlo con, como le digo, con responsabilidad y cuidado” (MC-U).*

### Alimentos o preparaciones ofrecidas al niño

El primer alimento ofrecido al niño depende de la edad del niño. Si tiene un mes de edad, puede ser agua de manzanilla, comino, panela, infusiones de aromáticas o agua de frijol. Si tiene alrededor de 3 meses de edad, el alimento es una fruta dulce como banano, papaya o mango.

Los PS y madres reconocen que al iniciar la AC, deben estar muy pendientes de la tolerancia, aceptación y efectos que los nuevos alimentos pueden tener sobre el niño. Para ello vigilan cómo se siente el bebé durante los primeros dos días después de dar un nuevo alimento. Retardan la introducción de alimentos como el huevo, pescado y atún hasta los 8 meses o el año de vida, para evitar las alergias.

*“las abuelas dicen que hay que darles a los niños una comida que es pesada entonces se les iba dando el caldito de los frijoles se les iba dando a probar” (IC-R).*

---

Los PS recomiendan no dar a los niños menores de seis meses agüitas, infusiones o caldos. Además, promueven no dar golosinas (“mecatos”), bebidas gaseosas o café, ni agregar azúcar, sal u otros condimentos a las comidas de los niños. La leche de vaca no la recomiendan, ni tampoco la ofrecen las madres sino hasta después del año de edad.

*“Las vecinas por ejemplo le dan mecato, y le dan mecato todo eso no me parece porque no es bueno el mecato, no es bueno hace que los niños no crezcan bien antes. Al contrario, no comen si le dan mecato. Por ejemplo...de vez en cuando darle un heladito, de vez en cuando, pero no tampoco de seguido. Así les compran dulce pero dulce eso no es aconsejable pues me dicen eso no le vaya a dar a la niña o al niño me dicen porque eso les hace daño” (IC-U).*

A las madres les resulta difícil introducir un utensilio nuevo en la boca de estos pequeños como tetero, cuchara o vaso. Si ha sido alimentado solo al pecho por un largo período, refieren que al niño se le dificulta agarrar y utilizar este nuevo objeto, por lo que requieren mucha paciencia en esta etapa de transición.

*“Al principio no quería, la escupía, toda la botaba, la regaba pero ahora ya con el tiempito ya por lo menos se toma unas 2 oncitas como mínimo o a veces hasta menos toma, pero si ya la recibe. si no, no la sabía querer recibir ni con cuchara solamente el seno y no más” (IC-U).*

Algunas madres ofrecen alimentos mezclados con la leche materna para mejorar la aceptación del niño al nuevo alimento. Algunas de las combinaciones reportadas fueron: leche materna con banano y leche materna con compotas de frutas dulces.

### **Barreras percibidas para una adecuada alimentación complementaria**

Los PS identifican como barrera la falta de recursos para adquirir alimentos variados que aporten los nutrientes necesarios para el óptimo crecimiento del niño. Señalan que algunas madres ofrecen los mismos alimentos en el almuerzo y la cena, dan poca variedad de frutas y verduras y repiten el Nestum® varias veces al día.

Otra barrera identificadas por los PS son algunas creencias y prácticas inadecuadas como dar “mecatos” o golosinas, bebidas gaseosas y café desde muy temprana edad. Además, refieren que existe falta de disposición de las mujeres para poner en prácticas los consejos que brinda el PS.

*“Una puede ser la cultura, porque ya vienen con una alimentación arraigada, pues porque ellos quieren que el bebé continúen con eso y otro por la situación económica porque uno les da una pauta de verduras, de tales alimentos a tales edades pero a veces los hogares no tienen disposición de eso entonces ellos alimentan a su bebé con lo que ellos tienen en su almuerzo y su desayuno y su cena y de pronto eso de pronto no puede estar acorde a la edad del niño pero como la situación económica no les acompaña ellos le dan y su alimento entonces esa puede ser una dificultad en cuanto la alimentación complementaria” (PS-R).*

Las IC y MC refieren que las abuelas, amigas o vecinas promueven el inicio temprano de la alimentación complementario.

*“Lo único que sé es que las mamitas que cuando viven con la mamá, con la abuela les meten otras informaciones entonces hacen que las mamitas no hagan lo que les dicen pero a veces inclusive a veces meten las coladas antes de los 5 meses o leches así no la leches de vaca si no las leches de tarro” (IC-U).*

## Facilitadores para la adecuada alimentación complementaria

Algunas madres tienen reglas como no mirar televisión o jugar a la hora de la comida de los niños hasta los dos años, a fin de que se coman todos los alimentos y no se distraigan. Otras prácticas familiares mencionadas son la promoción de un ambiente agradable, sin discusiones y sin obligar al niño a comer.

Para la mayoría de las mujeres, el aseo e higiene al momento de preparar los alimentos resultó muy importante, además del uso de agua potable o agua hervida y de utensilios (cuchara, vaso, plato) limpios.

La familia, entre los que se encuentran el esposo o pareja, abuelas, hermanos mayores del niño, amigos u otros pueden jugar un rol primordial. El apoyo también se manifestó a través del cuidado de la alimentación de la madre durante el embarazo y la lactancia.

## En Guatemala

Las madres mencionan que la AC inicia cuando el niño “*pide*”, período que varía de acuerdo a la edad desde los 4 a los 8 meses, solo en dos casos iniciaron la AC a partir de los 6 meses de edad. Un caso la retrasó hasta un poco más del primer año de vida.

*“Ya de los 6 meses pues yo empecé a darle unos bocaditos de comida porque ella ya lo pide y... de ahí solo pecho, ah... primero como dicen que... de vez en cuando le daba agüitas, pero ahora que come si le doy su agüita porque ella también ya pide, ya necesita el agua para hidratarse” (IC)*

*“Porque cuando yo comía ella ya pedía, ella se sentaba, levantaba la cabecita, ya quería ella probar ella, la boca se le hacía agua” (IC)*

Para quienes iniciaron la AC después de los 6 meses (a los 7, 8 y 13 meses), lo hicieron porque percibían que antes de ese momento, los niños no estaban listos para comer, que podían enfermarse o que al dárselas en edades más tempranas solo “*jugaban*” con la comida.

*“Sería hasta el año, hasta el año con 1 mes empezó con un poquito de bocaditos, pero casi no quiere comer, solo pecho, si le doy comida es para jugarla” (IC)*

Los alimentos con los que los niños inician su alimentación son los considerados como “*suaves*” pues no provocan ninguna indisposición al niño, tales como la papa y verduras. La carne es considerada un alimento que puede provocar complicaciones de salud para los niños menores de un año.

*“Entonces lo primero que le di yo, fue papitas y verduras” (IC)*

*“Si hay comidas que no come, yo por ejemplo carne no le doy a la nena, no le doy carne, no quiero que se me enferme porque comer carne se le puede pegar y le puede dar infección entonces por eso no le doy carne” (IC)*

Otro de los criterios para dar los alimentos son que los niños los acepten y que les gusten. Los alimentos aceptados son los que se continúan en la dieta de los niños y son pocas las introducciones que se hacen en el primer año.

*“Pedía más, incluso jalaba el plato de comida para que yo le siguiera dando y lo que no le gusta lo sacaba y lo dejaba, es así como uno se da cuenta (que le gusta)” (IC)*

La consistencia en la que los niños reciben los alimentos es en puré, sopas claras o caldos. En algunos casos mantiene los purés y las papillas hasta el año de vida.

*“Le voy dando papillas así papitas, puré de papa, caldito de verduras cocidas” (IC)*

El número de veces que se alimentan los niños varía dependiendo de lo que cada madre considera es suficiente para su niño y usualmente mencionan que cuando los niños ya son grandecitos (mayores de un año) comen tres tiempos y algunas veces refaccionan (4-5 tiempos al día). Sin embargo también se encontraron casos en donde la madre da únicamente uno o dos tiempos al día.

Entre las razones de dar pocos tiempos de comida al día se incluyen la precepción de que un niño pequeño no necesita comer mucho, que aunque sea un niño mayor de 6 meses la leche materna suple lo que le niño necesita o que los tiempos de comida no coinciden con las rutinas del resto de la familia.

*“Solo cena le doy, por lo regular ella está durmiendo a la hora que comemos”.. “poquitos le doy solo una vez al día” (IC)*

*“3 tiempo, desayuno, almuerzo y cena, ya la hora cuando ellas quieren comer algo, por ejemplo a las 10, les compro, les hago atol, ya solo ellas comen, toman un vaso de atol, un su pan o plátano frito” (IC)*

*“Lo que pasa es que como a los niños hay una edad en que solo se les puede dar una comida al día y entonces yo empecé a darle la cena y no le puedo cambiar porque si no se me puede empachar y entonces le doy solo una vez, si en el día cuando yo estoy comiendo y la tengo cargada pues le tengo que dar para que pruebe porque lo puede desear.” (IC)*

### Alimentos que se ofrecen a los niños

En la **TABLA 12** se presenta los alimentos que las IC y MC ofrecen a sus hijos, por grupo de edad, de acuerdo a los resultados de los recordatorios de dieta de 24 horas.

La mayoría de los niños 6-23 meses recibe LM. Se reportan un total de 44 diferentes ítems (alimentos y preparaciones), con una mediana de 7 (IQ 4,9) para el grupo. El mínimo de alimentos ofrecidos fue de 3 con un máximo de 10. Los rangos (min-max) de diferentes artículos alimentarios no fueron muy distintos conforme los grupos de edad, para los niños de 6-8 m (3-10); 9-11 m (5-11) 12-23 meses (3-10).

**Tabla 12. Alimentos ofrecidos clasificados por grupo de alimento según recordatorios de dieta de 24 horas por grupo de edades**

6-8 meses (n=6)		9-11 meses (n=9)		12-23 meses (n=13)	
Alimento	n	Alimento	n	Alimento	n
<b>Granos, raíces y tubérculos</b>					
papas	4	tortilla de maíz	8	tortilla de maíz	10
tortilla de maíz	3	sopa de fideos	4	arroz	7
arroz	1	pan dulce	4	incaparina®	6
incaparina®	1	incaparina®	3	pan dulce	5
avena	1	galletas	3	sopa de fideos	2
rellenito de plátano	1	pan francés	2	papas	2
		avena	2	pasta	1
		arroz	1	avena	1
		pasta	1		
		Cerelac	1		
		pastel	1		
		chuchito (tamal de maíz con carne)	1		
		rellenito de plátano	1		
		papas	1		

Leguminosas y frutos secos					
caldo de frijol	3	caldo de frijol	2	caldo de frijol	4
		frijol	2	frijol	1
Todo tipo de carnes (res, pescado, aves, hígado/vísceras)					
caldo de res	1	caldo de pollo	2	pollo	2
		pollo	2	carne de res	1
				pato	1
				caldo de pollo	1
				caldo de res	1
Productos lácteos (leche, yogurt, queso)					
leche en polvo	2	ninguno reportó		leche en polvo	5
				queso fresco	1
Huevos					
huevos	3	huevos	1	huevos	4
Frutas y verduras ricas en vitamina A					
papaya	1	papaya	1	caldo de hierbas (macuy, acelga)	4
caldo de hierbas (macuy)	1			papaya	1
Otras frutas y verduras					
compota de frutas	2	banano	2	banano	7
banano	2	tomate	1	tomate	5
tomate	1	aguacate	1	compota de frutas	2
güisquil	1			sandía	2
pacaya	1			güisquil	1
Bebidas					
café	3	café	5	café	8
		jugo de frutas procesado o bebida sabor a frutas	2	jugo de frutas procesado o bebida sabor a frutas	5
		agua pura	1	agua pura	5
		té de manzanilla	1	soda tipo cola	1
				té de manzanilla	
Otros					
azúcar (añadida)	6	azúcar (añadida)	9	azúcar (añadida)	13
				sopa tipo ramen	1

## En Mexico

### Información sobre AC

La información que los informantes manejan en torno a la AC es diversa, en la TABLA 13 se describe por grupo de informantes y fuente de información.

**Tabla 13. Información en torno a la AC y fuentes de información**

INFORMACIÓN		FUENTES DE INFORMACION ¿Quién le dice a las madres como alimentar a sus hijos? (IC, MC) /¿De dónde aprenden esta información? (PS)
IC	Desde los tres meses se inicia con caldos, papillas (Gerber) o avena Algunas inician a los 5-6 meses con caldos (pollo y frijol) Se les da alimentos porque ya les empiezan a salir dientes, también es para que agarren fuerza y empiecen a gatear A partir del año ya se puede dar casi de todos los alimentos que consume la familia	Médicos Abuelas de los niños Ellas mismas
MC	Inicia a partir de los 3-4 meses, les dan agua, té y probaditas de caldo (pollo, res, frijoles, sopa aguada)	Pláticas en las clínicas o centros de salud Personal médico Otras mujeres o miembros de la familia con experiencia en maternidad
PS	Inicia a los 6 meses Dan pecho hasta 1-2 años Se inicia con papillas de verduras, frutas y caldos	Información externa (artículos, libros) Cursos de LM por parte de la Secretaría ¿Quién le dice a las mamás como alimentar a sus bebés? Proveedores de salud y familiares cercanos (madres, abuelas, suegras)

### Prácticas comunitarias

Se identificaron diversos motivos por los que las madres inician AC, en la mayoría de los casos antes de los 6 meses.

#### Motivos para iniciar la alimentación complementaria

- Se dan líquidos a partir de los 3 meses para el calor (agua), cólicos o inflamación (tés), o porque consideran que proporcionan vitaminas (jugo de arroz).  
*“Pues uno de todos modos les está dando agüita, té a partir de los tres meses (MN)”*  
*“(Sobre el agua de arroz). Yo sí le di a mi niña porque no la llenaba y nunca quiso fórmula. A los tres meses empecé a darle (MN)”*
- Se dan probaditas de alimentos desde los 3 meses porque se considera que a) se fortalecerá el estómago del niño (*agarra fuerza el estómago*), b) porque a los 5 meses *“el bebé ya se sienta y pide probarlos”*, c) para que después *no les cueste trabajo darles comida*, d) el Gerber lo dan cuando la mamá percibe que el bebé *no se llena con la leche materna*, e) porque a los 6 meses empiezan a gatear y *para que agarren fuerza*.

*“A los cuatro meses ya pedía de comer, ya quería y estiraba la mano, así pedía de comer y le daba a probar la comida y quería él más porque lloraba si no le dabas y ya a los cinco meses le empecé a dar puro así de cómo gerber, le compraba sus manzanas, duraznos y se los licuaba y en la papilla ya se lo daba (MN).”*

*“Bueno pues muchas mamás sí lo hacen, bueno, nosotros lo empezamos a dar desde los tres meses a que probara para que se le fuera asentando en su pancita lo que uno come para que ellos lo coman después (IC)”*

### Alimentos que se ofrecen a los niños

En la **TABLA 14** se observan los alimentos que las IC y MC ofrecen a sus hijos, por grupo de edad, de acuerdo a los resultados de las entrevistas.

**Tabla 14. Alimentos ofrecidos a los niños en Nayarit**

Grupo de edad en meses	Alimento	Descripción
<b>6-8 meses</b>	Frutas	Plátano
	Caldo de pollo	El puro caldo (sin pollo)
	Verduras	Zanahorias, papas
	Lácteos	Yogurt
	De origen animal	Huevo, pollo, jamón
	Industrializados	Gerber. Cereal Nestum, galletas (saladitas, Ritz, marías Chokis), Chiquitin, Danonino
	Tortilla	Acompañada de queso
	Cereales	Arroz
<b>9-11 meses</b>	Frutas	Plátano, Sandía, manzana, fresas, papaya, pera
	Verduras	Chayotes
	Caldo de pollo	Con tortilla desmoronada (sin pollo)
	Caldo de pescado	El puro caldo y a veces, con carne
	Sopa aguada	De pasta
	De origen animal	Pollo, carne de res, huevo
	Productos lácteos	Queso, yogurt
	Leguminosas	Lenteja, frijol
	Cereales	Arroz y avena
	Productos industrializados	Galletas, Danonino, jugos de envase Jumex, agua de sabor en polvo como Zuko, refresco, Chocomilk
	Bebidas	Jugos naturales, jugo de arroz con o sin azúcar, leche
<b>12-23</b>	Frutas	Plátano, manzana, naranja, mango
	Sopa	De pasta, de verduras, fría (con zanahoria, papa, mayonesa)
	Lácteos	Queso
	Leguminosas	Frijoles
	Verduras	Nopales, ensalada (con zanahoria, papa, elote, atún y mayonesa)
	Cereales	Tortilla de maíz, gorditas de harina, arroz
	Industrializados	Galletas marías, gelatina, Sabritas, Gerber, jugo de durazno, refresco, Chocomilk
	Bebidas	Leche de Nido Kinder, Nutrileche, agua de avena o de Jamaica

---

En cuanto a la variedad, consistencia, cantidad y frecuencia estas son las prácticas comunes en la comunidad:

#### Variedad

- Aunque algunas sí los ofrecen entre los 9-11 meses de edad, es común que las madres no den alimentos de origen animal hasta el año por falta de recursos económicos o porque aún no tienen dientes y tienen temor a que se atoren.
- El huevo lo califican como alergénico y suelen no ofrecerlo antes del año.

#### Consistencia

- Los alimentos con los que se inicia la AC por lo regular son **caldos** como los de pollo y de frijol, los cuales consideran muy nutritivos.
- Se dan frutas cocidas como manzanas o peras y **papillas** de Gerber o avena.
- Se inicia con líquidos. Luego se dan frutas (plátano) y verduras cocidas (chayote, zanahoria, papa), machacadas en licuados o en papillas. El cambio de consistencia de los alimentos se vincula a la dentición, porque cuando les salen los dientes ya pueden masticar mejor y se evita el riesgo de que se ahoguen.

#### Cantidad

- Es de acuerdo a lo que el menor quiera comer. Inician con pequeñas cantidades (con lo que les cabe en la mano) y después van incrementando conforme el niño crece y quiere comer. En algunos casos, aumentan la cantidad de la comida cuando consideran que ya no se llena con el pecho.

#### Frecuencia

- Inician ofreciendo 2 comidas al día y a los 8 meses, ofrecen de 3 a 5 comidas al día.

### **Principales barreras para las prácticas recomendadas de AC**

#### Acceso a alimentos

La principal barrera señalada por los tres grupos de informantes fue la falta de recursos económicos de las familias para adquirir alimentos variados que aporten los nutrientes necesarios para el óptimo crecimiento de los niños.

#### Otras barreras:

- Introducción temprana de los alimentos (edad de inicio).
- Falta de información de los PS sobre las consistencias que deben ofrecer a los niños de acuerdo a la edad, esto hace que no asesoren adecuadamente a las madres
- Prácticas culturales arraigadas de dar alimentos en consistencia líquida al inicio de la AC; las madres califican a los caldos como muy nutritivos
- Falta de información en el PS y en las madres sobre la frecuencia de consumo de alimentos de acuerdo a la edad del niño
- Percepción de la madre y del PS de que la lactancia desplaza el consumo de otros alimentos
- Falta de información en madre y PS sobre la cantidad de alimento que debe darse de acuerdo a la edad del niño
- Creencias de que se debe dar alimentos de origen animal cuando aparecen los dientes o a partir del año

- 
- Creencia arraigada de que el huevo causa alergias.
  - Falta de información sobre estrategias que pueden ayudar a las familias, a adquirir alimentos saludables para sus niños (por ejemplo, adquirir frutas y vegetales de temporada de menor costo).
  - Madres que cuando perciben que sus hijos no quieren comer, no insisten y prefieren dar pecho.
  - Es común ofrecer alimentos industrializados a los niños menores de 2 años como los danoninos (yogurt azucarado), Gerbers, refrescos, jugos de caja, Sabritas (papas tostadas) y galletas dulces.
  - Padres de familia que contribuyen al consumo de productos industrializados, al comprar y darle a los niños este tipo de alimentos.
  - Influencia de medios de comunicación para el consumo de productos industrializados

### **Prácticas no deseadas por la OMS**

En las prácticas comunitarias se identificaron algunas que la OMS señala como no deseadas para la AC.

- Introducción precoz de alimentos o líquidos (que no sean leche materna): introducen alimentos y líquidos antes de los 6 meses de edad del niño.
- Consistencias líquidas de alimentos: por lo regular inician con caldos y después de un tiempo, les empiezan a dar alimentos de consistencia más sólida.
- Alimentos industrializados: se ofrecen alimentos como Danoninos, Gerbers, refrescos, jugos de caja, Sabritas y galletas dulces.

## 4.6 Mapeo cognitivo

En Colombia, el ejercicio de mapeo cognitivo incluyó un conjunto de 25 tarjetas de imágenes, 18 tarjetas de alimentos y 7 tarjetas de acciones de cuidado. En México, las madres cuidadoras fueron divididas en 2 grupos. El grupo 1, que incluyó a 5 MC, hizo el ejercicio con 16 tarjetas de alimentos y 6 tarjetas de acciones de cuidado; el grupo 2, con 11 MC, usó 14 tarjetas de alimentos y 7 tarjetas de acciones de cuidado (TABLA 15 Y TABLA 16). Las tarjetas con suplementos como MNP o VITALITO no se incluyeron debido a que las participantes del estudio no estaban familiarizadas con ellos. Por lo tanto, a fin de medir su comprensión de las vitaminas y minerales, se incluyó la tarjeta ‘dar vitaminas’.

**Tabla 15. Tarjetas de alimentos\* utilizadas para los ejercicios de mapeo cognitivo con madres cuidadoras en Colombia (n=28 ) y México (n=16)**

Colombia, (28 Madres Cuidadoras)		México, (16 Madres Cuidadoras)
18 tarjetas		Grupo 1 con 5 MC, 16 tarjetas
1	Agua	Atole de arroz con leche
2	Arroz	Atole de maíz
3	Carne	Caldo de frijol con pedacitos de tortillas
4	Colada	Chocolate en polvo
5	Fruta	Dar pecho
6	Galletas	Dulces
7	Huevo	Frijol machacado
8	Jugo de fruta	Galletas
9	Leche de vaca	Gerber
10	Leche de tarro	Leche Nan
11	Leche materna	Leche Nido
12	Papilla de cereales	Liconsá
13	Pollo	Maruchan
14	Puré de papa/papas	Papas fritas, chetos, chicharrones
15	Sopa de frijol	Plátano
16	Sopa de verdura	Zanahoria
18	Yogurt	
		Grupo 2 con 11 MC, 14 tarjetas
1		Agua de sabor para preparar en polvo
2		Atole de avena
3		Caldo de pollo con verduras
4		Caldo de pollo sin pollo
5		Guiso de carne
6		Huevo
7		Jugos envasados
8		Manzana
9		Pepino
10		Pescado
11		Refrescos
12		Sopa de pasta aguada
13		Tamal
14		Yogurt, Danonino, Chiquitín

\*Alimentos consumidos comúnmente por LNP

**Tabla 16. Tarjetas de acciones de cuidado utilizadas para los ejercicios de mapeo cognitivo con madres cuidadoras en Colombia (n=28 ) y México (n=16)**

	Colombia, (28 Madres Cuidadoras)	México, (16 Madres Cuidadoras)
	<b>7 tarjetas</b>	<b>Grupo 1 con 5 MC, 6 tarjetas</b>
1	Abrigarlos bien	Dar biberón
2	Dar vitaminas	Dar tecitos
3	Jugar con el bebé	Dar vitaminas
4	Llevar al médico	Hervir el bibi
5	Dar afecto	Llevar al curandero/partera cuando se enferma
6	Lavar las manos	Llevarlo al Centro de Salud o a la Unidad Móvil
7	Dar solo pecho por 6 meses	
		<b>Grupo 2 con 11 MC, 7 tarjetas</b>
1		Dar Vida Suero Oral
2		Darle medicina como pastillas, gotas, jarabe cuando se enferman
3		Hervir o clorar el agua
4		Lavar alimentos antes de comer o preparar
5		Lavar las manos con agua
6		Lavar las manos con jabón
7		Pesarlos y medirlos

#### 4.6.1 Ejercicio de calificación de dimensiones de valor relacionadas con la alimentación y el cuidado de lactantes y niños pequeños

##### En Colombia

##### La leche materna y la leche de tarro

La leche materna la valoran positivamente y es gustada por todos los niños. La mayoría de las mujeres consideran que es muy saludable, fácil de preparar y de bajo costo; mientras que la leche de tarro es percibida como menos favorable, la mayoría la considera costosa, la mitad la considera poco saludable y algunas perciben que le gusta poco al niño y no es fácil de preparar. La acción de ‘*solo dar pecho por 6 meses*’ también fue percibida como muy favorable (FIGURA 4 A FIGURA 7). No se observaron diferencias en la percepción de las dimensiones estudiadas de la leche materna entre las comunidades estudiadas. Una mayor proporción de MC en zonas rurales reportan que la leche de tarro es costosa y poco saludable, en comparación con las MC de zonas urbanas.

##### Alimentos consumidos comúnmente por lactantes y niños pequeños

Los alimentos complementarios percibidos como saludables para los LNP incluyeron alimentos no procesados como frutas, sopa de verduras y carne, aves y huevos. Los alimentos percibidos como no saludables incluyeron el té, alimentos procesados como las galletas y papilla de cereales, así como papas y leche de vaca (FIGURA 4). Los alimentos percibidos como saludables por lo general fueron considerados alimentos que gustan a los niños. Entre los alimentos con la mayor proporción de menciones de ‘*le gusta poco*’ fueron la aromática/té, las galletas, el agua y la papilla de cereales (FIGURA 5). Los alimentos percibidos como ‘*muy fácil de hacer*’ incluyen las frutas, el jugo de fruta, el agua, el arroz y las papas. Por otra parte, los alimentos menos fáciles de preparar son la leche de tarro, la papilla de cereales, el yogurt y las galletas (FIGURA 6). Los

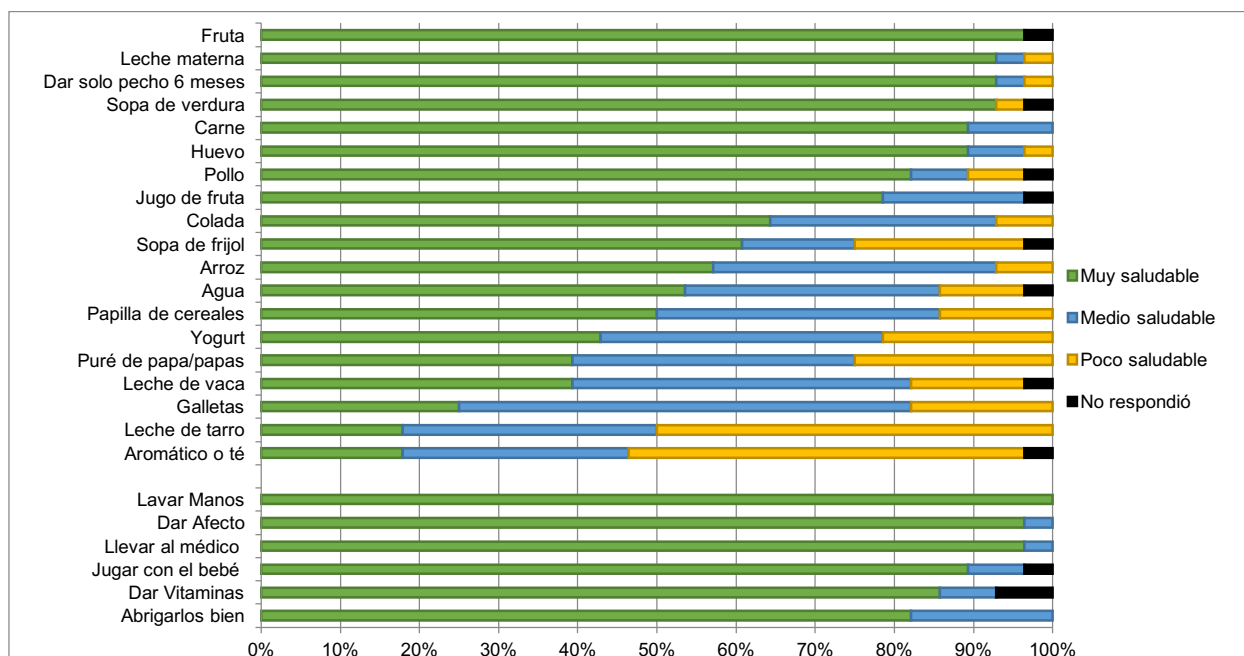
---

alimentos percibidos por las participantes como más costosos son la leche de tarro, la papilla de cereales, la carne y el pollo, mientras que los menos costosos son el agua, la aromática o té, las galletas y el jugo de fruta. (FIGURA 7)

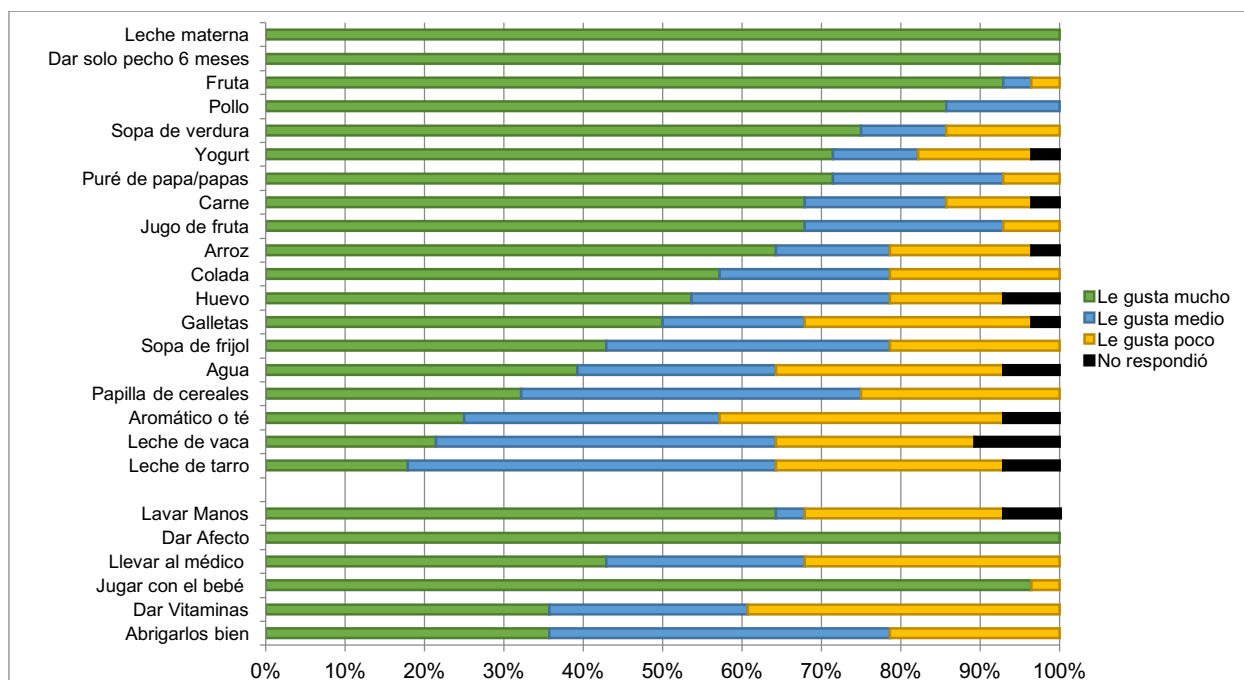
#### Tarjetas de acciones de cuidado

Las siete tarjetas de acciones fueron predominantemente calificadas por las madres cuidadoras como ‘*muy saludable*’ (82-100%), lo cual demuestra que las madres cuidadoras perciben las acciones que posiblemente se relacionan con la salud y el bienestar de sus hijos como importantes (FIGURA 4 A FIGURA 7). Sin embargo, en las otras tres dimensiones (fácil de hacer, costoso, gusto del niño), las acciones varían entre muy, medio y poco. Las acciones de ‘*jugar con el bebé*’ y ‘*dar amor y afecto*’ son percibidas como saludables, asequibles, fáciles de hacer y del gusto del niño. Dar vitaminas es percibido como muy saludable por la mayoría de las MC; sin embargo, muchas madres no perciben dar vitaminas como fácil, asequible, o del gusto del niño. La acción de ‘*dar vitaminas*’ es vista como la menos asequible y la menos fácil de hacer de todas las tarjetas de acciones de cuidado. Los informantes reportan que comprar vitaminas es caro y que los niños por lo general no quieren tomarlas porque tienen un sabor desagradable. ‘Llevar al médico’ también se considera saludable, pero menos fácil de hacer y desagradable para el niño en comparación con las otras tarjetas. Esto es importante para la estrategia ya que las madres perciben las vitaminas como saludables pero no necesariamente asequibles o fácil de dar al niño, por lo que el diseño de las comunicaciones puede incluir mensajes que indican que el suplemento es gratuito, que los sobres son relativamente fáciles de administrar, y que tiene un sabor que favorece una creciente aceptación de parte del niño. Al estratificar el ejercicio de calificación por zona residencial o por grupos etarios, se observa poca diferencia en la manera en que las madres califican los artículos alimentarios y las acciones de cuidado.

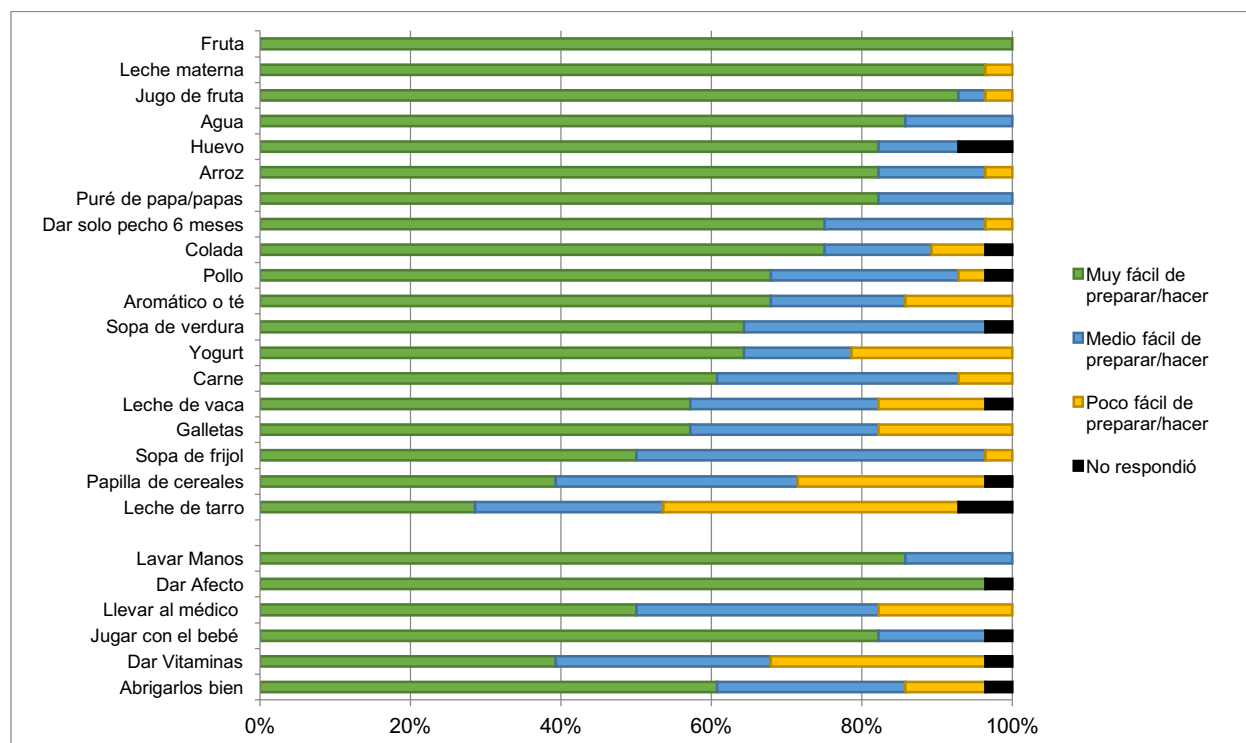
**Figura 4** Clasificación de tarjetas según la dimensión saludable en madres cuidadoras en Colombia (n=28)



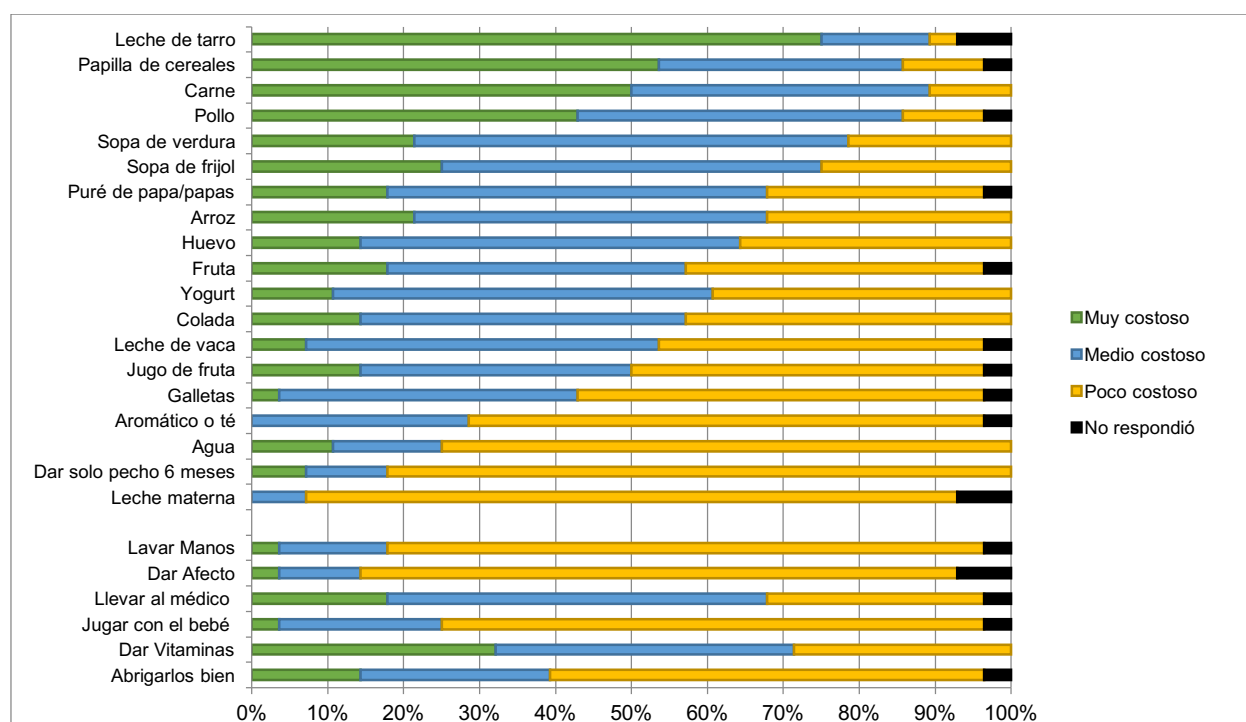
**Figura 5** Clasificación de tarjetas según la dimensión gusto del niño en madres cuidadoras en Colombia (n=28)



**Figura 6** Clasificación de tarjetas según la dimensión fácil de hacer y/o preparar en madres cuidadoras en Colombia (n=28)



**Figura 7** Clasificación de tarjetas según la dimensión costo en madres cuidadoras en Colombia (n=28)



## En México

### Leche materna y leche de tarro

La leche materna es altamente valorada por las mujeres. Todas consideran que la leche es muy saludable, que al niño le gusta mucho, que es fácil de preparar y que es de bajo costo (FIGURA 10, FIGURA 12 Y FIGURA 14); mientras que la leche de tarro (tarjetas de leche Nido y leche Nan) es percibida como menos favorable. En general, las MC consideran la leche de tarro ‘medio saludable’, aunque algunas la consideran ‘muy saludable’ (40% para la leche Nido) y otras ‘poco saludable’ (20% para la leche Nido). De manera similar, la facilidad de preparación por lo general se considera ‘medio fácil’, con ciertas excepciones. Las opiniones se encuentran divididas en cuanto a si a los niños les gusta el sabor de la leche de tarro (FIGURA 10). Sin embargo, hay consenso general de que la leche de tarro es cara (FIGURA 14).

La acción de ‘dar biberón’, utilizada para ofrecer leche de tarro u otras bebidas, por lo general es considerada ‘medio saludable’ (80%) (FIGURA 9), desagradable para los niños (100%) (FIGURA 11), ‘medio fácil’ de preparar (60%) (FIGURA 13) y ‘muy costosa’ (75%) (FIGURA 15).

### Alimentos consumidos comúnmente por LNP

Los alimentos considerados como ‘muy saludables’ por todas las MC incluyen plátano, atole de arroz con leche, atole de maíz, caldo de frijol con pedacitos de tortillas, zanahoria y leche materna en el grupo 1, y caldo de pollo con verduras en el grupo 2. Los alimentos considerados como ‘poco saludables’ incluyen papas fritas, chetos, chicharrones, dulces y Maruchan en el grupo 1 y ninguno en el grupo 2.

Los únicos alimentos que todas las MC reportaron como que les gustan a los niños fueron la leche materna, el caldo de frijol con pedacitos de tortillas y el caldo de pollo sin pollo (FIGURA 10).

Varios alimentos fueron considerados ‘muy fáciles de preparar’; estos incluyeron la leche materna, el plátano, la zanahoria, el caldo de frijol con pedacitos de tortillas, el atole de arroz con leche y el atole de maíz en el grupo 1, y el caldo de pollo con verduras en el grupo 2 (FIGURA 12).

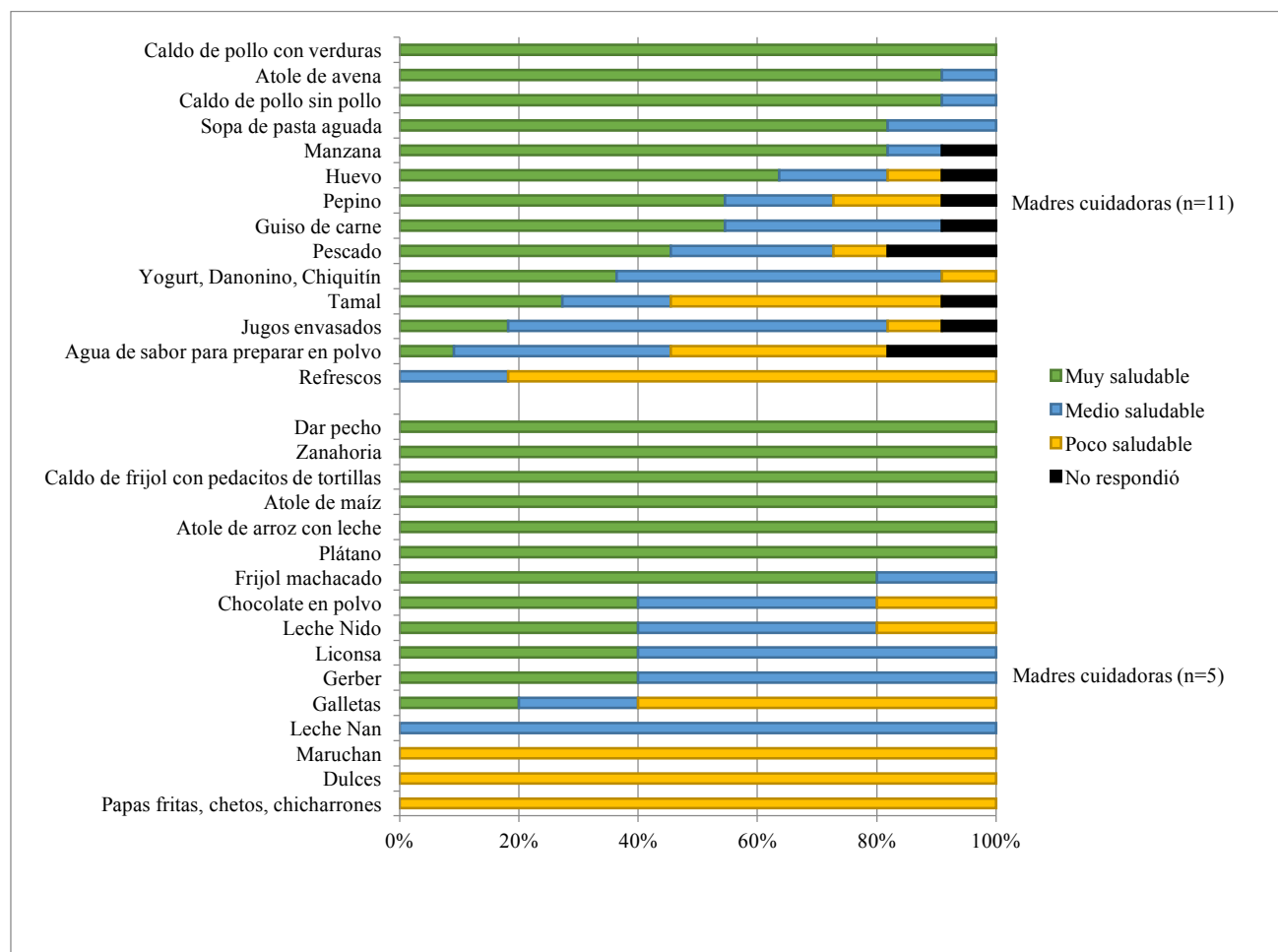
La leche materna y los dulces fueron considerados baratos por todas las madres (FIGURA 14). Asimismo, el caldo de frijol con pedacitos de tortillas, el tamal y el guiso de carne por lo general se consideraron costosos.

### Tarjetas de acciones de cuidado

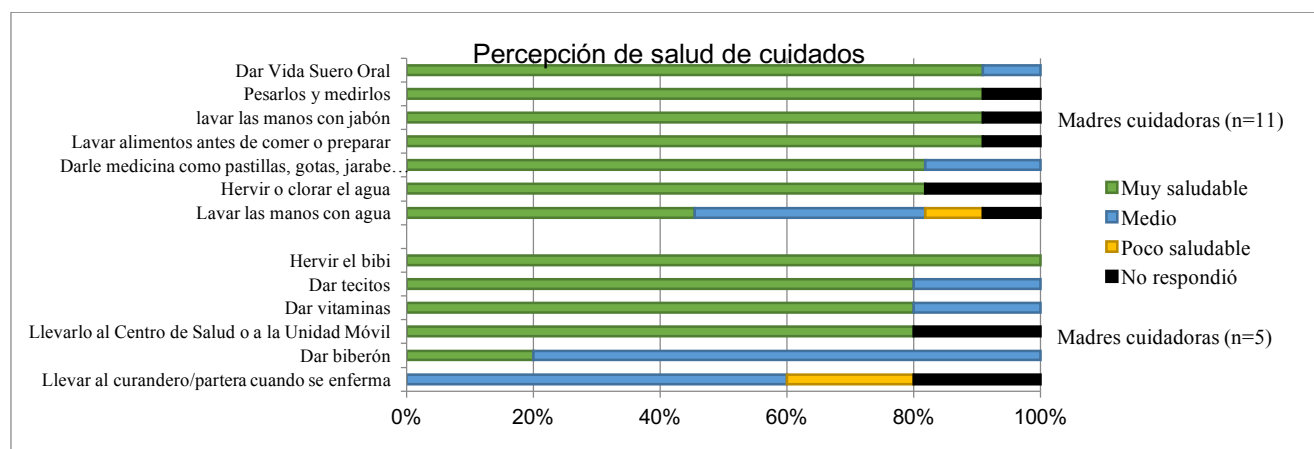
La mayoría de las tarjetas de acciones fueron calificadas por las madres cuidadoras como ‘muy saludables’ (FIGURA 9). Las acciones que por lo general se consideraron ‘medio’ o ‘poco saludables’ incluyen llevar al niño al curandero/partera cuando se enferma, dar biberón y lavarse las manos con agua. Las acciones que por lo general no gustan al niño son llevarlo al curandero/partera cuando se enferma, llevarlo al centro de salud o a la unidad móvil y darle biberón (FIGURA 11). Las acciones de cuidado por lo general se consideraron como fáciles de hacer, con excepción de llevar al niño curandero/partera cuando se enferma (FIGURA 13). Las acciones consideradas como costosas incluyeron dar biberón, darle medicina como pastillas, gotas, jarabe cuando se enferma, y llevarlo al centro de salud o a la unidad móvil (FIGURA 15).

El uso de vitaminas se consideró ‘muy saludable’, muy fácil de hacer y de mucho agrado (100%), pero fue considerado costoso por la mitad de las MC.

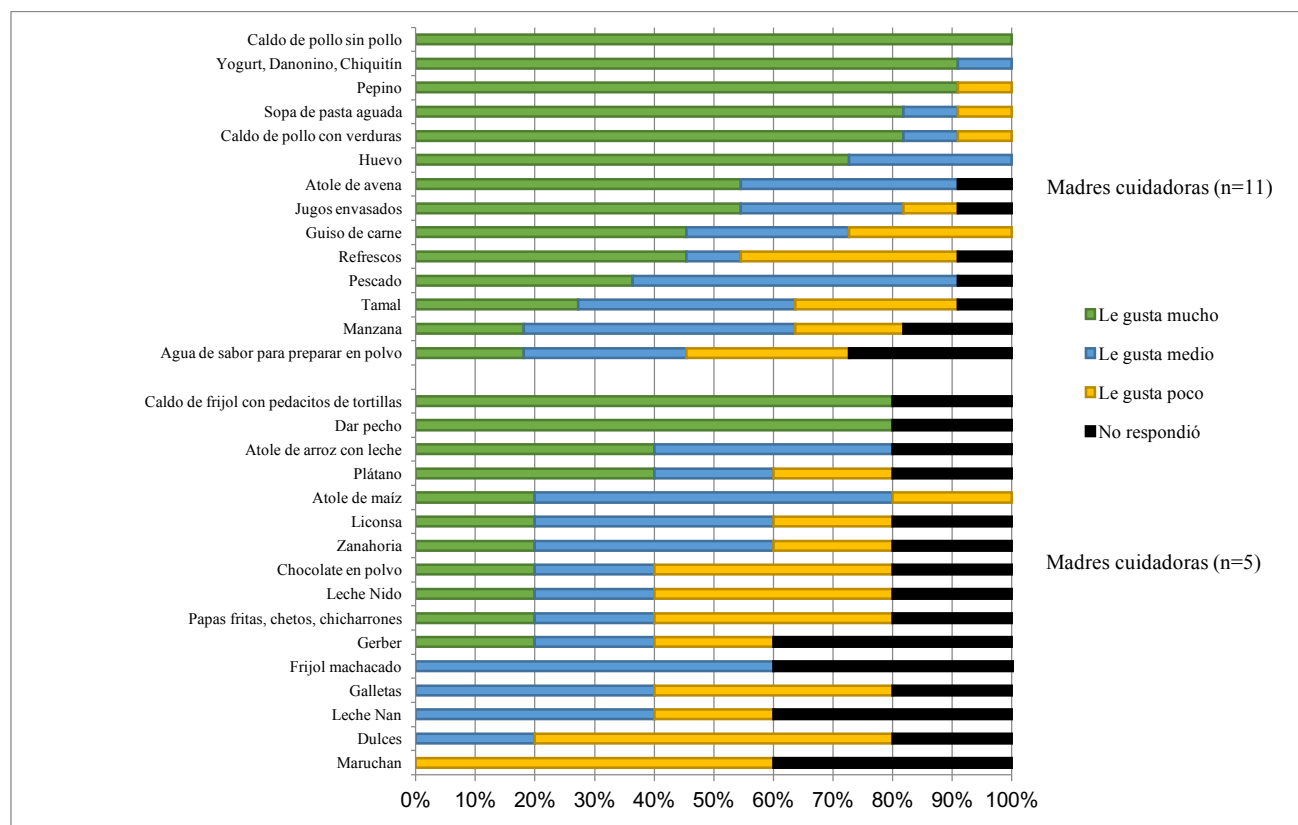
**Figura 8 Clasificación de tarjetas de alimentos según la dimensión saludable en madres cuidadoras en México (n=16)**



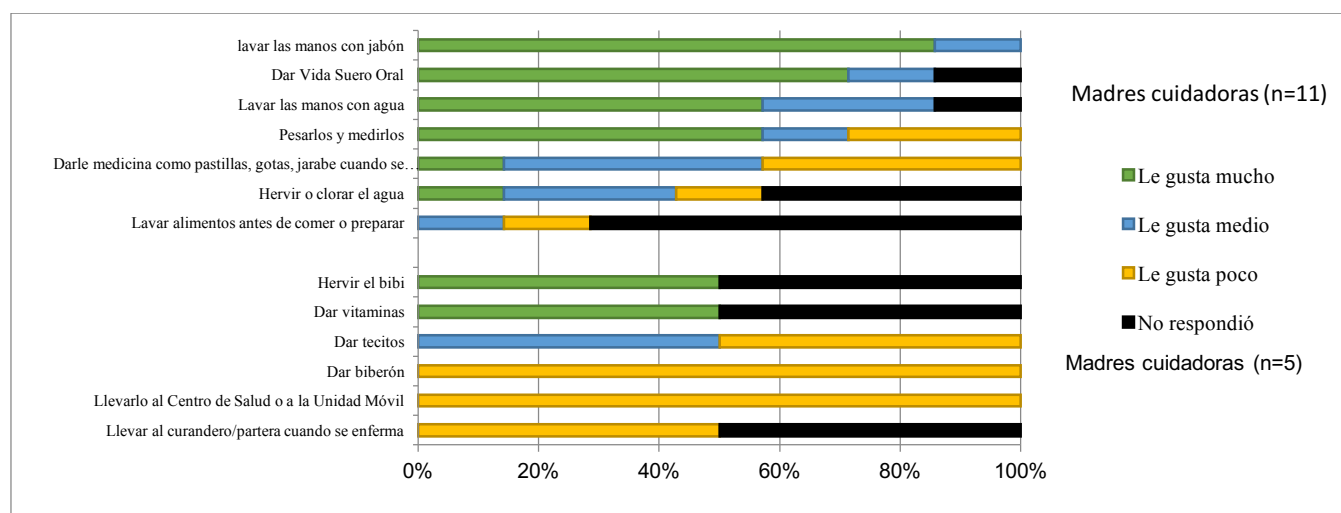
**Figura 9 Clasificación de tarjetas de acciones de cuidado según la dimensión saludable en madres cuidadoras en México (n=16)**



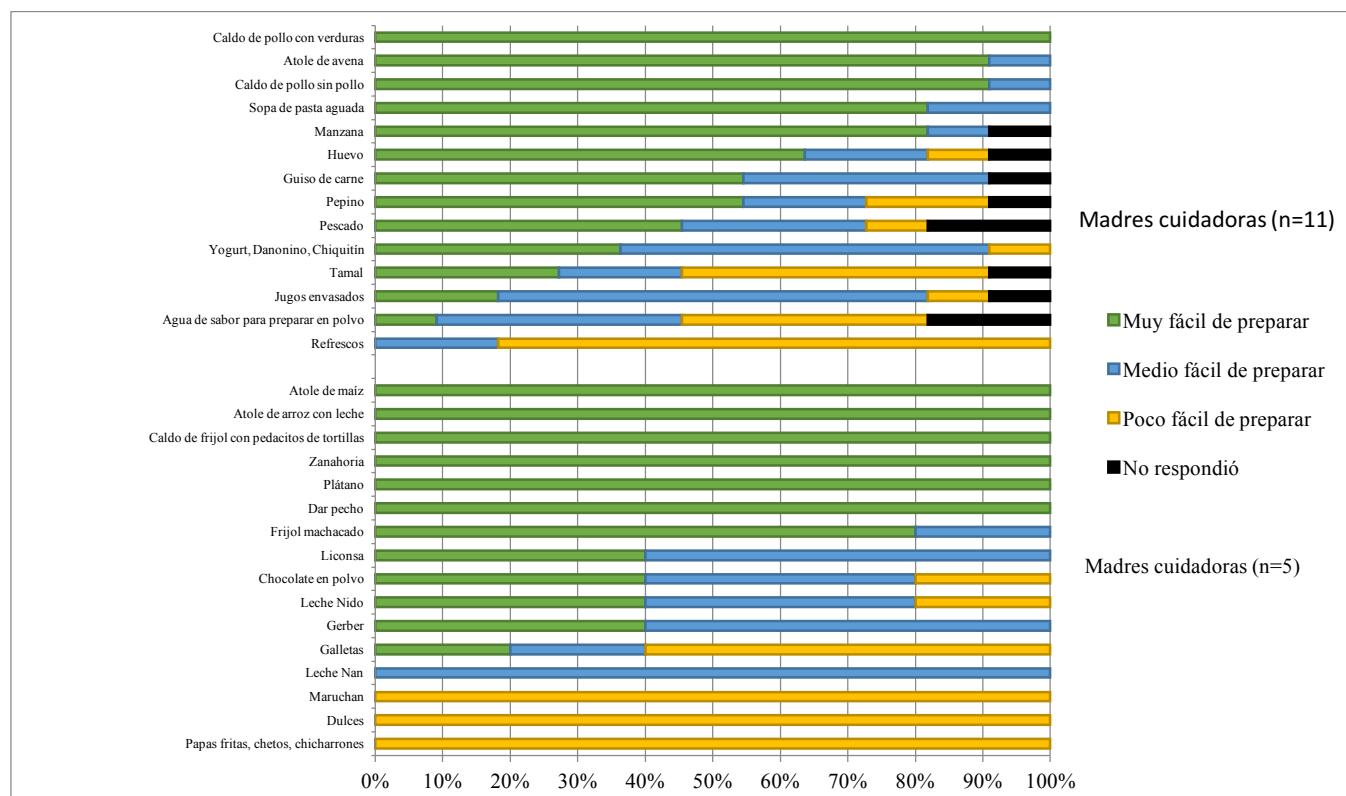
**Figura 10 Clasificación de tarjetas de alimentos según la dimensión gusto del niño en madres cuidadoras en México (n=16)**



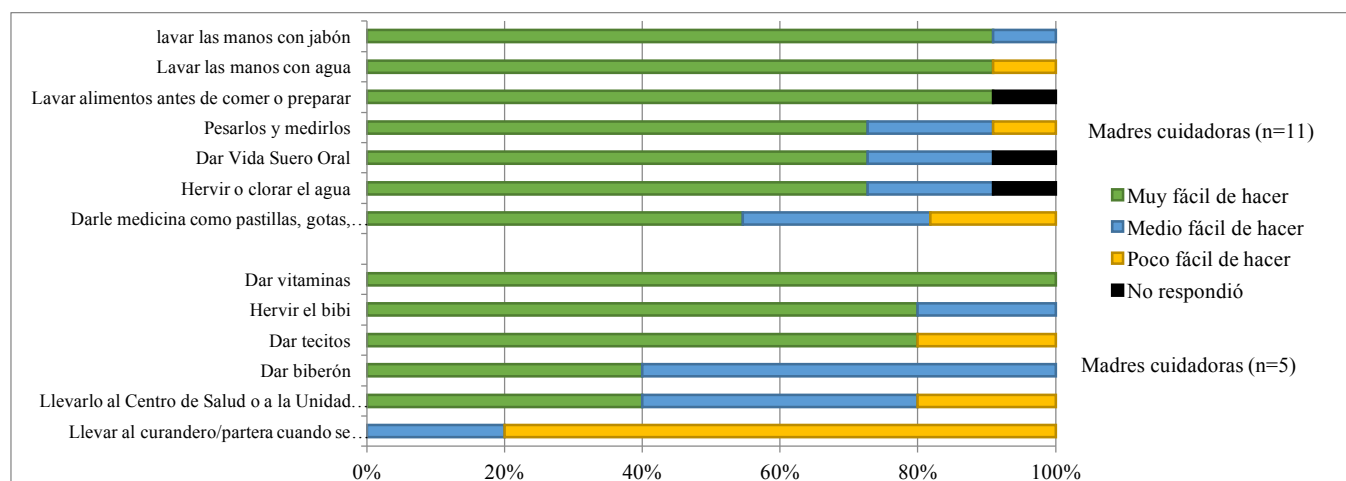
**Figura 11 Clasificación de tarjetas de acciones de cuidado según la dimensión gusto del niño en madres cuidadoras en México (n=16)**



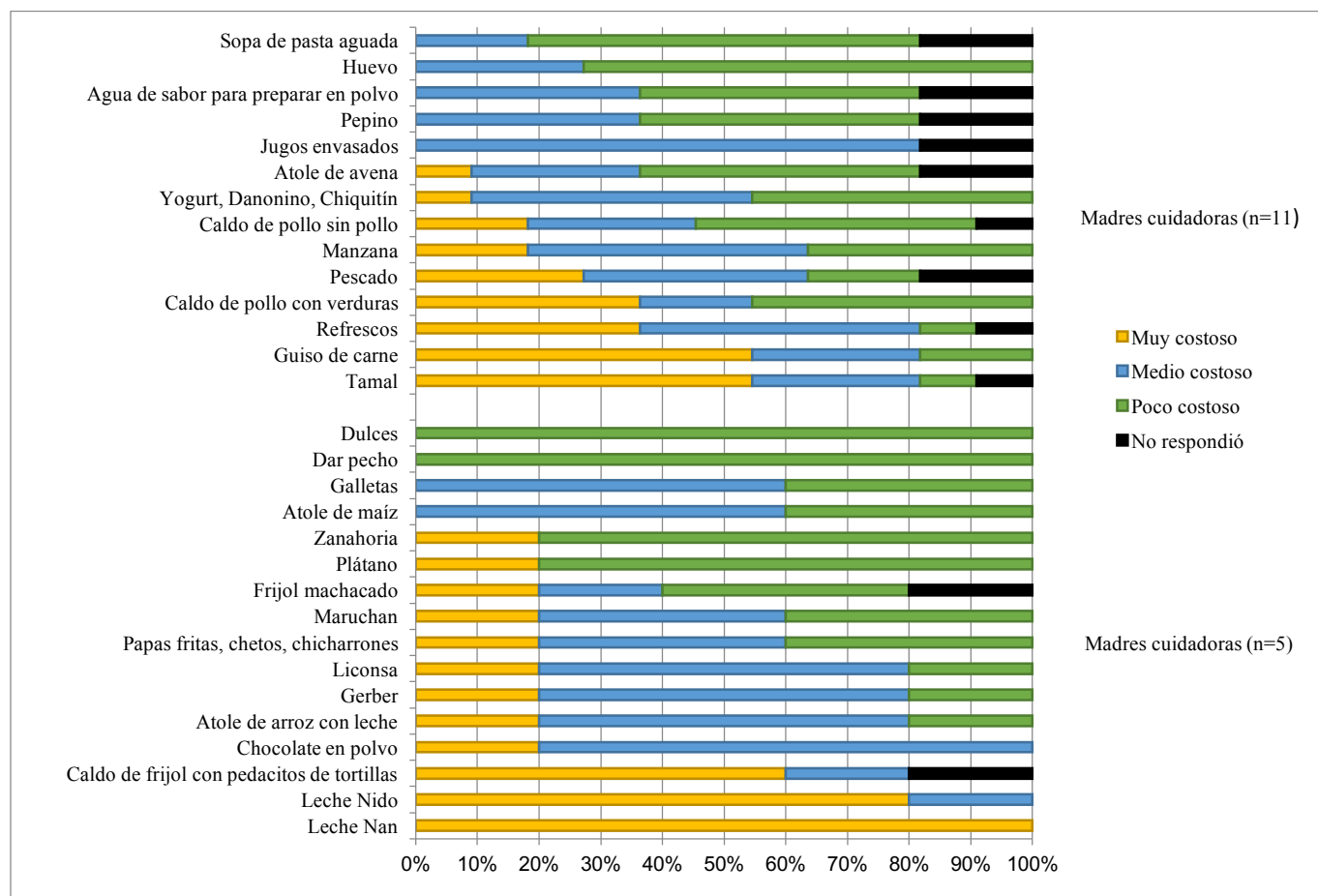
**Figura 12** Clasificación de tarjetas de alimentos según la dimensión fácil de hacer y/o preparar en madres cuidadoras en México (n=16)



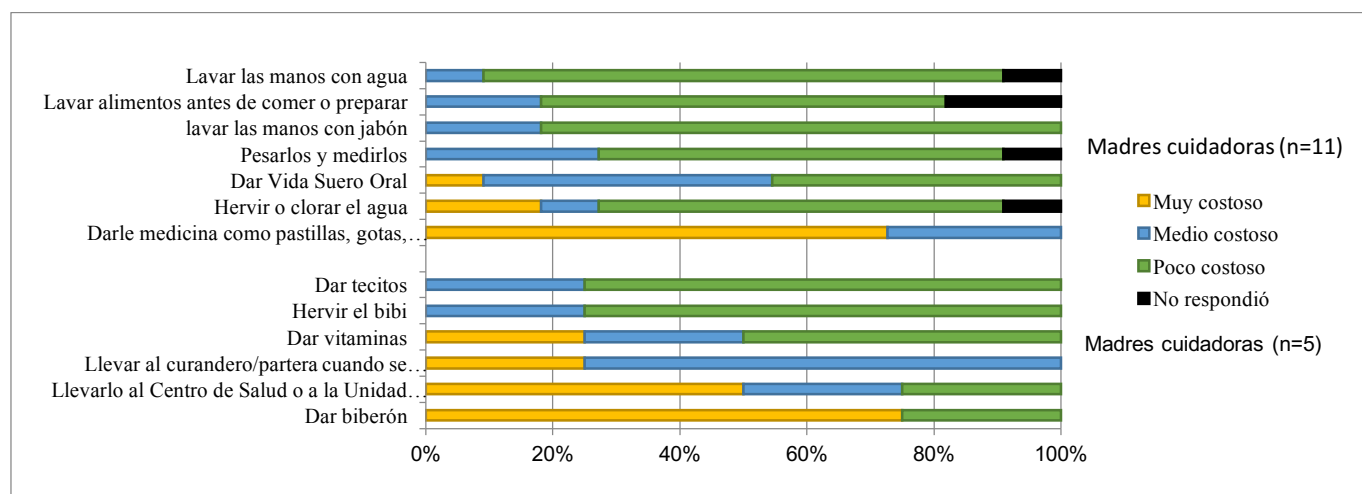
**Figura 13** Clasificación de tarjetas de acciones de cuidado según la dimensión fácil de hacer y/o preparar en madres cuidadoras en México (n=16)



**Figura 14 Clasificación de tarjetas de alimentos según la dimensión costo en madres cuidadoras en México (n=16)**



**Figura 15 Clasificación de tarjetas de acciones de cuidado según la dimensión costo en madres cuidadoras en México (n=16)**



## 4.6.2 Clasificación en pilas de artículos de cuidado alimentarios y no alimentarios ('Pile sorting')

### En Colombia

#### Temas emergentes en los que se clasificaron las tarjetas

Durante el ejercicio de clasificación en pilas con 18 tarjetas de alimentos y 7 tarjetas de acciones de cuidado, las MC identificaron numerosos temas en los cuales agruparon las tarjetas; los 15 temas mencionados más comúnmente se describen en la TABLA 17. El tema '*alimentos que se dan a una cierta edad*' fue el grupo mencionado más comúnmente (n=21, 81%), ilustrando así la importancia de introducir alimentos específicos a edades específicas. Sin embargo, las MC tienen ideas diversas de qué alimentos deben introducirse a qué edad. Los alimentos más comunes agrupados en este grupo fueron frijoles, huevos, arroz, pollo y carne. El segundo grupo mencionado más comúnmente fue '*tipo de alimento*' (n=19, 73%), en el cual las MC agruparon los alimentos según características similares. El tercer tema más común fue '*saludable / buena alimentación*' (n=13, 50%), que incluyó tarjetas tales como leche de tarro (n=6), papilla (n=5), jugo de fruta (n=5), huevos (n=5) y pollo (n=4). '*Cuidados del niño*' también fue un tema común (n=11, 42%), que incluyó en su mayoría tarjetas de acciones de cuidado, pero también la leche materna (n=5), fruta (n=2), leche de vaca (n=1) y colada (n=1).

#### Tarjetas clasificadas en temas

Aunque las madres a menudo clasificaron las tarjetas en grupos con temas similares, las tarjetas que colocaron en cada grupo variaron, mostrando las distintas percepciones que tienen las MC en relación a dichos temas. Los temas en los cuales la mayoría de las tarjetas fueron clasificadas fueron '*alimentos que se dan a una cierta edad*', '*saludable / buena alimentación*', '*tipo de alimento*', '*cosas importantes*' y '*tiene vitaminas*' para el caso de las tarjetas de alimentos (TABLA 18), y '*cuidados del niño*', '*cariño/amor*', '*para que no se enferme*', '*crecimiento*' y '*cosas importantes*' para el caso de las tarjetas de acciones (TABLA 19).

La leche materna y '*solo dar pecho por 6 meses*' fueron –ambas– clasificadas más comúnmente como '*cuidado*', y la leche materna fue la tarjeta colocada con mayor frecuencia en una pila de '*que no se enferme*'. La mayor parte del resto de las tarjetas colocadas en este grupo fueron acciones más que alimentos, indicando que las madres ven a la leche materna como algo que tiene una medida protectora por sobre otros alimentos. El tema de '*lactancia*' sí surgió mas no fue común, y solo se colocaron 2 tarjetas (ambas acciones) en este tema: '*solo dar pecho 6 meses*' y '*dar afecto*'.

La fruta y el huevo fueron los alimentos más comúnmente clasificados en una pila de '*vitaminas / nutrientes*', junto con la tarjeta de acción de '*dar vitaminas*'. Ninguna otra acción fue clasificada en este grupo. En el grupo '*saludable*', la leche de tarro sorprendentemente fue la más común, seguida de la papilla, el jugo de fruta y el huevo. Cabe destacar que la leche de tarro también fue clasificada en el grupo '*no saludable*', así como la papilla.

Las tarjetas de acciones fueron agrupadas más comúnmente como '*cuidados*', seguidas de '*cariño*' y '*que no se enferme*', ilustrando que las madres ven estas acciones como cuidar y amar, y también como prevención de enfermedades.

La mayoría de las tarjetas de alimentos fueron clasificadas en los temas de '*alimentos que se dan a una cierta edad*', '*tipo de alimento*' y '*saludable/buena alimentación*', mientras que las tarjetas de acciones fueron clasificadas mayormente como '*cuidados de niños*'.

**Tabla 17. Temas emergentes más comunes en los cuales las madres cuidadoras en Colombia (n=28) agruparon libremente sus tarjetas de alimentos y cuidados**

Grupos de temas más comunes <sup>1</sup>	Descripción de temas	Madres cuidadoras que mencionaron el grupo (n=28)	
		n	(%)
Alimentos que se dan a una cierta edad	Alimentos ofrecidos como parte de la AC a alguna edad específica	21	81%
Tipo de alimento	Agrupación de los alimentos según características similares: cereales, proteínas, lácteos, líquidos, con fibra, con vitaminas y minerales	19	73%
Saludable / buena alimentación	Agrupación de alimentos según elementos vinculados a la salud del niño	13	50%
Cuidados del niño	Actividades que brindan cuidado integral. Atención de la madre y del personal de salud, brindar lactancia materna, uso de vitaminas, proveer de abrigo, afecto y juego	11	42%
Tiene vitaminas	Cosas que contienen vitaminas y/o minerales	10	38%
Cosas importantes	Cosas que se concideran importantes para los ninos. Las MC usan la palabra "importante"	9	35%
Para que no se enferme	Alimentos y acciones (llevarlo al control médico, darle vitaminas) para evitar que se enferme.	8	31%
Cariño / amor	Cosas que brindar y demuestran carino y/o amor por el niño	7	27%
Complementos	Cosas que son un complemento (una adición) a las cosas mas rutinas / diarias (de pronto no tan seguidos)	7	27%
Crecimiento	Cosas que promueven crecimiento y desarrollo	6	23%
Responsabilidad de los padres	Cosas que son la responsabilidad de los padres del niño	6	23%
No son saludables	Cosas o acciones no tan saludables para el niño	4	15%
Higiene / limpieza	Cosas relacionadas con limpieza y aseo (casa, juguetes, alimentos) y/o con hygiene del niño o mama	3	12%
No se ofrecen a niños	Cosas que las MC no usan o hacen actualmente	3	12%
Lactancia	Cosas que tienen alguna relacion con lactancia	2	8%

**Tabla 18. Número de alimentos (tarjetas) clasificados en cada grupo o tema por madres cuidadoras en Colombia (n=28)**

Numero de alimentos (tarjetas) clasificadas en cada grupo o tema																			
Grupos de temas más comunes <sup>1</sup>	Leche materna																		Suma de tarjetas
		Arroz	Papas	Galletas	Papilla	Frijoles	Leche de tarro	Leche de vaca	Yogurt	Pollo	Carne	Huevo	Jugo de fruta	Fruta	Sopa de verdura	Colada	Agua	Arom. o Té	
Alimentos que se dan a una cierta edad	0	9	8	6	7	10	6	8	8	9	9	10	8	6	8	8	7	6	133
Saludable / buena alimentación	2	3	4	3	5	3	6	2	3	4	4	5	5	2	3	3	0	1	58
Tipo de alimento	1	4	3	4	4	1	4	5	2	3	3	1	3	3	2	3	4	3	53
Cosas importantes	3	3	2	3	1	0	0	1	0	3	3	2	3	2	4	3	3	1	37
Tiene vitaminas	0	1	2	1	2	3	1	1	2	2	2	4	1	4	2	2	0	0	30
Para que no se enferme	4	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	0	2	1	2	1	23
Crecimiento	2	1	1	1	0	2	0	0	0	1	2	1	1	1	0	0	1	2	16
No se ofrecen a niños	0	1	0	2	1	1	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2	15
Complementos	1	0	0	1	1	0	2	1	0	0	0	0	1	1	0	2	2	2	14
No son saludables	0	0	2	1	1	2	2	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2	13
Cuidados del niño	5	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	9
Responsabilidad de los padres	2	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	7
Cariño / amor	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	5
Higiene / limpieza	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3
Lactancia	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1

**Tabla 19. Número de cuidados (tarjetas) clasificados en cada grupo o tema por madres cuidadoras en Colombia (n=28)**

Grupos de temas más comunes <sup>1</sup>	Número de tarjetas (cuidados) clasificadas en cada grupo o tema							Suma de tarjetas	
	Cuidados del niño							n	%
	Solo pecho	Vitaminas	Afecto	Abrigarlos	Jugar	Lavar manos	Cuidado médico		
Cuidados del niño	7	8	6	8	9	5	8	51	31%
Cariño / amor	3	3	4	2	5	1	4	22	13%
Para que no se enferme	3	3	3	4	1	3	3	20	12%
Crecimiento	2	1	3	3	3	2	3	17	10%
Cosas importantes	2	2	2	2	2	4	2	16	10%
Responsabilidad de los padres	1	1	3	3	1	3	3	15	9%
Saludable / buena alimentación	2	3	1	1	1	1	2	11	7%
Higiene / limpieza	0	0	0	1	1	3	0	5	3%
Tiene vitaminas	0	4	0	0	0	0	0	4	2%
Lactancia	1	0	1	0	0	0	0	2	1%
Alimentos que se dan a una cierta edad	0	0	0	0	0	1	0	1	1%

## En México

### Temas emergentes en los que se clasificaron las tarjetas

Durante el ejercicio de clasificación en pilas con 16 tarjetas de alimentos y 6 tarjetas de acciones de cuidado entre 5 madres cuidadoras y con 14 tarjetas de alimentos y 7 tarjetas de acciones de cuidado entre 11 madres cuidadoras, surgieron numerosos temas de clasificación. Los 14 temas mencionados más comúnmente en los que las madres cuidadoras agruparon las tarjetas se describen en la **TABLA 20**. Los temas *‘acciones de higiene previas o posteriores a comer’* y *‘acciones de prevención de enfermedades, cuidado y consideradas obligatorias’* fueron mencionados, cada uno, por la mitad de las madres cuidadoras (n=8, 50%), ilustrando la importancia de la higiene para prevenir enfermedades en los pequeños. El tema *‘Acciones de higiene previas o posteriores a comer’* incluyó alimentos como caldo de pollo con verduras, atole de avena, manzana y leche de tarro, y tarjetas de acciones como lavar alimentos y dar de comer y lavar las manos con jabón. El tema *‘acciones de prevención de enfermedades, cuidado y consideradas obligatorias’* incluye la leche materna y alimentos como caldo de pollo con verduras, así como tarjetas de acciones como ‘darle medicina como pastillas, gotas, y jarabe y suero’ y ‘dar suero oral’. El tercer tema más común fue *‘alimentos que consume y gustan al niño (no necesariamente a adultos)’* (n=7, 44%), el cual incluyó tarjetas de alimentos como frijoles machacados, pero en su mayoría comida chatarra y ninguna tarjeta de acción. El siguiente tema de mención más común fue *‘Acciones de cuidado durante enfermedad y consideradas obligatorias’*, el cual incluyó 1 tarjeta de alimentos (guiso de carne) y varias tarjetas de acciones.

### Tarjetas clasificadas en los temas

Aunque las madres a menudo clasificaron las tarjetas en grupos con temas similares, las tarjetas que colocaron en cada grupo variaron, mostrando percepciones inconsistentes entre las madres cuidadoras en relación a los temas emergentes. Las tarjetas colocadas en los 14 temas creados más comúnmente se muestran en la **TABLA 21** para alimentos y en la **TABLA 22** para cuidados.

La leche materna fue clasificada en 4 temas mencionados comúnmente, incluyendo *‘acciones de prevención de enfermedades, cuidado y consideradas obligatorias’*, *‘consistencias líquidas que consumen o deben consumir los infantes’*, *‘consumo a partir de cierta edad’* y *‘acciones de alimentación: orientación de servicios de salud e higiene’*. La leche de tarro fue clasificada en 4 temas creados, incluyendo *‘acciones de higiene previas o posteriores a comer’*, *‘agrupación de los alimentos según características similares’*, *‘consistencias líquidas que consumen o deben consumir infantes’* y *‘consumo a partir de cierta edad’*. El uso de vitaminas fue incluido en los siguientes temas: *‘acciones de cuidado durante enfermedad y consideradas obligatorias’*, *‘agrupación de los alimentos según características similares’*, *‘acciones de alimentación: orientación de servicios de salud e higiene’* y *‘no responde’*.

**Tabla 20. Temas emergentes más comunes en los que las madres cuidadoras en México (n=16) agruparon libremente sus tarjetas de alimentos y cuidados**

	Grupos de temas más comunes	Descripción de temas	Madres cuidadoras que mencionaron el grupo (n=16)	
1	Acciones de higiene previas o posteriores a comer	Son actos que las madres consideraron como parte de un proceso higiénico para antes y/o después de comer. Fue reiterado en su discurso por lo cual se consideró de gran importancia.	8	50%
2	Acciones de prevención de enfermedades, cuidado y consideradas obligatorias	Eventos o situaciones que las mujeres o cuidadoras consideran que al llevarlas a cabo contribuyen a que sus infantes no enfermen y, por el contrario, se ejerza el cuidado. Cabe señalar que algunas de esas acciones de cuidado no solo se conciben como preventivas, sino necesarias y obligatorias.	8	50%
3	Alimentos que consume y gustan al infante (no necesariamente a adultos)	Conjunta alimentos que resultan del gusto del infante por lo tanto los consume, o bien, que los consume simplemente.	7	44%
4	Acciones de cuidado durante enfermedad y consideradas obligatorias	Actos que las mujeres o cuidadoras consideran que deben ejercerse cuando sus infantes enferman.	6	38%
5	Agrupación de los alimentos según características similares	Esta fue una clasificación de alimentos que hicieron las madres o cuidadoras respecto a componentes o ingredientes, consistencias, modo de consumo y semejanza/diferencia entre sí. Agrupación de alimentos: a) con leche; b) iguales entre sí; d) diferentes entre sí; d) de consistencia caldosa; e) elaborados con azúcar, masa y/o harina; f) que contienen fruta; g) que se comen con tortilla	5	31%
6	Alimentos que no se deben dar a infantes	Las madres o cuidadoras hicieron una clasificación de algunos alimentos que de acuerdo a la interpretación de las investigadoras constituyen alimentos que no se deben dar a infantes, entre eso se mencionó la comida "chatarra".	4	25%
7	Consistencias líquidas que consumen o deben consumir infantes	Son alimentos de consistencia líquida que las madres o cuidadoras consideran que deben consumir sus infantes, o bien, ya lo hacen.	4	25%
8	Consumo a partir de cierta edad	Las madres o cuidadoras hicieron una distinción respecto a los alimentos que pueden consumir sus infantes de acuerdo a cómo van creciendo. Consumo a partir de primeros meses, 3 o 4 meses, 6 meses o 10 meses	4	25%
9	En conjunto estos alimentos son una comida 'completa'	Las madres o cuidadoras eligieron algunos alimentos que consideraron que juntos constituían una comida íntegra para sus infantes.	4	25%
10	Alimentos que infantes deben consumir como carnes y verduras	Se mencionaron carnes y verduras como alimentos que sus infantes deben consumir, entre otros.	3	25%
11	Consumo entre comidas y/o para después de comer	Aquellos alimentos que sus infantes consumen entre una y otra comida, o bien después de sus comidas importantes o fuertes del día.	3	19%
12	No responde	La madre o cuidadora no respondió cuáles fueron sus motivos para agrupar los alimentos y/o cuidados de determinada manera.	3	19%
13	Acciones de alimentación: orientación de servicios de salud e higiene	Episodios en los que a veces las madres o cuidadoras consideran que pudieran recurrir a servicios de salud para obtener una mejor orientación o asesoría sobre qué dar de comer a sus infantes.	2	13%
14	Tipos de leches que se consumen con biberón	Refiere a leche en polvo y Liconsa que según madres o cuidadoras sus infantes consumen con bibí o biberón.	1	6%

**Tabla 21. Número de alimentos (tarjetas) clasificados en cada grupo o tema por madres cuidadoras en México (n=16)**

Grupo*		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Madres cuidadoras que mencionaron el grupo	n	8	8	7	6	5	4	4	4	4	3	3	3	2
	%	50%	50%	44%	38%	31%	25%	25%	25%	25%	25%	19%	19%	13%
Leche materna		0	1	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	1
Granos, raíces y tubérculos	Atole de arroz con leche	0	0	0	0	2	0	0	2	0	1	0	0	0
	Atole de maíz	0	0	1	0	1	0	0	2	0	1	0	0	0
	Atole de avena	3	0	1	0	0	0	3	0	0	1	1	1	0
Legumbres y nueces	Frijol machacado	0	0	2	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0
Lácteos (leche, yogurt, queso)	Leche Nan®	1	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0
	Leche Nido®	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0
	Yogurt, Danonino, Chiquitín	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	2	1	0
Alimentos cárnicos (carne, pescado, aves)	Guiso de carne	1	0	1	1	1	0	0	1	1	2	0	1	0
	Pescado	0	1	1	0	1	0	0	1	1	2	0	1	0
Huevos	Huevo	0	0	1	0	0	0	0	1	3	1	0	0	0
Frutas y verduras	Plátano	0	1	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	1
	Manzana	2	0	1	0	0	0	0	0	2	2	1	1	0
	Pepino	1	0	1	0	0	0	0	1	2	2	1	1	0
	Zanahoria	0	1	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	1
Caldos y sopas	Caldo de pollo con verduras	3	1	1	0	2	0	1	0	1	1	0	1	0
	Caldo de pollo sin pollo	1	0	1	0	2	0	0	0	2	1	0	2	0
	Caldo de frijol con pedacitos de tortillas	0	0	1	0	2	0	0	2	0	0	0	0	1
	Sopa de pasta aguada	1	0	1	0	3	0	0	0	3	1	0	1	0
	Maruchan	0	0	2	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0
Comidas	Tamal	0	0	1	0	1	1	0	1	2	0	0	2	0
	Gerber	0	0	0	0	1	0	0	2	0	1	0	0	0
Bebidas	Jugos envasados	0	0	1	0	0	0	2	0	1	1	1	2	0
	Agua de sabor para preparar en polvo	1	0	1	0	0	2	3	0	1	0	1	1	0
	Refrescos	0	0	0	0	0	2	2	1	1	0	0	0	0
Comida Chatarra	Papas fritas, chicharrones	0	0	2	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0
	Chocolate en polvo	0	1	0	0	2	0	0	1	0	1	0	0	0
	Galletas	1	0	2	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0
	Liconsa	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0
	Dulces	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0
Suma de tarjetas	n	25	17	31	8	31	13	18	38	25	20	10	18	6
	%	10%	6%	12%	3%	12%	5%	7%	14%	10%	8%	4%	7%	2%

\* Consulte los grupos mencionados en la TABLA 20.

**Tabla 22. Número de cuidados (tarjetas) clasificados en cada grupo o tema por madres cuidadoras en México (n=16)**

Número de tarjetas (cuidados) clasificadas en cada grupo o tema															
Grupos de temas más comunes <sup>1</sup>	Dar vitaminas	Lavar alimentos antes de comer o preparar	Hervir o clorar el agua	Hervir el bibi	Lavar las manos con agua	Lavar las manos con jabón	Darle medicina como pastillas, gotas, jarabe cuando se enferman	Llevar al curandero/partera cuando se enferma	Dar Vida Suero Oral	Dar tectitos	Pesarlos y medirlos	Llevarlo al Centro de Salud o a la Unidad Móvil	Dar biberón	Suma de tarjetas	
														n	%
Acciones de higiene previas o posteriores a comer	0	3	2	1	2	3	1	0	1	0	1	0	1	15	23%
Acciones de prevención de enfermedades, cuidado y consideradas obligatorias	0	1	2	1	0	1	2	0	2	0	2	2	0	13	20%
Alimentos que consume y gustan a infante (no necesariamente a adultos)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
Acciones de cuidado durante enfermedad y consideradas obligatorias	1	0	1	0	0	1	1	1	2	1	1	1	0	10	15%
Agrupación de los alimentos según características similares	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	3%
Alimentos que no se deben dar a infantes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
Consistencias líquidas que consumen o deben consumir infantes	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	3	5%
Consumo a partir de cierta edad	2	0	0	2	0	0	0	1	0	2	0	0	2	9	14%
En conjunto estos alimentos son una comida ‘completa’	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
Alimentos que infantes deben consumir como carnes y verduras	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
Consumo entre comidas y/o para después de comer	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
No responde	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	8	12%
Acciones de alimentación: orientación de servicios de salud e higiene	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	4	6%
Tipos de leches que se consumen con biberón	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3%

## 4.7 Micronutrientes y Uso de Suplementos

### En Colombia

#### Conocimientos sobre suplementos

El PS, y en particular el médico, maneja la información sobre las indicaciones y la dosificación de las vitaminas y minerales, según la estrategia AIEPI. Los PS prescriben hierro, zinc, vitamina A y desparasitante según las indicaciones estandarizadas de dicha estrategia.

*“Nosotros como manejamos la estrategia AIEPI, siempre se les hace la introducción del hierro a los seis meses de edad, la vitamina A y a partir del año el desparasitante: el Albendazol. Se los cita cada seis meses, para darles sus suplementos. También el zinc lo estamos utilizando, pero solo en casos de riesgo de desnutrición y los que vienen con diarrea, hasta los dos años” (PS20).*

Para las MC e IC, el término “*vitaminas*” incluye minerales como el sulfato ferroso y zinc, así como algunas fórmulas infantiles y/o sueros que aportan las vitaminas y minerales. Es decir, para ellas no existe diferencia entre una vitamina y un mineral. El uso de los suplementos con vitaminas y minerales lo vinculan a los momentos en que el niño tiene bajo peso y/o talla, requiere calorías o para que “*esté gordito*”. Las mujeres consideran que los suplementos son buenos para el cerebro, la motricidad, las defensas, el apetito y la inteligencia de sus niños.

La principal “vitamina” que mencionan las madres es el sulfato ferroso, que prescriben para sus niños en el centro de salud. Asimismo, mencionan al zinc para el tratamiento de la diarrea y a la vitamina A para las infecciones. Muchas señalaron que las vitaminas se encuentran en los alimentos, principalmente en las frutas y hortalizas, otras asocian el término “vitamina” con las vitaminas de las leches de fórmulas infantiles o “leches de tarro” o de la “Bienestarina®” (producto lácteo fortificado subsidiado distribuido en los centros de salud a embarazadas y madres de niños mayores de 6 meses).

El uso de vitaminas fue relacionado con la mejora en el peso y la talla de los niños, la prevención y tratamiento de anemia, infecciones y enfermedad en general.

*“Los minerales, si he escuchado, pero no me acuerdo la verdad. Estoy borrada ahoritica, tengo que ponerme a estudiar ya” (IC1).*

*“La vitamina A es buena, no sé si es buena para lo de la circulación, ¿para qué más? eso no más, es para lo de la sangre, para lo de la circulación de la sangre” (IC2).*

*“Las vitaminas, a él le ayuda, para que no se enferme. Así si tiene anemia ayuda a que le quite toma una que se llama zinc para la talla, para que pueda crecer, para estar pendiente todo eso, para que este normal” (MC29).*

Las IC y MC no están familiarizadas con la fortificación casera de alimentos. Esta práctica la asocian con el uso de alimentos fortificados, como los cereales u otras preparaciones lácteas o el “Tarrito Rojo” (polvo granulado con vitaminas y minerales). Muchas consideran que, si les proporcionan una buena alimentación a sus niños, no es necesario dar estas sustancias.

*“El Nestum pero ese es como un cereal que lo hacen para dárselo, pero que lo agreguen al otro alimento, no lo único que sé es que de pronto en el Ensure” (IC-U).*

*“He escuchado que la Bienestarina® es pero buena, espectacular que eso le ayuda para el peso del niño, le ayuda a subir de peso, le ayuda a crecer grandes y gordos fuertes sanos” (IC-U).*

### Degustación de Vitalito por los PS

Se le ofreció una degustación de Vitalito al PS entrevistado (n=10). A 4 de ellos no les gustó el sabor, por lo que consideraron difícil que el suplemento fuera aceptado por los niños. Por el contrario, a 6 PS sí les gustó el sabor y la consistencia del producto. Dos de ellos señalaron que endulzarlo podría facilitar su consumo.

El PS refirió que un reto para promover el Vitalito es que las madres se “apropien” del suplemento para dárselo a sus niños. Incluso un médico manifestó que la mejor estrategia para que el niño se lo coma es que la madre se lo ofrezca. Otro reto referido para la adherencia son los posibles efectos secundarios, como sucede con el sulfato ferroso y el estreñimiento. Todos los entrevistados consideraron importante que el PS conozca las dosis, beneficios y efectos del Vitalito, a fin de poder recomendarlo a sus pacientes, en especial, a aquellos con bajo peso y talla.

### En Guatemala

Se indagó la experiencia de las madres con el uso de los suplementos. Dado que para la fecha de las entrevistas el Ministerio de Salud llevaba más de un año de no distribuir MNP, se indagó la experiencia de las madres con el uso del suplemento en los niños mayores de dos años. Dos de las madres entrevistadas en el municipio de Purulhá tenían experiencia con el uso del SQ-LNS “Nutrimantequilla” (NUTRIBUTTER).

Menos de la mitad de las entrevistadas mencionaron conocer los MNPs. La experiencia de uso fue mencionada por madres de niños mayores de dos años. Las madres conocen estos suplementos como “CHISPITAS” “MACROVITAL” y como los “POLVITOS”, los primeros dos son nombres dados comercialmente a los suplementos brindados por el Ministerio de Salud.

En relación a la forma en como brindaban los MNP a los niños, las madres mencionan que habían recibido información de solo agregarlo a alimentos secos; sin embargo, en algunos casos también lo agregaban a sopas, caldos y salsas pues los niños preferían comer esos alimentos y para algunas madres era más fácil diluirlo en estos alimentos.

*“Al arroz a las comidas secas, por ejemplo al puré de papa si le podía comer y tenía que ser su frijolito sin caldito, frijolito con aceite seco” (IC)*

*“Le di, solo que no le gustaba a la nena y lo difícil era que solo había que darle en comida seca y a veces lo que les llama más la atención a ellos son las comidas con caldito” (IC)*

Dentro de los retos que las madres mencionaron para dar MNP a sus niños se incluye el que sentían “*el sabor a vitamina*”, por lo que no querían comer las preparaciones con MNP.

*“Las chispitas lo único no le gustó, saber por qué, tal vez el olor a hierro, no sé, no le gustó” (IC)*

Aunque las madres identifican que los MNP contienen vitaminas que son buenas para los niños, mencionan no haber visto algún cambio evidente en los niños que les indicaran que eran buenos para su salud.

*“No, no funcionaron las chispitas, no se ve en la nena” (IC)*

Dentro de la información que las madres recuerdan recibir de los PS resalta la importancia de espolvorear los MNP en alimentos secos y la dosis que a veces sobrepasaba un sobre diario.

*“Solo en comida seca y tenía que ser en cada tiempo de comida, nada más solo así seño me explicaron, los enfermeros de acá, ellos me dijeron cómo lo tenía que usar” (IC)*

En relación a la percepción del uso de MNP por otras madres de su comunidad, algunas madres mencionaron no saber si los niños de estas “vecinas” también recibían los suplementos. Una madre mencionó que, contrario

a su propia experiencia, los niños de otras madres de su comunidad daban sin ningún problema los MNP a sus hijos.

*“Hubo otras madres que si les dieron (MNP), pero me decían que sus hijos sí lo comían” (IC)*

El PS identificó varios suplementos que dan o han dado a niños menores de 24 meses e inclusive a menores de 5 años, como las cápsulas de vitamina A y jarabe de hierro y ácido fólico y los MNPs. En tres casos los proveedores mencionaron el SQ-LNS conocido localmente como Nutrimantequilla (**NUTRIBUTTER**), específicamente para el caso del municipio de Purulhá.

*“Pero la suplementación, si como dice, es para todos los niños menores de 5 años, y la suplementación que es vitamina A, sulfato ferroso, ácido fólico, y el desparasitaste. Que la vitamina A es a los 6 meses verdad, cuando son menores de 1 año, a los seis meses la primera dosis de vitamina A, y las vitaminas espolvoreadas, y al año se vuelve a dar la primera dosis de 1 año a 2, su vitamina A, chispitas espolvoreadas y así, son dos dosis, al año y medio y a los 2 años se incluye lo que es el desparasitaste. Y así se si sigue a los 2 años y medio, tres, tres años y medio y así, hasta los 5 años”(PS)*

Los PS mencionaron que los MNP, conocidos en el país como “**Macro vital**” o “**Chispitas**”, son los suplementos para niños de 6 meses a 5 años de edad que se mezclan con alimentos. Aunque algunos refirieron que sí se utilizaban, otros consideraban que las madres no los usaban por negligencia o por falta de información.

*“hemos encontrado los micronutrientes en bolsas y allí los tienen guardados pero ha de ser por lo mismo por falta de... ha de ser por ellos por la negligencia de ellos” (PS)*

Una de las principales barreras que identifica el PS para el uso y promoción del MNP es el desabastecimiento del suplemento en los centros de salud. Uno de los centros tenía algunas muestras de MNP vencidas.

También mencionaron que el tener muchos programas a su cargo y los constantes cambios de prioridades del ente rector (Ministerio de Salud) no les permite concentrarse en promover adecuadamente los suplementos que tiene disponibles o hacer el monitoreo en el hogar de su uso adecuado.

*“Ahora lo que donde estoy necesitan el mes, un mes ellos hacen su programación, más que todo nosotros hacemos nuestra programación ellos nos dicen que hay cambiar, que hay que dar esto, continuar esto, que hay que dar vacunación, allí donde nosotros perdemos ese entorno de involucrarnos directamente de micronutrientes” (PS)*

Aunque no necesariamente identifiquen claramente el beneficio de los micronutrientes que se distribuyen, los PS tienen noción general de su beneficio en el crecimiento de los niños y mejora en su sistema inmunológico. Este beneficio percibido es una motivación del PS para su promoción.

Los PS también mencionaron que dan cápsulas vitamina A (200,000 UI de retinol) a niños de entre 1 y 5 años como parte del protocolo de suplementación del Ministerio de Salud. De acuerdo con los PS, todos los servicios tienen abastecimiento de estas cápsulas y las brindan semestralmente en dosis única. Para el caso del jarabe de hierro y ácido fólico, los PS mencionaron que los tienen disponibles pero que no los distribuyen ya que las nuevas normas de suplementación indican el uso profiláctico de MNP.

### **Uso de SQ-LNS – Caso del municipio de Purulhá**

En el municipio de Purulhá se distribuye el SQ-LNS **NUTRIBUTTER®** como parte de una iniciativa de USAID y de la parroquia de municipio, en coordinación con el centro de salud y el Centro de Recuperación Nutricional (CRN). El *Nutributter* o “**NUTRIMANTEQUILLA**”, como se conoce localmente, viene en una presentación de 20 gramos y aunque está hecha a base de pasta de manía y productos derivados de leche,

---

también contiene azúcar. La recomendación de uso es darla a los niños a partir de los 6 meses hasta los dos años, mezclada con alimentos.

De acuerdo con dos madres que han usado *Nutributter®*, la “Nutrimantequilla” se conoce como el “chocolate”, “dulce” o “barritas de manía”. Según las madres este suplemento les fue entregado porque sus niños no tenían un buen estado nutricional “estaba muy delgada” “me dijeron que porque tenía desnutrición”.

Las madres mencionan que sus niños aceptaron el suplemento, aunque fue más fácil dárselo cuando estaban más grande (después de cumplir un año). Además, comentaron que la dosis recomendada es de un sachet diario pero que los niños más pequeños (menores de un año) no siempre se lo terminan. En este caso guardan el resto del sachet para el siguiente día o para entregarlo a los encargados de los servicios de salud. También mencionaron que los niños de 6 meses que se terminaban el sachet no necesariamente comían luego de darles la dosis completa.

*“Entonces a ella le gustaba, le gustaba y a veces solo eso comía y la comida lo dejaba pero le ayudaba bastante y en donde ella más le ayudó en crecimiento, creció bastante”*

El entregar los sachets vacíos es un requisito para recibir la dotación de 30 sobres para el siguiente mes. En relación a forma en como le dan la Nutrimantequilla a los niños, las madres mencionan que para ellas es más fácil darla directamente del sachet que mezclarla con alimentos. Sus niños lo consumen de esta forma y para ellas es más práctico porque pueden dárselo en cualquier lugar o a cualquier hora y mencionaron que no tienen un horario específico para ofrecerlo.

En relación a la capacitación o información recibida por parte de los PS para el uso de la Nutrimantequilla, una de las madres mencionó que se llevó a cabo en forma individual. Durante la consulta, la enfermera le explicó los ingredientes del suplemento, sus beneficios y dosis diaria. También comentó que le explicaron que para obtener más suplemento, debía traer los sobres ya utilizados al centro de salud.

Dentro de los retos para suplementar a los niños con SQ-LNS está que algunas veces, ya pasados algunos días de consumirlo, a los niños les da diarrea y en uno de los casos que al niño le aburre comerlo después de unos meses.

Dos de los principales retos para dar el SQ-LNS identificados son: i) diarrea en algunos casos después de varios días de consumo y ii) que el niño se aburre después de comerlo por varios meses. Algunas motivaciones para darlo son el valor nutricional percibido “*tiene vitaminas*” y el efecto positivo en el crecimiento “*crecen bien*” “*no se ponen desnutridos*” y salud de los niños “*(hace que) no se enfermen los niños*” y, en uno de los casos, un efecto terapéutico para sus hijos.

*“Le funcionaron las barritas de manía porque yo le, eso le gustaba es como compota como esos que venden seño, de esos mantequilla de maní”*

De acuerdo con el PS involucrado en la suplementación con LNS o “Nutrimantequilla” en el centro de salud, esta tiene propiedades similares al ATLC (Alimento Terapéutico Listo para Consumir), el cual se utiliza en el tratamiento de la desnutrición crónica severa.

*“La nutri mantequilla viene siendo como el ATLC solo que en pequeña concentración” (PS)*

Los PS entrevistados relacionados con la suplementación con LNS en el centro de salud (n=3) mencionaron que esta iniciativa de suplementación se inició con un grupo pequeño de niños (n=300) en dos comunidades con altos índices de desnutrición aguda, mortalidad materna e infantil. La misma se llevó a cabo inicialmente por un año y, como tuvo resultados favorables en reducir los índices de desnutrición, se extendió un segundo año a 500 niños más y finalizó en el 2016.

*“Se le dio por un año a esos 300 niños, pues el resultado fue excelente fue favorable porque en esa área en este año que pasó ya no se dio casos de desnutrición” (PS)*

La dosis de suplementación utilizada fue de un sobre de SQ-LNS diario por un año o hasta que los niños cumplieran los dos años. En relación a promoción y aceptación de Nutributter en las comunidades, los PS mencionan que no ha sido fácil. Los retos más importantes han sido garantizar que la información y explicación del uso y beneficios sea clara y la dificultad de hacerlo con poco personal.

*“Pues ahí depende, depende como le explican a la gente de la importancia, porque aquí cerca tuvimos un poco problema la gente rechazaron, pero cuando empezamos no se le dio una buena explicación al inicio” (PS)*

Otra información que proporciona el PS incluye los alimentos con que se puede mezclar la Nutrimantequilla e información relacionada con buenas prácticas de AC, ya que el uso del suplemento inicia en el mismo momento que se promueve empezar con la AC.

*“(se le ha dicho) que como a la edad de seis meses pues ya la mamá ya tiene que empezar a dar su comida, no importa cualquier tipo de comida, ahora se le ha dicho que la Nutrimantequilla se puede mezclar, con algún tipo de verdura o tipo de fruta para que el niño puede empezar a comer, porque ya la mayoría ya sabe que a los seis meses ya el niño ya tiene que empezar a comer, no en cantidades grandes pero ya tiene que empezar” (PS)*

Dentro de las estrategias para promover el consumo de SQ-LNS, generadas del propio aprendizaje y de experiencias no exitosas, se mencionan: i) la coordinación inicial con autoridades comunitarias, representadas por los Cocodes (Concejos Comunitarios de Desarrollo), ii) hacer la prueba del producto con diferentes actores (líderes de Cocodes, madres y el propio PS de los puestos de salud que dan seguimiento a los niños en la comunidad), iii) hacer actividades de promoción con grupos pequeños de población para asegurar que la información sea clara y iv) disminuir la cantidad de mensajes brindados, enfatizando únicamente la importancia nutricional del producto, la dosis y la forma de uso.

*“Aproveche que estaban reunidos los líderes comunitarios Cocodes y todo eso, entonces yo le dije si me daban tiempo, yo quiero explicar a ellos que tengo bajo mi cargo hacer entrega de este producto para los niños de esa edad pues amablemente dijeron sí, escuchemos como es el programa, cómo se va hacer, para quién viene dirigido, les expliqué y si les pareció bueno, les di un sobrecito para que probaran y probaron el producto y dijeron que sí” (PS)*

*“La gente de bajaron y volvimos a explicar otra vez y producto de eso se hizo la entrega a las mamás hoy, igual primero se les explicó a las madres para qué era el producto a qué grupo va dirigido y el consumo el control, todo eso, todo lo que se requiere para evitar enfermedades para evitar la desnutrición y se logró, se entregó. No fue para una cantidad grande sino que de 25 o 30 para que se quedara la información” (PS)*

Otra estrategia mencionada como importantes es el seguimiento en el hogar. Este seguimiento se da luego de analizar los resultados del monitoreo de peso mensual de los niños e identificar que no hay ganancia adecuada de acuerdo a la edad y talla de los niños. Estas visitas incluyen una observación en los hogares de los beneficiarios para verificar las condiciones del niño, la vivienda u otros aspectos que podrían estar afectando su crecimiento adecuado, seguido de consejería para solucionar el problema identificado. Sin embargo, este seguimiento no se realiza periódicamente ya que el PS no siempre tiene el tiempo o los recursos para movilizarse a cada hogar, especialmente los encargados de puestos de salud que generalmente son dos personas quienes proveen todos los servicios en dichos establecimientos.

---

*“Porque quiere seguimiento, yo les decía hoy allá, yo cada mes quiero ver el peso de los niños, un niño que no logró aumentar su peso, pues se va a visitar y allá en la vivienda se va a ver por qué, qué problema tiene la familia que no sube su niño, algún problema tienen, cómo está la vivienda, eso se va hacer visitas domiciliarias, auxiliarles, seguimiento del programa, eso sería, charlas individuales a la familia, parte de los grupos”. (PS)*

Los PS comentan que dar los sobres mensualmente condicionado a la entrega de sobres vacíos es una buena estrategia para asegurar que las madres lleven a sus niños al control de crecimiento. Además, evita que las madres guarden el suplemento por mucho tiempo, disminuyendo el riesgo de que lo consuman ratas o insectos que ponen en riesgo la inocuidad del producto y la salud del niño.

*“Porque muy bien pude haber dado para dos o para tres meses, pero en las casas no en todas hay facilidad para guardar, hay casas que no es adecuado para guardar el alimento, hay ratones, hay cucarachas, hay animales, insectos y lo arruina el producto, entonces por eso se decidió hacer así entregarle mensual o quizás más adelante de repente se le puede dar para dos meses, pero dependiendo como se mira la gente, si lo cuida del alimento” (PS)*

Lo encargados de *Nutributter* en centros y puestos de salud mencionaron que no recibieron una capacitación formal sobre sus características, beneficios, o de cómo promoverlo o monitorear su uso. Tampoco cuentan con materiales de promoción o instrumentos que faciliten el seguimiento en el hogar por parte de las madres o encargados de los niños. Comentan que les gustaría recibir capacitación sobre aspectos tales como el cómo promover el producto, sus beneficios y los efectos que pueden causar en los niños y cómo enfrentar los retos para incluirlos en su alimentación.

Los PS comentaron que las madres refieren que la Nutrimantequilla provoca diarrea o vómitos. Sin embargo, ellos parecen no relacionar estos problemas con el uso del producto sino con otras condiciones del hogar o prácticas de la madre, no dando crédito a las experiencias mencionadas.

*“Han mencionado que da vómito que da diarrea pero no en sí por el producto, sino que por una infección, infección intestinal, problemas de parásitos, pero como decimos ahí pues tiene que ver la higiene de la vivienda, el agua que consumen... se dice eso, que hay diarrea porque a veces la mamá no hace adecuadamente la higiene, no hace bien el lavado de manos” (PS)*

Otro de los retos que los PS perciben con la suplementación es el trabajo temporal de las madres, como en la cosecha de productos locales como el tomate. Aunque las madres generalmente se llevan a sus niños al trabajo, los PS creen que es difícil que lleven también al trabajo el SQ-LNS. Esto constituye una barrera importante en la época de cosecha para el consumo del suplemento y monitoreo por parte de los propios proveedores. En el caso de las madres que no llevan a sus niños al trabajo, los PS identifican como reto que las personas a cargo del niño le continúen dando el SQ-LNS.

*“Tal vez no es el niño que se aburrió, sino que la mamá, la familia, de estarle dando y porque la mamá tiene que salir a trabajar, porque aquí la costumbre de las mamás es que cuando hay cosecha de tomate, todas las mamás agarran sus canastos y se van a cortar tomate y con sus niños atrás y tal vez había que dar su Nutrimantequilla y ya no le dan y ahí se pierde el control de la alimentación del niño” (PS)*

*“Tal vez se le olvida porque ya no le da o quizás no hay quien ya no hay quien les dé en la casa (si lo dejan) si los dejaban ya no hay quien les dé en la casa, entonces ya no les dan quizás por ese problema es que eso sucede” (PS)*

A continuación, las recomendaciones dadas por las madres para promover un producto similar a la Nutrimantequilla (sin azúcar) y garantizar su uso en madres de niños de 6 a 24 meses:

- Las madres mencionaron que los mensajes deben incluir los beneficios del producto en la ganancia de peso de sus niños.
- Las madres sugirieron mezclar el SQ-LNS con alimentos como plátano, fruta (en compota o en licuado), frijoles colados, huevo duro o sopas de verduras estén disponibles en la zona.
- Las madres también mencionaron que el empaque tuviera imágenes y mostrara personas que se parecieran (tuvieran rasgos similares) a de las mujeres de la zona.
- En el caso de las que ya tenían experiencia con Nutrimantequilla, un factor importante a resaltar fue la facilidad de uso cuando no se mezcla o con alimentos.

*“Yo les dijera que prueben, que da buenos resultados ayuda bastante con el peso de los niños y no hay que preocuparse en comidas y comidas porque ellos mismos lo agarran y solitos, se pasan allí comiendo, para mí es mejor, eso no se mezcla con nada” (IC)*

## En Mexico

### Conocimiento/Percepción (qué saben de vitaminas y minerales)

De acuerdo a los resultados obtenidos, en la **TABLA 23** se describen por grupo de informante el conocimiento o percepción que tienen sobre las vitaminas y minerales

**Tabla 23. Conocimiento/Percepción (qué saben de vitaminas y minerales)**

	Conocimiento/percepción vitaminas	Conocimiento/percepción de minerales
<b>IC</b>	<p>Les abre el apetito y se ven más alegres los niños cuando las toman</p> <p>Favorecen el crecimiento y desarrollo cognitivo de los niños</p> <p>Compensan un problema como el bajo crecimiento o el bajo peso del niño</p> <p>Previenen enfermedades</p> <p>Fuentes de vitaminas: fruta (naranja, limón, manzana), verduras (zanahoria, betabel, todos los verdes), alimentos de origen animal (pescado, leche)</p> <p>Hierro y calcio son vitaminas</p>	<p>No tienen mucha información sobre los minerales</p> <p>Algunas refieren que algunos alimentos tienen minerales (frijoles)</p>
<b>MC</b>	<p>Mencionaron vitaminas A,B,C y D, pero desconocen sus funciones</p> <p>Vitaminas sirven para incentivar apetito</p> <p>Consumo de vitaminas cuando hay defensas bajas o caso de enfermedad (problemas en la piel o desnutrición)</p> <p>Se identificó que las vitaminas potencian el crecimiento del niño y su funcionamiento.</p> <p>A los niños los fortalecen, incluso se menciona que fortalecen los huesos.</p> <p>Evitan que el niño se enferme con frecuencia, aunque también comentan que pueden darlas cuando están enfermos. Incluso se les dan</p>	<p>Los minerales deben consumirse, pero no se sabe porqué</p> <p>Han escuchado el nombre, pero no saben para qué sirven</p> <p>Son parte del cuerpo</p>

	cuando tienen diarrea ya que se les “ <i>acaba la fuerza</i> ”.	
<b>PS</b>	<p>Ayudan al desarrollo, previenen la anemia</p> <p>Prescriben vitaminas cuando el niño no está comiendo bien</p> <p>Vitamina A, B, C para los niños, para reforzar el sistema inmunológico, para evitar problemas gastrointestinales y evitar los problemas de cuadros agudos de resfriado</p> <p>Vitaminas A, C, D y multivitaminas se las dan a niños que están en bajo peso o que se enferman a cada rato</p>	<p>En caso de anemia se prescribe fumarato ferroso ya que sirve como tratamiento</p> <p>El fumarato ferroso suprime las deficiencias de hierro durante la lactancia materna</p>

### Conocimiento de suplementos (¿qué saben de los suplementos?)

La **TABLA 24** muestra una descripción del conocimiento que tienen los diversos informantes acerca de los suplementos.

**Tabla 24. Conocimientos/percepción de suplementos**

	Conocimiento/percepción de suplementos
<b>IC</b>	Los suplementos tienen una connotación positiva para las entrevistadas, en tanto que los consideran preventivos, ya que son para que el menor “no se enferme” y para que “haga más fuerzas”
<b>MC</b>	<p>Son para niños o niñas con desnutrición. No hay edad límite.</p> <p>“Los suplementos alimenticios son vitaminas” (MC 438, Nayarit: G2)</p> <p>Mejoran el apetito.</p> <p>Tienen distintas funciones en el organismo.</p> <p>Aunque los niños no estén enfermos, les sirven los suplementos.</p>
<b>PS</b>	<p>Suplementos se utilizan para evitar desnutrición, para que los niños estén en peso adecuado y para que no caigan en obesidad o sobrepeso</p> <p>Son para mejorar la alimentación, y normalmente se prescriben a niños con desnutrición</p>

### Uso de suplementos (¿han llegado a utilizar algún suplemento?)

Durante las entrevistas se indagó sobre las experiencias de los informantes en el uso de suplementos (**TABLA 25**).

**Tabla 25. Uso de suplementos**

	Experiencia con suplemento
<b>IC</b>	Favorable cuando les han recetado hierro, consideran que los suplementos son preventivos (para que no se enferme el infante), se los dan a los niños que no quieren comer
<b>MC</b>	<p>No siempre resultan del gusto del niño</p> <p>Incentivan el apetito</p> <p>Experiencias positivas con los suplementos que han utilizado: MH (Mega Health) y Vitaniño (MNP entregado por el programa PROSPERA)</p>

<b>PS</b>	Los indican en caso de que el infante los requiera (falta de apetito, desnutrición, anemia) En el Centro de Salud les ofrecen fumarato ferroso o vitaminas A,B,C
-----------	---

La TABLA 26 muestra los conocimientos de los informantes sobre los suplementos de PROSPERA.

**Tabla 26. Conocimiento de suplemento PROSPERA**

Suplemento PROSPERA	
<b>IC</b>	Algunas no conocen un suplemento producto o vitamina que se agregue a la comida. Mencionan papillas de diferentes sabores, pero ya no se dan por que ahora dan uno en sobrecito (Vitaniño). No tienen información clara de cómo debe darse. Las que si conocen Vitaniño: “es una vitamina y es para que (el) niño vaya desarrollado bien, para que estén sanos” (IC, 12 a 23 m) o “para que tengan fuerzas y no se enfermen” o para que coman bien los niños. En particular se les debe dar los niños desnutridos
<b>MC</b>	Reconocen la existencia de Vitaniño (lo reconocen como polvitos) que se les da a las mujeres afiliadas a PROSPERA, identifican que no siempre son del gusto del niño y que se mezcla con otros alimentos desde que el niño tiene un año
<b>PS</b>	Los identifican solo para las mamás afiliadas al programa, reconocen que se da cada 2 meses, en una caja con 60 sobres (Vitaniño), y mencionan que no a todos los niños les gusta el sabor, o han escuchado que les cae mal, que no lo toleran

### Fortificación casera

A continuación, se describe las experiencias de las madres que han utilizado los suplementos de PROSPERA.

#### Preparación:

- Mencionan que en los centros de salud les dicen cómo preparar el suplemento, y una de las IC dice que ella lo leyó en las instrucciones
- Algunas lo hacen siguiendo las indicaciones del producto: “*agarro en un platito puro caldito y le eche tortillita así remolidito y ya le eché el polvito, y ya se lo doy con cucharita, pero que esté un poquito espesito, que no esté muy caldoso y así se lo doy a él*”
- Se lo agregan a alimentos que tienen una consistencia líquida como *caldito de frijol*

#### Aceptabilidad del niño:

- Las madres que lo dan, nunca han tenido problemas para que sus hijos se lo coman, lo llegan a dar en caldito de frijol, o en Gerber. Una de ellas le decía a su hijo que eran polvitos mágicos para que se lo comiera.
- Mencionan que han escuchado que a los niños no les gusta el sabor a Vitaniño, porque “*le agarran sabor a vitamina*”, y consideran que no sabe a nada, y que tiene que ver más bien con el hecho de que los niños ven cuando las madres agregan el suplemento a su comida.

#### Aceptabilidad de la madre:

- Perciben que con el suplemento, el menor tiene mejor alimentación y que es “*como vitamina*”
- Una de las madres no lo ofrece porque considera que su hijo está sano y no lo ocupa.

- Se considera que el Vitaniño es para niños que están desnutridos
- Una de las madres que da a su hijo Vitaniño, para resolver un problema de anemia, compró unas “vitaminas muy caras”.

Consumo diario de suplemento:

- Algunas madres lo dan a sus hijos todos los días; otras no  
*“Como ya es regalado, les van a dar salud, según, y pues uno lo tiene que agarrar y se lo tiene que dar, se supone, y pues hay mucha gente que se lo tira”*

**Factibilidad de uso de un nuevo suplemento**

La **TABLA 27** resume las condiciones o información que necesitarían las madres para ofrecer un nuevo suplemento a su niño.

**Tabla 27. Factibilidad para usar un nuevo suplemento en la comunidad**

Factibilidad para usar un nuevo suplemento	
<b>IC</b>	Estarían dispuestas dar suplemento a los menores, si ven que el niño no tiene ganas de comer o por indicación del médico o alguien que sepa
<b>MC</b>	Sí los usarían si saben el contenido de los suplementos, si tienen explicaciones detalladas de los beneficios para el niño, les gustaría conocer experiencias previas de otros niños que lo hayan consumido, instrucciones claras acerca de su preparación

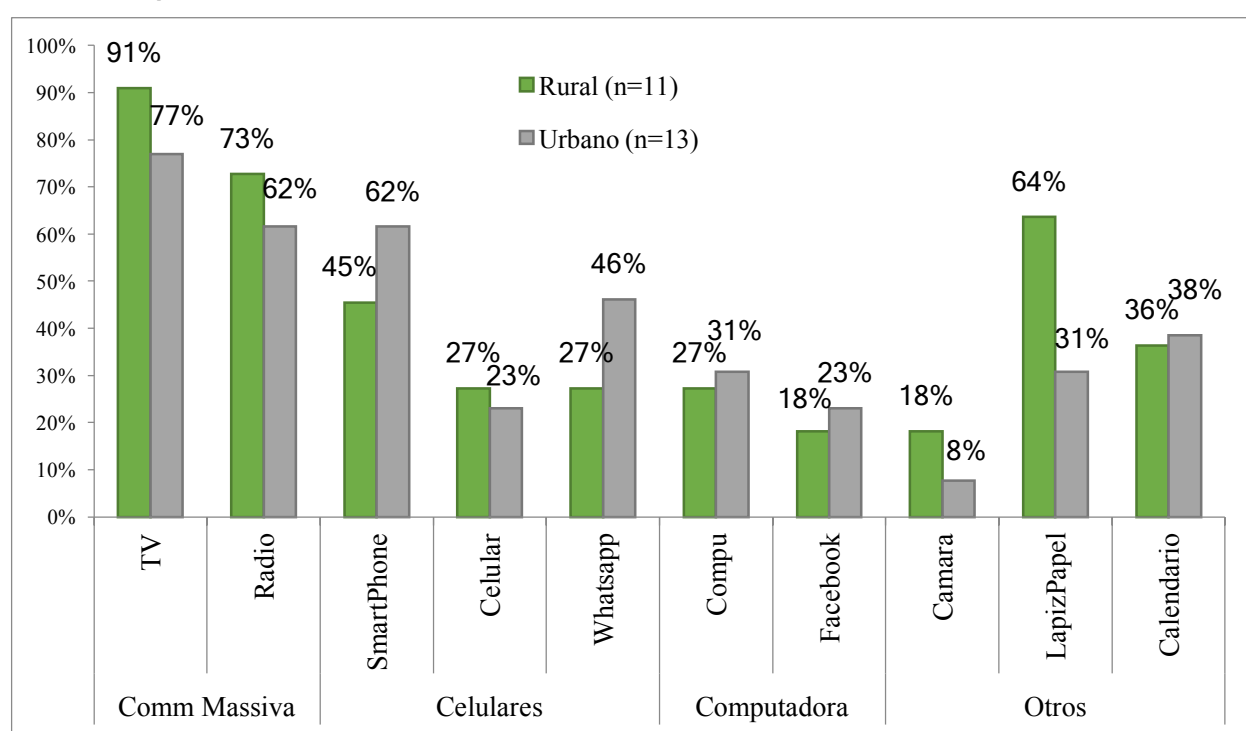
## 4.8 Medios de Comunicación en el Hogar

### En Colombia

#### MC

Los dos medios de comunicación más comunes reportados por ambos grupos de MC, rurales y urbanas, son la televisión y la radio. Aunque los celulares y los teléfonos inteligentes no fueron identificados como los ‘más usados’ por todas las mujeres, la mayoría de las MC tiene acceso a un dispositivo en el cual pueden recibir SMS o mensajes de texto. Las respuestas de MC rurales y urbanas fueron similares; pero, como se muestra en la FIGURA 16, las MC de la comunidad rural son más propensas a utilizar lápiz y papel y menos propensas a utilizar teléfonos inteligentes y WhatsApp, que las MC de las comunidades urbanas.

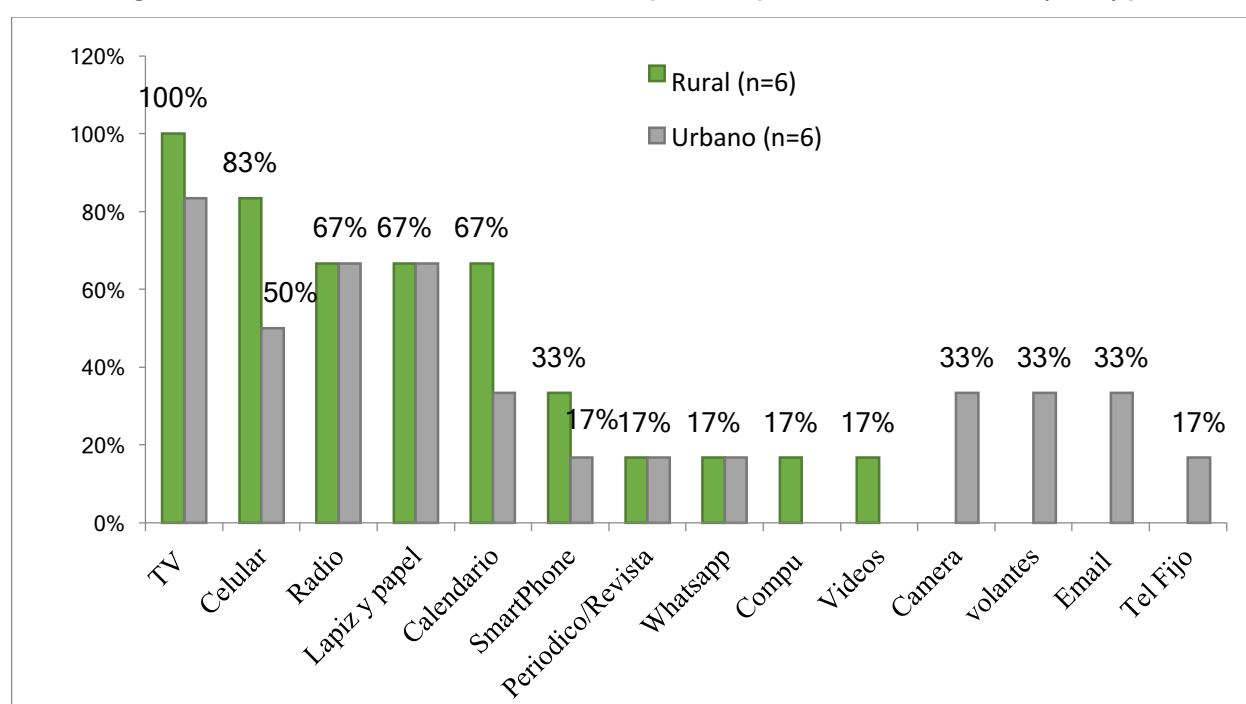
**Figura 16 Medios de comunicaciones comunes reportado por madres cuidadoras (n=24) por zona**



## IC

La televisión es el medio de comunicación más común, seguida de la radio, los teléfonos celulares y el lápiz y papel (FIGURA 17). Los celulares y calendarios son más utilizados por los IC rurales que los urbanos; mientras que los IC de las comunidades urbanas reportan que la televisión, la radio, y el lápiz y papel son los medios de comunicación más utilizados. Ni los IC de la zona rural ni los de la urbana utilizan teléfonos inteligentes de manera frecuente, lo cual podría ser un factor importante a considerar para el diseño de la estrategia, aunque esto puede ser así debido al tamaño tan reducido de la muestra.

**Figura 17 Medios de comunicación reportado por informantes clave (n=12) por zona**



El 72% de los IC y las MC (n=36) tienen acceso a un teléfono celular o inteligente que utilizan por lo menos unas cuantas veces a la semana, o más (TABLA 28). Las mujeres de la zona urbana tienen una probabilidad ligeramente menor de poder acceder a un teléfono, que las de la zona rural (70% vs 88%), pero las de la zona urbana tienen más probabilidad de usar WhatsApp (37% vs 24%). Los medios de comunicación más utilizados por los IC y las MC son la televisión y la radio (89% y 67%, respectivamente). Cuando combinamos los teléfonos celulares y los inteligentes, éstos se convierten en el segundo medio de comunicación más reportado, con un 72% de las madres. El internet no es muy común en los hogares de las madres con bajos ingresos, sin embargo, los espacios públicos cuentan con acceso a redes móviles gratuitas (wifi). El acceso a internet se reportó como el principal impedimento para el uso de dispositivos que requieren internet. El uso de mensajes SMS no es muy común; en cambio WhatsApp se usa con mucho mayor frecuencia.

**Tabla 28. Medios de comunicación reportadas por informantes clave y madres cuidadoras (n=36) por zona rural (n=17) y urbano (n=19)**

Medio	Muestra total (n=36)	Porcentaje (%)	Rural (n=17)	Urbano (n=19)
Televisión	32	89%	94%	79%
Celular o teléfono inteligente	26	72%	88%	79%
Radio	24	67%	71%	63%
Teléfono inteligente	16	44%	41%	47%
WhatsApp	12	33%	24%	37%
Celular	10	28%	47%	32%

### Barreras en el uso de medios de comunicación

Las MC y los IC reportan barreras para el uso de los teléfonos inteligentes, celulares, radio y televisión (TABLA 29).

**Tabla 29. Barreras en el uso de medios de comunicación**

Equipo	Barreras
Teléfono inteligente	Mala señal
	Sin servicio o mal servicio de internet
	Se descarga la batería
	No tiene paquetes con minutos
	Roto – No funciona bien
Teléfono celular	Maña señal
	Se descarga la batería
	No tiene paquetes con minutos
	Roto – No funciona bien
Televisión	Mala señal
	Pocos canales
	Roto – No funciona bien
Radio	Roto – No funciona bien

De la investigación formativa, surgen hallazgos similares entre las IC y MC. Ambas señalaron tener un acceso muy limitado al internet, por lo que aunque posean computadora o celulares, no tiene plan de datos o lo tienen restringido. Tanto en la zona rural como la urbana hay problemas de intermitencia de luz y débil señal de internet.

*“El celular táctil sí, pero con internet no. Ósea internet tengo cuando voy donde mis hermanas” (IC1-U).*

*” El televisor, porque ahí se miran las noticias” (MC35-U).*

*“La radio si me gusta, todo el día...” (MC49-R).*

*“El celular no más como le digo de los sencillos, no lo tengo con internet ni ese WhatsApp ni nada, sencillo. El radio pues siempre escucho las noticias y así...” (IC5-U).*

## Proveedores de Salud

Los PS suelen utilizar la computadora, WhatsApp, teléfonos inteligentes, televisión y correo electrónico. Hay poca diferencia en el uso de dispositivos entre zonas rurales y urbanas, con excepción del radio que es más utilizado en la zona urbana. Esta similitud puede deberse a que los centros de salud de ambas áreas tienen acceso a los mismos recursos (Tabla 30).

**Tabla 30. Medios de comunicación reportados por PS (n=10)**

Medios de comunicación	Frecuencia	Porcentaje (%)
Computadora	10	100
WhatsApp	9	90
Televisión	8	80
Teléfono inteligente	8	80
Correo electrónico	8	80
Radio	3	30
Lápiz y papel	2	20
Calendario	2	20
Facebook	1	10
Volantes	1	10

## En Guatemala

El medio de comunicación más utilizado por las madres es el teléfono móvil (n=4) con mensajitos, seguido por la radio (n=4), el calendario (n=4) y la televisión (n=3).

El teléfono móvil es utilizado para hacer llamadas o enviar mensajes a familiares. Las barreras para su uso incluyen que muchas veces no les pertenece a ellas, que no cuenta con “saldo” suficiente para hacer recibir llamadas o enviar mensajes de texto o que la señal de algunas compañías no cubre espacios más rurales.

*“Lo uso de vez en cuando pero cuando es más importante digo yo, pongo mi saldo, cuando no tengo emergencia ni nada se mantiene sin saldo, solo para recibir llamadas” (IC)*

Las madres mencionaron que utilizan la radio en el hogar para escuchar programas de la Iglesia, escuchar música o noticias. A igual que en el caso de los teléfonos móviles, el acceso a señal de radio a emisoras específicas limita su uso en zonas más rurales.

*“Para informarme de noticias y para entretener a las niñas” (IC)*

Las madres mencionaron que el calendario les permite estar pendientes de eventos o fechas importantes tales como citas médicas o de vacunación de sus hijos o de las fechas en que deben hacer pagos. Aunque algunas madres mencionaron que no saben leer ni escribir, el calendario parece ser un instrumento que comprenden bien y que utilizan.

*“eh para fechas de vacunas y fechas que tengo apuntadas señalo para que no se me olviden, las reuniones de mi hija, vacunas, eso” (IC)*

Los PS mencionaron que en algunos municipios se utilice a los “voceadores”, que son personas que a través del perifoneo comparten mensajes o anuncios en unidades móviles.

Mencionaron además que existen radios oficiales y radios comunitarias. Las estaciones de radio mencionadas son: Salamá Estéreo, Radio Norte, La Voz del Valle y Génesis, así como radios que pertenecen a la Asociación de radios comunitarias de Guatemala. Los PS mencionaron que a veces solicitan a los encargados de las radios compartir mensajes sobre jornadas de salud, vacunación, Papanicolaou, etc., pero que no la utilizan para emitir mensajes de salud y nutrición infantil ya que al ser más largos, tienen costos mayores que no pueden cubrir. Esto también aplica a la televisión por cable local.

*Voceador utilizando perifoneo en Cubulco, agosto 2016.*



## En Mexico

La TABLA 31 muestra la frecuencia de uso de los medios de comunicación utilizados por las IC y MC.

**Tabla 31. Frecuencia de los recursos de comunicación utilizados por las informantes clave y madre cuidadora**

	Primera opción		Segunda opción		Tercera opción		Cuarta opción		Total de menciones
	IC	MC	IC	MC	IC	MC	IC	MC	
Televisión	2	2	5	6	1	1	0	1	18/32
Celular/ celular con mensajes	5	5	3	2	1	0	0	0	16/32
Radio	3	1	2	4	2	1	0	0	13/32
Lápiz y papel	1	0	0	2	4	3	0	0	10/32
Celular con internet	3	5	1	0	0	0	0	0	9/32
Calendario	1	0	1	0	0	3	1	0	6/32
Facebook	0	0	0	0	2	3	0	0	5/32
WhatsApp	1	2	1	0	0	0	0	0	4/32
Computadora con internet	0	0	1	1	0	0	0	0	2/32
Teléfono	0	0	1	0	0	0	0	0	1/32
Radio en internet	0	0	0	0	1	0	0	0	1/32
Volantes	0	0	0	0	1	0	0	0	1/32
Cámara	0	0	0	0	0	0	0	1	1/32
Total respuestas	16	15	15	15	12	11	1	1	

El recurso más utilizado es el teléfono celular (con mensajes y/o con internet), seguido por la televisión y la radio. Algunas madres mencionaron que utilizan el celular para usar WhatsApp y Facebook.

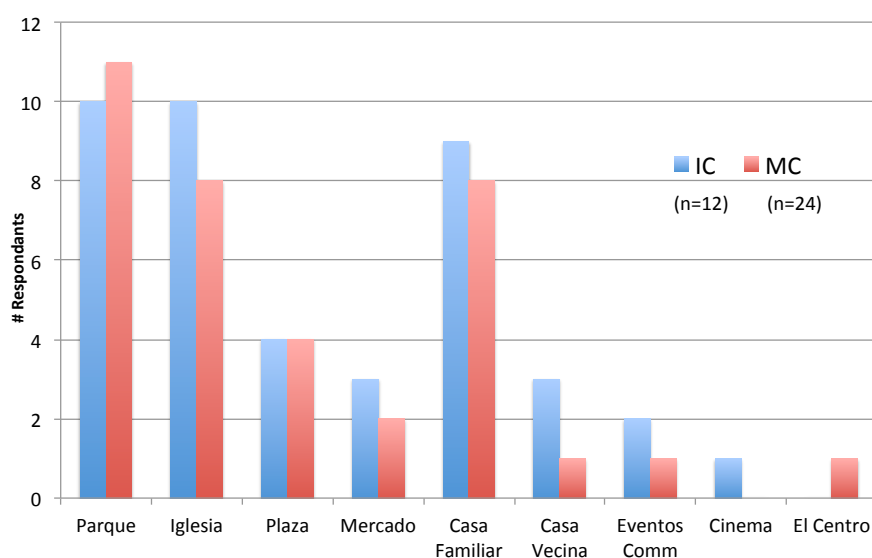
## 4.9 Uso de Tiempo Libre

### En Colombia

#### Tiempo libre de las informantes clave y madres cuidadoras

El lugar más común para visitar durante el ‘tiempo libre’ es el parque, seguido muy de cerca por la iglesia y la casa de algún familiar (FIGURA 18). No hubo diferencias significativas de los lugares visitados entre mujeres de la zona rural y urbana.

Figura 18 Tiempo libre reportado por IC (n=12) y MC (n=24)



La iglesia y el parque son visitados semanalmente por las madres con sus hijos. Estos suelen ser lugares de tertulia, disfrute y paseo. Si las condiciones climáticas, como el frío o la lluvia lo permiten, los visitan más frecuentemente. Algunas madres asisten al mercado a realizar las compras de los alimentos, aunque no siempre llevan a sus hijos. Durante los días de semana es común que visiten la casa de otros familiares o vecinas. Las ferias o festivales son menos frecuentes, sin embargo, cuando se organizan, son bien recibidas por las madres y la comunidad en general.

Son frecuente las reuniones entre varias familias, que viven cerca y comparten sus momentos libres. La familia sirve como una red de apoyo y compañía en todo momento. Hay familias desplazadas por la guerrilla que existe en ciertas zonas rurales.

*“El domingo se reúnen varia gente entonces algunos familiares también van, entonces allá se reúnen y juegan” (IC10-R).*

*“Donde mi mamá porque ella es la que siempre me colabora, siempre a veces me toca dejar por ejemplo al bebé encargado, entonces se lo dejo yo a ella, o a veces me tengo que ir y mi niña llega donde mi mamá, entonces siempre estamos donde ella visitándola” (IC5-U).*

*“Vamos los dos, mi familia con mi esposo y mis hijas” (a la iglesia, los domingos) (MC39-R).*

## En Guatemala

Según las madres, el tiempo libre se refiere al tiempo que no dedican al quehacer doméstico o al trabajo. Lo utilizan para hacer la compra en el mercado local, asistir al servicio religioso y visitar a parientes cercanos que viven en la misma comunidad.

*“Los sábados saco a las nenas, aquí con mi mamá venimos a pasear, las llevo al mercado seño solo el fin de semana y el domingo a la iglesia” (IC)*

*“Al parque no vamos seño ni a la plaza, solo al mercado a comprar y con mi mamá” (IC)*

Las iglesias parecen jugar un rol importante en la vida de las mujeres y los niños, ya que mencionan que no faltan a los servicios y participan en las actividades semanales que organizan.

Las reuniones comunitarias no son comunes. Se organizan solo cuando hay una necesidad o problema específico por resolver como la falta de agua potable o inseguridad. También se organizan actividades de proselitismo político.

*“Hay reuniones pero para hablar de agua o de drenaje, ya reuniones de lo que piensan hacer los políticos o qué piensa hacer la comunidad” (IC)*

## En Mexico

La TABLA 32 muestra los espacios más visitados por las IC y MC en su tiempo libre.

**Tabla 32. Frecuencia de espacios utilizados para tiempo libre mencionados por IC y MC**

	Primera opción		Segunda opción		Tercera opción		Cuarta opción		Total de menciones
	IC	MC	IC	MC	IC	MC	IC	MC	
Casa de familiares	8	9	3	3	0	0	0	0	23
Parque	2	1	3	3	1	1	0	0	11
Casa de vecinas	2	4	2	1	1	0	0	0	10
Plaza	2	0	3	1	1	0	1	0	8
Casa religiosa	1	0	1	2	2	0	2	0	8
Eventos comunitarios	1	0	1	0	2	2	0	0	6
Ver película/TV	0	0	0	1	5	1	0	0	6
Festival o feria	0	0	1	1	1	0	0	0	2
Ir al centro de Tepic	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Ir Acajoneta a comprar	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Tejer y cuidar al niño	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Mercado	0	0	1	0	0	1	0	0	1
Casa de amigos	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Cancha de futbol	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Total de respuestas	16	14	15	12	13	8	4	1	

El lugar predilecto de las madres para pasar el tiempo libre es la casa de familiares, seguido del parque y de la casa de las vecinas.

## 4.10 Actores que influyen en las decisiones sobre el cuidado y alimentación de los LNP

### En Colombia

En caso de que el niño pequeño presente diarrea, las IC y MC suelen buscar y aceptar asesoría del personal médico (TABLA 33).

**Tabla 33. Decisiones de las informantes clave (n=12) y MC (n=24) en caso de que su niño de 5 meses presente diarrea**

Lugares o personas	Informantes clave (n=12)			Madres/Cuidadores (n=24)		
	Acude (%)	Hace caso (%)	Sin pedir (%)	Acude (%)	Hace caso (%)	Sin pedir (%)
Hospital	42	8	0	63	17	0
Centro de salud	42	8	0	33	4	0
Doctor	8	83	0	13	63	4
Madre	0	8	41	20	4	33
Nutricionista	0	0	0	0	0	0
Enfermera	0	0	25	0	8	13
Otra familia	0	0	17	0	0	33
Suegra	0	0	8	0	0	25
Vecinos	0	0	0	0	0	0
Padre	0	0	0	0	4	0
Madres comunitarias	0	0	8	0	0	0

Cuando tienen dudas sobre la AC, las mujeres también suelen buscar asesoría médica (TABLA 34). Es común que la abuela u otros familiares den sus opiniones sobre la AC, aun cuando no se las solicitan.

**Tabla 34. Decisiones de las informantes clave (n=12) y MC (n=24) al iniciar la alimentación complementaria (AC)**

Lugares o personas	Informantes clave (n=12)			Madres/Cuidadores (n=24)		
	Acude (%)	Hace caso (%)	Sin pedir (%)	Acude (%)	Hace caso (%)	Sin pedir (%)
Hospital	8	8	0	13	4	0
Centro de salud	50	0	0	46	0	0
Doctor	8	83	8	42	67	0
Madre	17	0	42	17	17	46
Nutricionista	0	0	0	0	8	0
Enfermera	8	0	8	0	4	13
Otra familia	8	0	25	0	0	17
Suegra	0	0	0	0	0	17
Vecinos	0	0	8	0	0	8
Padre	0	0	8	0	0	4
Madres comunitarias	0	8	0	0	0	0

## En Guatemala

### Descripción

Las madres son las principales encargadas del cuidado de sus hijos. Solo una madre entrevistada trabaja como jornalera y lleva con ella al niño pues aún es pequeño. Hay actores que influyen en las decisiones que toman alrededor del cuidado y la alimentación de sus hijos. Las abuelas de los niños tienen un rol e influencia importante debido a su experiencia en el cuidado de los niños y consejos que facilitan. Los médicos y enfermeras de los puestos de salud también gozan de la confianza de la madre.

*“Viera que por una parte a mi mamá porque ella tiene muchos años, y ya sabe bien”(IC)*

*“(…) allá le dedican, le brindan bastante dedicación a uno con las preguntas, con las dudas que uno tiene, atienden mejor allá (en el puesto de salud) digo yo” (IC)*

Los esposos o parejas también son actores influyentes a quienes consultan, a pesar de la distancia de algunos, sobre decisiones del cuidado de los niños e inclusive de su alimentación. Una mujer mencionó que su esposo es quien decide lo que comen porque es quien hace la compra del mercado.

*“Mi esposo sale a comprar la... los alimentos porque como a mí me cuesta salir con las dos niñas por eso es que no puedo...el decide que comprar” (IC)*

## En Mexico

Cuando las IC y MC tienen dudas sobre la alimentación del niño, acuden a su madre o al doctor para pedirle consejo (TABLA 35). Ambos son confiables; ellas seguirían sus consejos (TABLA 36). Asimismo, la figura de la madre, a pesar de que es la figura preferida para la búsqueda de consejos de las MC, también son las que suelen darlo sin que alguien se los pida (TABLA 37).

**Tabla 35. Persona a quien acuden las IC y MC para pedir consejo sobre alimentación del niño**

	Primera opción		Segunda opción		Tercera opción		Total de menciones
	IC	MC	IC	MC	IC	MC	
Mamá	4	7	2	1	1	0	15
Doctor	5	1	0	4	0	1	11
Clínica de salud	3	4	0	0	0	0	7
Casa de salud	2	3	0	0	1	1	7
Suegra	1	0	2	1	0	0	4
Enfermera	0	0	2	0	0	0	2
Tías y otros familiares	1	0	0	0	0	0	1
Papá del niño	0	0	0	1	0	0	1
Total de respuestas	16	15	6	7	2	1	

**Tabla 36. Persona a quien le harían caso las informantes clave y madre cuidadoras con respecto a la alimentación del niño**

	Primera opción		Segunda opción		Total de menciones
	IC	MC	IC	MC	
Mamá	7	8	0	0	15
Doctor	4	4	1	2	11
Enfermera	2	0	1	0	2
Clínica de salud	1	1	1	0	2
Casa de salud	1	0	0	0	1

Papá del niño	0	0	1	0	1
Suegra	0	0	1	0	1
Tíos o familiares	0	0	0	1	1
Nutriólogo	0	1	0	0	1
A ella misma	1	0	0	0	1
Total de respuestas	16	14	5	3	

**Tabla 37. Persona que daría consejos a las informantes clave y madre cuidadoras sin que ellas se lo pidan**

	Primera opción		Segunda opción		Tercera opción		Total de respuestas
	IC	MN	IC	MN	IC	MN	
Mamá	7	10	0	0	0	0	17
Suegra	2	1	1	1	0	0	5
Enfermera	1	1	0	1	0	0	3
Doctor	2	0	0	0	1	0	3
Tías y otros familiares	0	1	0	1	0	0	2
Clínica de Salud	0	1	0	0	0	0	1
Papá del niño	0	0	1	0	0	0	1
Casa de vecinas	0	0	0	1	0	0	1
Total de respuestas	12	14	1	4	2	0	

## 4.11 Visión de las Madres Sobre el Futuro de Sus Niños

### En Colombia

Se indagó sobre las expectativas que tienen las madres para su niño, incluyendo cómo le gustaría que fuese su futuro y qué necesitaría para lograrlo. Salud, inteligencia, y ambientes libres de contaminación fueron reseñados como aspectos que quisieran para el futuro, al igual que paz y tranquilidad. Además desean que sean respetuosos y juiciosos.

*“que no nos falte la salud para poderla a ella ayudar, que no nos falte la salud ni tampoco el trabajo, y en ella pues que esté alentadita, sin ninguna enfermedad” (IC -R).*

*” que no se me enferme, que sea un niño inteligente, que crezca bien, que sea grande” (IC -U).*

*“Un futuro limpio, que no haya mucha contaminación” (IC -R).*

Para muchas madres la meta es que alcancen un nivel educativo universitario y sean profesionales como médicos o abogados. Algunas se enfocan primero en alcanzarlo ellas, para luego lograrlo con sus hijos. Asimismo, destaca la prosperidad, el éxito y el aporte del niño a la sociedad.

*“Luciana tiene que ser lo mejor, yo pienso que ella como en una doctora o abogada”. “Yo quisiera que el futuro de ellos o sea prospero, sea exitoso, o sea que ayuden o sean de beneficio a la sociedad, eso que sean ellos” (IC -U).*

*“Terminar mis estudios para que él pueda tener una buena educación” (IC -R).*

Para alcanzar un buen futuro, muchas consideran que necesitan educarlos, darles amor y cuidados como una buena alimentación, tener gran dedicación y paciencia, al igual que mejores recursos económicos.

*“El amor de nosotros, el afecto que le brindemos, la confianza y el apoyo que le estemos dando para todo. Porque eso lo miro en mi niña, ella es bien dedicada al estudio, le gusta bastante, entonces según como nosotros le vayamos inculcando, ella va demostrando, la forma de ser de ella, la niña respetuosa, la niña de la casa. Según como uno les va enseñando, ellos van dando.” (IC -U).*

*“... y más que todo la alimentación que es fundamental. Por ejemplo, mi niña hasta ahora casi poco se enferma. Es una niña también sana, entonces yo digo: depende de la alimentación. Porque ella come todo, come el brócoli, las zanahorias, las habichuelas, ella no dice: “no, eso es feo”, no. De todo come ella, entonces yo miro que este bien alimentada y además mi esposo está pendiente de complementarle con otras cositas” (IC -U).*

### En Guatemala

Algunas de las madres entrevistadas mencionaron expectativas a corto plazo para sus niños tales como que crezcan bien, que no se enfermen, que estén fuertes y que se vean sanos (bonitos).

*“Que no se enfermen, cómo poder cuidarlos bien para que crezcan bien, para que se desarrollen bien”*

*“Que sean fuertes a que sean grandes, que no se queden chiquitos”*

*“Espero que mis hijos crecen, están fuertes, están grandes, se ven bonitos”*

Una de las madres mencionó que había algunos indicadores como el aprendizaje y el aumento de peso que ella utiliza para saber que su niño está avanzando y alcanzando sus expectativas.

*“Voy a saber porque está bien de peso, y habla bien y se comunica”*

---

## En Mexico

Las mujeres manifestaron tener expectativas y necesidades relacionadas con el futuro de sus hijos. Estas se agruparon en tres grupos: salud y alimentación, crecimiento y desarrollo.

### Cuidado, salud y alimentación

- Contar con mayores recursos económicos para acceder a "*mejores*" alimentos y darle productos variados.
- Darle Chocomilk con leche, porque en su opinión le caería bien al cuerpo del niño.
- Mejorar la atención de enfermedades con acceso a servicio de salud.
- Tener tiempo para cuidarlo (en el caso de las que trabajan).
- Atender problemas de la "*boca*".
- Tener apoyo de otra persona para el cuidado del niño (que pueda abrazarlo o cargarlo)

### Crecimiento

- Acceder a servicios de salud que costeen exámenes o tratamientos médicos por enfermedades de gravedad (estudios médicos).
- Mayor presencia del papá en la vida del niño y atención en su cuidado.
- Que llegue a "*ser alguien en la vida*". Refiriéndose a que tengan estudios, bueno empleo (maestra, licenciado o lo que ellos quieran), se ganen su dinero para salir adelante

### Desarrollo

- Promover el juego para estimular su desarrollo mental y su capacidad emocional.
- Que inicien el gateo o puedan colocarles en la andadera para que aprendan a caminar rápido
- Que camine, coma por sí mismo, desarrolle interés (no se especificó en qué) y la madre pueda disponer de su tiempo para otras actividades.
- Tener mayor poder adquisitivo.
- Enseñarle a ponerse los zapatos.

## 4.12 Actividades de promoción con las madres de la comunidad

### En Colombia

Los PS, IC y MC consideran que el PS (médico, pediatra, nutricionista y/enfermera) debe estar a cargo de transmitir o realizar actividades de promoción con las madres de la comunidad. Las abuelas y las madres comunitarias también fueron identificadas como fuente confiable y respetada que puede servir como interlocutor de mensajes sobre alimentación del niño. Las madres comunitarias son líderes comunitarias que dan apoyo a las madres de niños pequeños.

*“Si, sí, estamos pendientes. Apenas nace, los primeros 3 días de nacido, estamos pendientes de cómo están lactando la bebé, a veces como tienen problemas de agrietamiento de senos, pues uno trata de ir a mirar cómo está agarrando, entonces eso como base fundamental para que siga lactando o tengan una lactancia exitosa. Pues a veces cuando se les daña los pezones, los senos optan por dar otros alimentos o darles la leche de tarro o darles el tetero o comprarles el tetero. Ahí es donde nosotros debemos estar” (IC-U).*

Las madres y PS destacan la importancia de los hospitales, centros de salud ambulatorios y droguerías como lugares donde se transmiten mensajes sobre alimentación del niño pequeño.

*“El nutricionista que me dice que ellos crecen fuertes cuando toman vitaminas. “Si la nutricionista o el pediatra me dijera que es bueno para él” (MC-U).*

*“Los doctores, los psicólogos, las enfermeras, la mamá (abuela) porque tienen más experiencia” (MCR).*

*“No se la verdad, independientemente de que hayan venido o no al control prenatal, de que se les haya dicho o no se les haya dicho ellas les creen más a las abuelitas que al médico. Entonces si la abuelita les dice denle leche, agua de panela ellas se las dan. De pronto un poquito más le creen es al pediatra, pero a veces incluso en los hospitales también y los pediatras manejan bastante la suplementación con leche de fórmula, de pronto a niños que han sido prematuritos, o han estado hospitalizados, casi en la mayoría de salud con fórmula de leche de tarro” (PS-U).*

Los PS aportaron recomendaciones para mejorar la consejería de las madres en el centro de salud, incluyendo:

- Actualizar los materiales educativos, que tengan mensajes claros y sencillos y que llamen la atención de las madres.
- Adaptar materiales impresos sobre la LM y la AC que forman parte del AIEPI y IAMI a la población de Pasto.
- Recibir capacitación sobre el uso de los materiales educativos.
- Utilizar videos que llaman la atención de las madres, cuando están en la consulta o en la sala de espera.
- Distribuir material educativo (como folletos, CDs) para que las madres lo lleven a la casa y lo revisen con mayor tranquilidad.
- Hacer material segmentado por audiencia (madres adolescentes, por ejemplo).

## En Guatemala

De acuerdo con los proveedores de salud ellos llevan a cabo actividades educativas, principalmente en forma de charlas. Estas charlas se dan a grupos grandes de usuarios de los servicios que llegan a la consulta, los temas son variados y algunas veces incluyen LM, AC y suplementación con micronutrientes. Sin embargo, suelen priorizar los temas de higiene y vacunación, así como la atención a otros programas ya que el personal es escaso y los programas a atender, numerosos.

*“Pero lo ideal es darle educación a la gente como tiene que dar, pero como le digo por falta de personal no se da abasto donde estoy son 10 comunidades y dentro de esas 10 comunidades hay niños desnutridos pero como nos meten vacunas, peso, talla, tuberculosis, el programa de Papanicolaou y un montón de programas que hay que manejar es donde nosotros perdemos ese que no damos el seguimiento en educación” (PS)*

El PS da consejería a las madres de acuerdo a la razón de la consulta. Por ejemplo, dan asesoría sobre la prevención de enfermedades o prácticas adecuadas de AC. El PS cuenta con carteles y afiches para hacer actividades de consejería. Sin embargo, no tienen ningún material para promover el uso de suplementos. También mencionaron que en los municipios y en las comunidades existen algunas emisoras de radio y canales de cable local (área urbana) pero que no utilizan estos servicios. Los voceadores locales también fueron identificados como posibles medios para comunicar mensajes sobre alimentación del niño.

Los proveedores parecen tener el concepto de que los procesos educativos y los problemas de salud y nutrición en las comunidades se deben a la poca capacidad de aprendizaje, su nivel educativo y relacionan estos problemas a falta de interés de la población.

*“Lamentablemente es así Guatemala no sé, pero ha de ser que igual por falta de, información a nuestras madres que así son porque no captan porque no lo hacen no sé pero así me dio tristeza” (PS)*

## En México

El PS realiza actividades de consejería principalmente por medio de talleres, los cuales consideran un buen medio para promover las prácticas de alimentación adecuada de menores de 2 años en la comunidad.

*“cada vez que entro a mi guardia dedico un día para taller, tengo un día para lactancia materna pero en sesiones, ya sea que les ponga un vídeo no sé o hablarles de diarrea, pero me gusta y es divertido y aprendemos mucho” (PS)*

Para promover Vitalito, el PS considera que se deben realizar talleres con información sobre el suplemento y proyectar videos que expliquen que Vitalito es una vitamina ya que es un mensaje motivador para las madres. También mencionan que es importante desarrollar mensajes que lo posicionen como un producto bueno para el desarrollo del bebé. Además consideraron que una presentación atractiva del Vitalito facilitaría su aceptación en el hogar.

*“bueno pues yo sugeriría que hubiera vídeos más explicados para que así las mamás estén observando como se prepara un suplemento, porque también es una forma de aprender entonces yo recomendaría material en forma de vídeos” (PS)*

*“¿Si pudiéramos hacer un mensaje, que debería decir el mensaje?..Que el suplemento es una forma de ayudar, de suplementarles más lo que viene siendo la alimentación de sus hijos” (PS)*

## 4.13 Capacitación de los proveedores de salud

### En Colombia

Los médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería que forman parte del equipo de atención en los centros de salud refieren haber recibido capacitaciones sobre lactancia materna y sobre la estrategia de AIEPI. Los PS poseen poco tiempo disponible, en especial los médicos, aunque están muy dispuestos a capacitarse en temas de alimentación y nutrición, particularmente en el tema de AC y el uso de vitaminas y minerales. Destacan la necesidad de uniformar la información que los diferentes tipos de proveedores (incluyendo pediatras) manejan y promueven con los pacientes. Debido a que poseen poco tiempo, muchos se inclinan por la capacitación virtual.

*“Sería bueno, como las capacitaciones más didácticas, que haya videos que haya como más material como para nosotros... como que la capacitación no sea tan rutinaria, como las diapositivas, como que sea más didáctica para que así las personas también presten atención a las capacitaciones” (PS15).*

Otros temas en los que les gustaría recibir capacitación son: i) las alergias alimentarias ya que tienen dudas sobre la introducción de alimentos y su relación con alergias y ii) la baja talla, debido a su elevada prevalencia en Pasto.

*“En el uso del huevo. Porque hay mucha controversia. Hace como dos meses hubo una capacitación con nutrición y entonces decían que el huevo se puede utilizar inclusive desde los 6 meses, porque si es uno alérgico.... ¿Cómo se combate una alergia? Pues, utilizando escasas cantidades de aquella cosa que le produce alergia para disminuir la alergia en el cuerpo. Pero entonces que se puede utilizar ya desde los 6 meses. Pero no está en consenso porque los pediatras dicen que no que se puede utilizar después del año. Pues aclarar esa parte para no emitir falsos conceptos a los pacientes (PS21).*

*“Lo otro es la investigación sobre baja talla en pacientes menores de 6 meses, porque uno va las tablas, y mejor dicho desde que nacen. Y los papás uno saca la regla para ver si lo papás son muy bajitos y hay unos que no. Entonces si me gustaría saber más sobre baja talla” (PS21).*

Las madres FAMI son cuidadoras de grupos de niños en los hogares comunitarios. Ellas representan un personal reconocido por la comunidad y las otras madres. Las madres las consultan en temas de alimentación y cuidado de los niños. Por ello es importante que la información que ellas manejen sea consistente con la que proporciona el PS.

*“Yo ya llevo muchos años, ya llevo como 23 años trabajando en el hogar comunitario, entonces acá a nosotros nos capacitan bastante con respecto a todas estas cositas que usted me comenta. Además uno tiene que estar como se dice de profesora aquí con las madres, estamos multiplicándoles a ellas y ellas me consultan también, entonces uno tiene que estar siempre como se dice actualizado en esos temas” (IC5).*

### En Guatemala

Los PS mencionaron que no tiene procesos de capacitación constantes que les ayuden a mejorar sus prácticas en los servicios. Algunas veces reciben talleres de uno o dos días a los que no se les da seguimiento. Refieren que les gustaría establecer planes concretos ligados a la capacitación para monitorear la aplicación del aprendizaje y así identificar lecciones aprendidas. Además, mencionaron la importancia de capacitarse en cómo facilitar procesos educativos exitosos con las comunidades.

*“Pero si ha de ser si, si nos capacitan mensualmente hay que capacitar al personal para dar prioridad de salir en ese desnutrición porque aquí lamentablemente la pobreza y la desnutrición, y que después nos reunamos otra vez para ver cómo nos fue con lo que aprendimos y que cosas hemos podido hacer” (PS)*

Los PS solicitaron que de ser promovido un producto como el SQ-LNS, se garantizara no solo una capacitación sobre sus beneficios, forma de uso y dosis, sino la distribución de materiales de promoción sencillo, atractivo, con ilustraciones y de fácil comprensión.

*“Tal vez capacitación y que nos manden afiches, trifoliales para para educar a la gente ya y que contenga figuras no porque la gente si empezamos a decir uno se cansa de decir entren aquí” (PS)*

## **En Mexico**

Todo el PS entrevistado mostró interés en recibir información sobre Vitalito. Señalaron que estaban de acuerdo en distribuirlo siempre y cuando tuviera un beneficio para la población que no pertenece al programa PROSPERA. Para promover el suplemento, el PS necesita información sobre la cantidad de vitaminas y minerales que contiene para poder determinar si es adecuado para los bebés. Mencionaron que es importante conocer sobre sus posibles efectos secundarios, forma de administración, los cuidados que se deben tener, las cantidades de consumo y los grupos de edad a los que va dirigido.

*“(¿Qué tipo de información te gustaría recibir?) PS: Pues sobre que es lo que contiene, para que le va a servir, si me afecta en algo o si puede causar una reacción” (PS).*

El PS refiere que los canales preferidos para recibir información sobre Vitalito son a través de capacitaciones a nivel estatal y jurisdiccional, talleres, pláticas, videos, guía técnica de lineamientos y folletos.

*“(¿Cómo le gustaría que yo le llegara... le hiciera llegar la información?) PS: pues este de manera verbal y de manera... este con un pequeño folleto” (PS)*

*“ya sea en una capacitación o de manera práctico e informativo”(PS)*

*“..pues así impresa... si algún manual, alguna guía técnica, algún lineamiento, alguna normativa”(PS)*

Los interlocutores ideales para hacerles llegar la información sobre Vitalito son otros PS que manejen correctamente la información sobre el suplemento, tales como pediatras, nutriólogos, médicos y enfermeras, y autoridades estatales o jurisdiccionales involucradas en el proyecto.

*“pues aquí si aquí si sería que este viniera este viniera el personal, para que tenga más peso, más relevancia, autoridades ya sean jurisdiccionales o estatales verdad, que veamos que tienen este, que se están mezclando en el proyecto o en la actividad que se va a hacer, y que se responsabilicen para sentir como que más ese ese tipo de apoyo de decir “ah sí se tiene que hacer” ... si eh enfocado al área de de nutrición verdad... o pediatra, no sé creo que tendría que tener ese perfil” (PS)*

*“(¿a qué personal de salud es adecuado para que esa persona de la información?) PS: médicos y enfermeras. Igual como aquí no manejamos trabajadora social, manejamos una nutrióloga que también sería lo adecuado”*

## 5 RESULTADOS DE LA FASE II

**E**n este capítulo presentamos los resultados del desarrollo y prueba de recetas y de la prueba de alimentación domiciliar por 14 días con Vitalito.

Esta segunda fase de la investigación formativa tuvo como objetivo general evaluar la aceptabilidad y posible uso del Vitalito con alimentos locales en el hogar. La primera sección describe las características socio-demográficas de los participantes del estudio fase II (sección 1.1). Las dos secciones siguientes describen los hallazgos del desarrollo y prueba de recetas (sección 1.2) y la prueba de alimentación domiciliar de 14 días con Vitalito (sección 1.3).

### 5.1 Características socio-demográficas de los participantes del estudio Fase II

Las características socio-demográficas de los participantes del estudio Fase II se presentan en la [TABLA 38](#).

#### Prueba de recetas

Un total de 59 madres cuidadoras y sus hijos participaron en la prueba de recetas en 3 países: 23 en Colombia, 19 en Guatemala y 17 en México. En Guatemala una madre cuidadora fue excluida del análisis por encontrarse fuera del rango de edad. En Colombia y México, ninguna madre cuidadora fue excluida.

La gran mayoría de las madres cuidadoras entrevistadas eran las madres biológicas del niño involucrado en el estudio. Los LNP oscilaron entre las edades de 6 y 22 meses en Colombia, 5 y 19 meses en Guatemala y 7 y 20 en México, y la mitad (51%) se encontraba en el segundo año de vida. Hubo más niños (58%) que niñas (42%) representados en la prueba de desarrollo de recetas. En Colombia, aproximadamente la mitad de los participantes provenían de comunidades rurales (48%), mientras que en Guatemala 79% eran de comunidades rurales y en México todos eran de comunidades urbanas. La mayoría de las madres tenían menos de 25 años de edad y eran amas de casa. Guatemala tuvo la mayor proporción de madres cuidadoras con solo nivel de escolaridad primaria.

#### Prueba de alimentación domiciliar

Un total de 68 mujeres cuidadoras y sus niños participaron en la prueba de alimentación domiciliar con SQ-LNS por 14 días en los 3 países: 15 en Colombia, 25 en Guatemala y 28 en México. En Colombia, solo un participante se retiró de la prueba después de la primera semana a causa de vómito. En Guatemala, 2 participantes desertaron después de los días 1 y 3. En México, 1 participante desertó después del día 1 y otro después de la semana 1. Poco más de la mitad de los participantes (54%) había participado previamente en la

---

prueba de recetas, y estaban familiarizados con el Vitalito (12 de 15 en Colombia, 12 de 25 en Guatemala y 13 de 28 en México).

La gran mayoría de las participantes eran la madre biológica del niño involucrado en el estudio. Los LNP oscilaron entre las edades de 7 y 22 meses en Colombia, 6 y 19 meses en Guatemala y 6 y 21 meses en México. Hubo ligeramente menos niños (47%) que niñas (53%) representados en la prueba domiciliar. En Colombia y Guatemala, aproximadamente la mitad de los participantes fueron de comunidades rurales, mientras que en México todos fueron de comunidades urbanas.

**Tabla 38. Características socio-demográficas de los participantes del estudio fase II**

Características de niños e informantes	Colombia				Guatemala				México			
	Taller de Recetas		Ensayo Domiciliario (n=15) <sup>1</sup>		Taller de Recetas		Ensayo Domiciliario (n=25) <sup>1</sup>		Taller de Recetas		Ensayo Domiciliario (n=28) <sup>1</sup>	
	(n=23)				(n=19)				(n=17)			
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Edad de niño índice (meses)												
6–8	9	(39%)	4	(27%)	7	(37%)	6	(24%)	5	(29%)	10	(36%)
9–11	4	(17%)	7	(47%)	2	(10%)	8	(32%)	2	(12%)	10	(36%)
12–23	10	(43%)	4	(27%)	10	(53%)	11	(44%)	10	(59%)	8	(29%)
Sexo del niño índice												
Masculino	13	(57%)	6	(40%)	13	(68%)	14	(56%)	8	(47%)	12	(43%)
Femenino	10	(44%)	9	(60%)	6	(32%)	11	(44%)	9	(53%)	16	(57%)
Área de residencia												
Rural	11	(48%)	8	(50%)	15	(79%)	13	(52%)	0	(0%)	0	(0%)
Urbana	12	(52%)	8	(50%)	4	(21%)	12	(48%)	17	(100%)	28	(100%)
Edad informante (años)												
17–24	-		-		9	(47%)	16	(64%)	9	(53%)	12	(43%)
25–30	-		-		7	(37%)	2	(8%)	5	(29%)	9	(32%)
31–39	-		-		2	(11%)	5	(20%)	2	(12%)	5	(18%)
40 o más	-		-		1	(5%)	2	(8%)	1	(6%)	2	(7%)
Etnia												
Indígena	2	(9%)	1	(6%)	16	(84%)	14	(56%)	4	(24%)	6	(21%)
No indígena	21	(91%)	15	(94%)	3	(16%)	11	(44%)	13	(76%)	22	(79%)
Estado civil actual de la madre cuidadora												
Soltera	-		-		-		5	(20%)	-		9	(32%)
Casada /o con pareja	-		-		-		19	(7%)	-		17	(61%)
Divorciada	-		-		-		1	(4%)	-		2	(7%)
Viuda	-		-		-		0	(0%)	-		0	(0%)
Dato faltante	-		-		-		4	(16%)	-		-	
Nivel educativo informante												
Primaria <sup>2</sup>	-		1	(6%)	-		10	(40%)	-		4	(14%)
Secundaria <sup>3</sup>	-		11	(69%)	-		9	(36%)	-		15	(54%)
Mayor <sup>4</sup>	-		4	(25%)	-		2	(8%)	-		3	(11%)
Ocupación declarada del informante												
Ama de casa	-		-		-		18	(72%)	-		24	(86%)
Ama de casa y agricultor	-		-		-		0	0	-		0	(0%)
Campesino	-		-		-		0	0	-		0	(0%)
Otro ingreso <sup>5</sup>	-		-		-		7	(28%)	-		4	(14%)
Tamaño total del hogar												
3–4	-		-		-		5	(20%)	-		9	(32%)
5–6	-		-		-		5	(20%)	-		12	(43%)
7–8	-		-		-		7	(28%)	-		5	(18%)
≥ 9	-		-		-		8	(32%)	-		2	(7%)

<sup>1</sup> La mayoría de los sujetos de la prueba domiciliaria de 14 días participaron en la prueba de recetas (12 de 15 en Colombia, xx de 25 en Guatemala y 13 de 28 en México); <sup>2</sup> Grados 1-6; <sup>3</sup> Grados 7-11; <sup>4</sup> Técnico universitario;

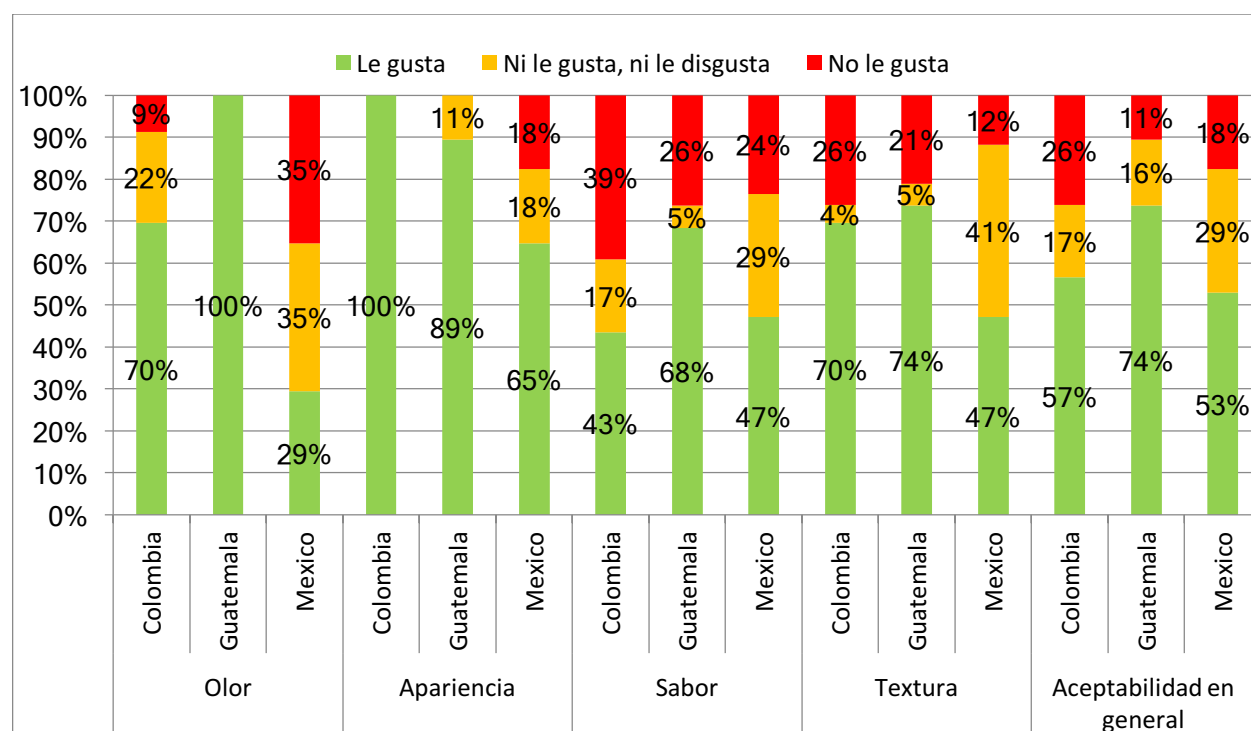
<sup>5</sup> Otras fuentes de ingreso como venta de alimentos, encargado de tienda;

## 5.2 Prueba de recetas

### 5.2.1 Evaluación Organoléptica del Vitalito Solo

Vitalito, servido directamente de los sobres, fue bien aceptado por las 59 madres cuidadoras que participaron en la evaluación. En los 3 países, 61% de las madres reportaron gusto por Vitalito solo, 20% reportaron que ni les gustaba ni les disgustaba, y 19% que no les gustó. Aunque la apariencia (le gustó a 86%) y el olor (le gustó a 68%) recibieron calificaciones altas, la textura le disgustó a una quinta parte de las madres cuidadoras (20%) y el sabor a casi un tercio de ellas (31%). Las calificaciones de las madres cuidadoras de las características organolépticas de Vitalito varió por país, y las calificaciones del olor fueron las que más variaron (FIGURA 19).

**Figura 19 Evaluación organoléptica y aceptabilidad del Vitalito solo por la madre cuidadora, por país**



\* Percepción de la madre si a su niño le gustaría el Vitalito (antes de que lo pruebe el niño)

Vitalito es un producto desconocido que no es típicamente consumido por LNP en las zonas de estudio. Las madres lo compararon con alimentos conocidos como maní, manteca, mantequilla, arequipe, compotica, mayonesa, leche en polvo y papilla. Las razones que se reportaron para el gusto o disgusto por las diversas propiedades organolépticas de Vitalito se describen en la TABLA 39. El olor y sabor de maní en general fue del agrado. Sin embargo, algunas madres afirmaron sentirle un gusto a vitaminas y manifestaron disgusto por lo grasoso del producto.

**Tabla 39. Razones reportadas por las que a las madres cuidadoras les gustaron o disgustaron las características organolépticas de Vitalito solo, por país**

Características evaluadas	Colombia		Guatemala		México	
	Razones por que le gusta	Razones por que no le gusta	Razones por que le gusta	Razones por que no le gusta	Razones por que le gusta	Razones por que no le gusta
Olor	El olor provoca comer Se siente rico y delicioso Huele como a maní, es rico	Huele a maní (y a ella no le gusta el maní) Huele como a aceite o mantequilla	Huele a maní Es agradable Huele a Incaparina® Huele a galleta	No aplica	Huele a galleta Huele a cereal Huele como a cacahuete Huele rico, no sé de qué	Huele a maní (y a ella no le gusta el maní) Huele mal, a medicina
Apariencia	Parece dulce, como arequipe Parece compotica Es provocativo Se le mira rico	No aplica	Parece masa Está espeso Por el color Se ve cremoso	No aplica	Como para darle a los niños está bien Parece crema-mayonesa	Se ve medio muy espeso Se mira muy espeso, debería ser más aguadito
Sabor	Rico, a mantequilla de maní Como frito, algo de grasita Simple pero bien, como a Bienestarina Ni salado, ni dulce Comestible Rico, a galleta	Simple Desagradable Grasoso & pegajoso Amargo Como galleta cruda No tiene sabor	Porque tiene sabor a maní Porque sabe a Incaparina Tiene buen sabor no es empalagoso	Tiene sabor a vitamina y a hierro Porque sabe a aceite Porque esperaba que estuviera dulce	Sabe bueno, sabe a leche de bebé Sabe a leche Nido, luego como que sabe a crema de maní me sabe a leche, a papilla de plátano a vainilla y porque huele bonito	Sabe cómo a cacahuete (el cacahuete no le gusta) Sabe mucho a aceite, como a manteca, salado
Textura	Suave, cremosito Se sienten gránulos, es como azúcar Grasoso Delicioso, normal, agradable Tiene grumos, muy espeso	Es como azúcar, como que quedan pedacitos en la lengua Como si tuviera pelusa Al principio se siente grasoso, después pastoso	Porque se siente suave, rico Porque sabe cómo a crema, margarina y aceite Se siente cremoso	Se siente como masa, diferente en la boca es desagradable Tiene mucho aceite o grasa	Rasposito, suavcito Se siente como bolitas granosas Se siente suavcito	Se siente como queso, como leche de polvo
Aceptabilidad en general	Buen sabor Olor agradable Textura suave o espesa Color agradable Buena presentación, vitamínico	Sabe feo/raro Simple Sabe a manteca	Gustó el sabor Porque está rico Porque tiene vitaminas	Porque se siente el hierro Porque tiene sabor a aceite	Tiene sabores como agriecito, como con galleta y mantequilla Sabe bien, no huele mal	Pues por el olor, porque sabe así como a manteca
Percepción de la madre si a su niño	Gustan cosas nuevas, está aprendiendo	Sin sabor, feo/amargo Sabe a manteca	Porque como son pequeños no distinguen	Porque no sabe si le gusta el sabor o sensación en la	Niño come de todo Parece papilla y niño	Mal sabor No está dulce, no tiene

Características evaluadas	Colombia		Guatemala		México	
le gustaría Vitalito	Textura agradable Buen sabor Es bueno para el bebé Se parece al Nestum	No le gusta el mani No le gustan las papillas	sabores Porque le gusta de todo Porque todo lo que se le da, se lo come Porque es rico y el niño come purés	boca Porque nunca le ha dado, no sabe si le gustará Porque tiene que probar darle de comer.	come papilla Le gusta a la mamá Está bueno Niño come salado	azúcar

---

## 5.2.2 Preparaciones con Vitalito

### Alimentos seleccionados para las pruebas de recetas

Los alimentos y bebidas enumerados a continuación se pusieron a disposición de las madres cuidadoras para el desarrollo de preparaciones con Vitalito añadido. Fueron seleccionados debido a que son consumidos comúnmente por los LNP en cada entorno cultural. Algunos alimentos eran salados, mientras que otros eran dulces. Se incluyeron productos comerciales e incluso productos fortificados.

#### En Colombia

- Colada (cereal instantáneo a base de cereales)
- Sopa de verduras
- Puré de papas
- Pollo en trocitos
- Galletas
- Banano
- Yogurt

#### En Guatemala

- Atol de *Incaparina*® (preparada con agua y azúcar)
- Frijol cocido con caldo
- Arroz
- Papas cocidas
- Tortilla
- Galletas María
- Banano

#### En México

- Agua de arroz (dulce y sin endulzar)/ jugo de arroz endulzado y sin endulzar
- Sopa de pasta
- Galleta salada
- Galleta dulce
- Tortillas
- Frijoles
- Frijoles machacados (guisados)
- Banano
- Yogurt de fresa

Por separado se colocó sal y aceite (además de azúcar en Guatemala), por si las madres decidían agregar alguno de estos a las preparaciones.

### Preparaciones con Vitalito

Se pidió a las madres cuidadoras que prepararan una comida con Vitalito que su hijo muy probablemente consumiría. Todas las madres decidieron ofrecer a sus niños Vitalito mezclado con otros alimentos, que eligieron de los que tuvieron disponibles durante la actividad. En Colombia y México, la mayoría mezcló Vitalito con un solo alimento, mientras que en Guatemala las madres cuidadoras 2 o más alimentos para preparar una “comida” con Vitalito. Cuando se agregó a un solo alimento, prefirieron los como yogurt, banano y galleta (TABLA 40).

**Tabla 40. Alimentos mezclados con el Vitalito y número de madres para cada opción, por país**

Mezclado con 1 alimento		Mezclado con 2 alimentos		Mezclado con 3 alimentos		Mezclado con 4 alimentos	
Alimento	n	Alimentos	n	Alimentos	n	Alimentos	n
<b>Colombia (n=23)</b>							
Yogurt	8	Sopa de verduras + Puré de papas	2	Colada + Banano + Yogurt	1		
Colada	5	Sopa de verduras + Pollo en trocitos	1	Sopa de verduras + Pollo en trocitos + Puré de papas	3		
Banano	1	Yogurt + Banano	1				
<b>Total</b>	<b>14</b>		<b>5</b>		<b>4</b>		
<b>Guatemala (n=19)</b>							
Papas cocidas	1	Frijol cocido con caldo + Papas cocidas	2	Tortilla + Frijol cocido con caldo + arroz	1	Tortilla + Frijol cocido con caldo + arroz + Papas cocidas	1
Frijol cocido con caldo	1	Frijol cocido con caldo + Arroz	4	Frijol cocido con caldo + Arroz + Papas cocidas	3		
Banano (con azúcar)	3	Atol de Incaparina® + Galletas María	1	Arroz + Frijol cocido con caldo + Papas cocidas	1		
Atol de Incaparina®	1						
<b>Total</b>	<b>6</b>		<b>7</b>		<b>5</b>		<b>1</b>
<b>México (n=17)</b>							
Sopa de pasta	8	Sopa de pasta + Caldo de frijol	2	Sopa de pasta + Caldo de frijol + Tortilla	1		
Agua de arroz	3	Sopa de pasta + Frijol molido	2				
Galleta salada	1						
<b>Total</b>	<b>12</b>		<b>4</b>		<b>1</b>		

La mayoría de las madres expresó que escogieron esos alimentos porque sus hijos están acostumbrados a comerlos y porque son los alimentos que más les gustan a sus hijos. También escogieron alimentos que pensaban que irían bien con Vitalito y podrían ser fáciles de mezclar. Otras participantes opinaban que escogieron esos alimentos porque son nutritivos y les caen bien a sus hijos. En Guatemala, por ejemplo, un alimento que se utilizó en repetidas ocasiones es el frijol, tanto en caldo como cocido.

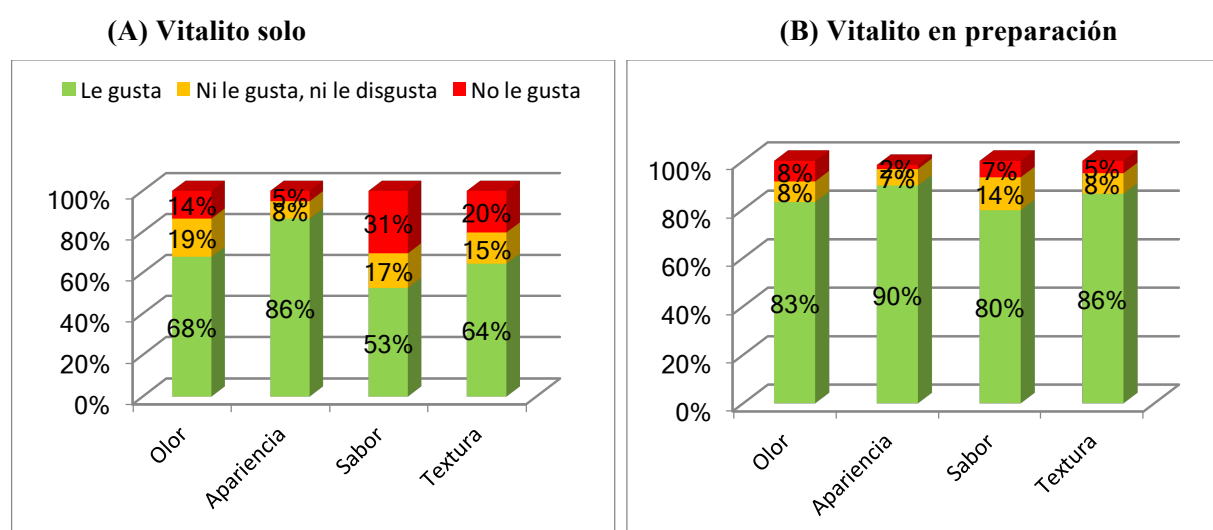
El tamaño de las porciones preparadas se reporta en la SECCIÓN 5.2.4.

## 5.2.3 Evaluación organoléptica de preparaciones con Vitalito

### Aceptabilidad de la madre cuidadora

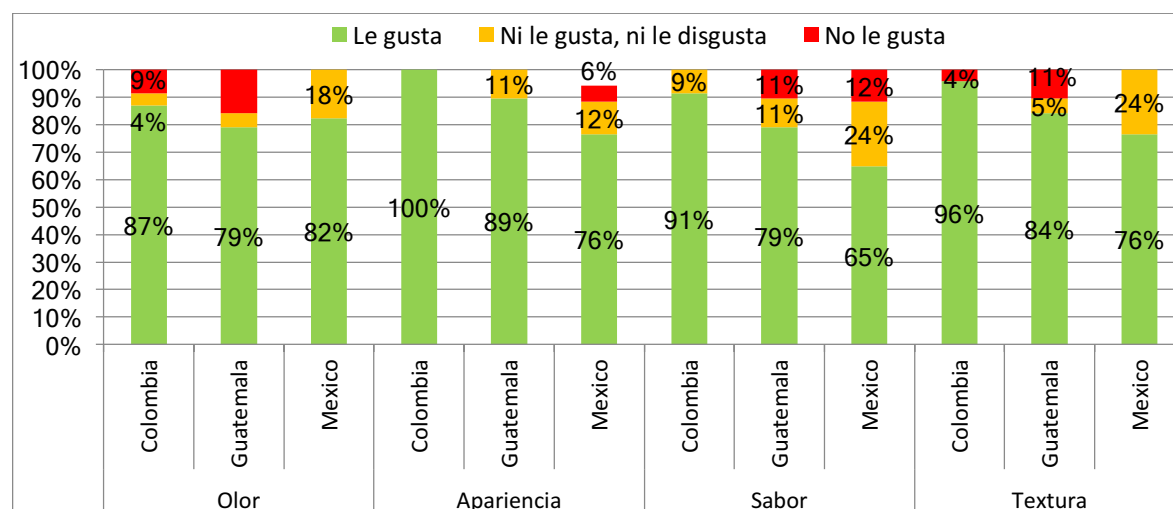
El Vitalito mezclado con alimentos en general fue bien aceptado; solo 2% madres reportaron disgusto por la apariencia, 5% por la textura, 7% por el sabor y 8% por el olor (FIGURA 20, PANEL B). El Vitalito en preparación tuvo mejor calificación en cuanto a características organolépticas que el Vitalito solo, en especial con respecto a su sabor (31% versus 7% de disgusto).

**Figura 20 Evaluación organoléptica y aceptabilidad de Vitalito solo y Vitalito en preparación por la madre cuidadora**



Las calificaciones para las características organolépticas de Vitalito en preparación variaron por país (FIGURA 21).

**Figura 21 Evaluación organoléptica y aceptabilidad del Vitalito en preparación por la madre cuidadora, por país**



\*Percepción de la madre si a su niño le gustaría Vitalito (antes de que lo pruebe el niño)

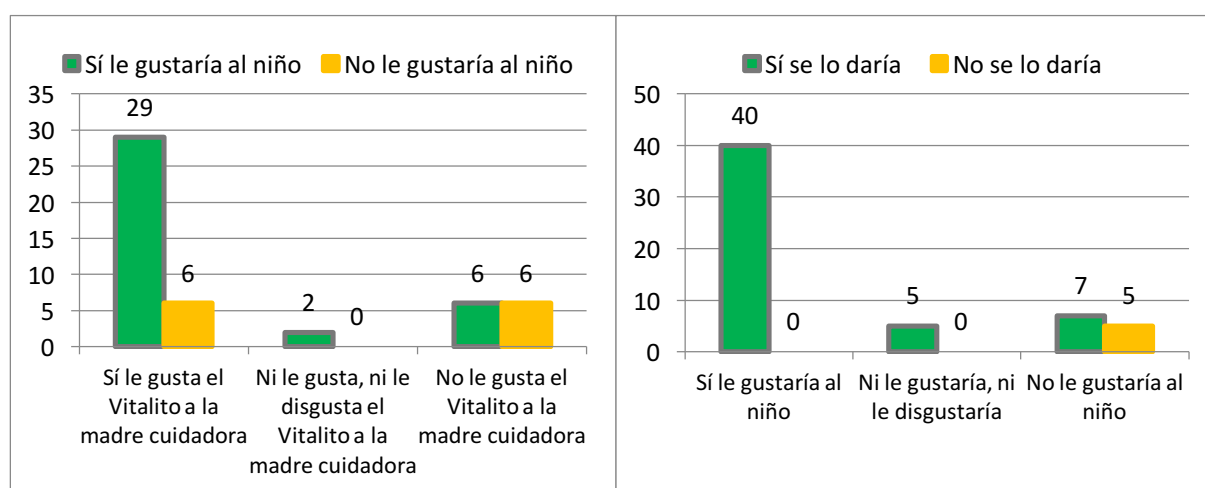
## Aceptabilidad esperada del niño (antes de probar el Vitalito)

La mayoría de las madres (68%) reportó creer que a su niño le gustaría el Vitalito (sin mezclar con alimento); 52% en Colombia, 84% en Guatemala y 71% en México. Alrededor del 80% reportó creer que le gustaría el Vitalito en preparación (83% en Colombia, 84% en Guatemala y 76% en México). Las madres a las que les gustó el Vitalito tenían mayor probabilidad de esperar que a su hijo también le gustara el Vitalito (FIGURA 22, PANEL A). La gran mayoría de madres cuidadoras reportaron que ofrecerían el Vitalito a su hijo independientemente de si esperaban que al niño le gustara (FIGURA 22, PANEL B). Entre las principales razones de ofrecer Vitalito al niño se encuentran: (i) es un alimento con vitaminas y minerales, (ii) es un alimento que le caerá bien al niño, (iii) es un buen alimento y se imagina que su niño también se lo comerá; y (iv) cree que le ayudará al niño a ganar peso y talla y a desarrollarse bien.

**Figura 22 Aceptabilidad del Vitalito por parte del niño esperada por las madres cuidadoras e intención de ofrecerlo**

(A) Aceptabilidad de Vitalito por el niño esperada entre madres a quienes gustó o disgustó el Vitalito

(B) Intención de ofrecer Vitalito por la aceptabilidad del niño esperada



## Aceptabilidad del niño al probar el Vitalito

De acuerdo a las madres, a la mayoría de los niños (85%) les gustó el Vitalito. Solo 7 madres reportaron que no les gustó el Vitalito y 2 reportaron que ni les gustó ni les disgustó.

### Razones por las cuales las madres reportaron que le gustó el Vitalito al niño:

- Lo acepta bien
- Abre la boca
- Comió bastante o todo
- Le gusta el alimento con el que lo preparó
- Le gustan los sabores nuevos

### Razones por las cuales las madres reportaron que no le gustó el Vitalito al niño:

- El niño no lo recibió
- Lo sacaba de la boca
- Se volteaba
- No tenía hambre

## 5.2.4 Tamaño de la porción de las preparaciones elaboradas por las madres cuidadoras y cantidad de Vitalito consumido

Aunque se instruyó a las madres cuidadoras que usaran la totalidad del sobre de Vitalito (20 g), la mayoría de ellas no extrajo por completo el contenido del sobre y la cantidad extraída osciló entre 2 y 20 g, con una mediana de 19 g (IQR 18-20 g). El tamaño de la porción de las comidas preparadas (Vitalito solo o comida con Vitalito añadido) osciló entre 4 y 164 g, con una mediana de tamaño de la porción de 55 g (IQR 43-78 g). El tamaño promedio de porción preparada fue 47 g, 68 g y 55 g para niños de 6-8, 9-11 y 12-23 meses de edad, respectivamente.

Al ofrecer el Vitalito al niño, casi todas las madres lo dieron en preparación (n=57, 97%) y solamente dos dieron el Vitalito solo. La mayoría de los niños (n=54, 92%) no se terminó toda la preparación ofrecida en el periodo de tiempo de 15 min. El promedio de comida con Vitalito agregado consumida fue de 29 g (IQR 14-42 g), y el promedio de Vitalito consumido fue de 10 g (IQR 4-13 g). En general, los niños consumían la mitad del suplemento Vitalito ofrecido (mediana de 52%, IQR 21-67%). La proporción de Vitalito consumida fue 55%, 46% y 40% para niños de 6-8, 9-11 y 12-23 meses de edad, respectivamente. La mediana de la porción de Vitalito consumida por el niño durante el estudio fue 11 g en Colombia y Guatemala, y 6 g en México (TABLA 41).

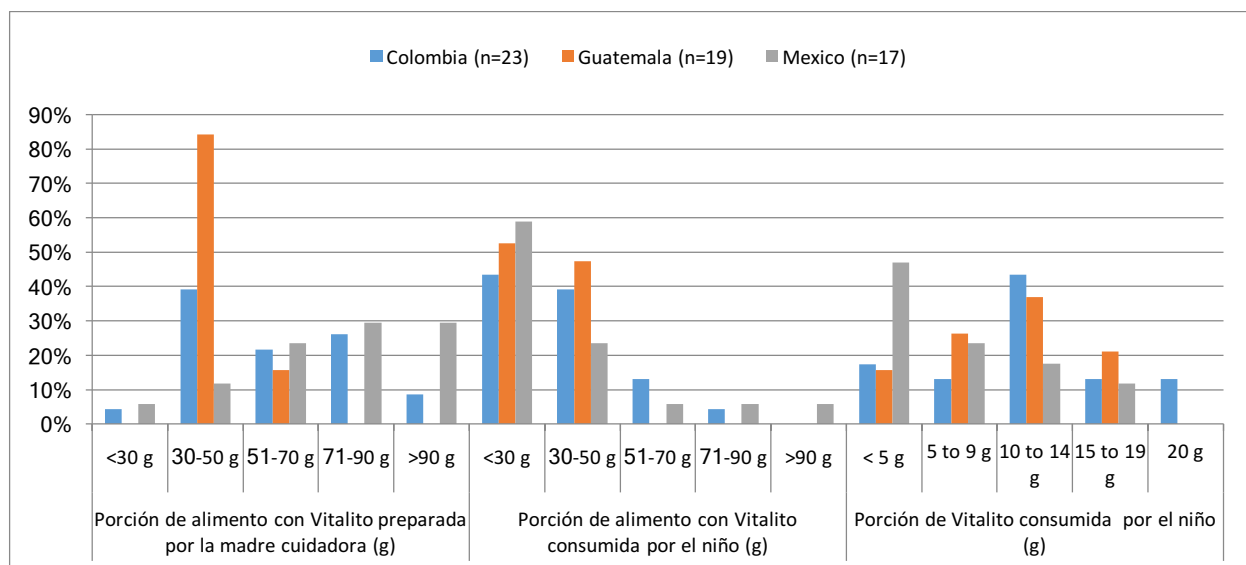
**Tabla 41. Porción de preparaciones y consumo de alimentos y Vitalito por los niños, por país**

Grupo de edad	Porción preparada por la madre cuidadora		Porción consumida por el LNP		
	Vitalito extraído del sobre, g	Comida con Vitalito añadido, g	Comida con Vitalito añadido, g	Vitalito, g	Vitalito, %
	Mediana (IQR)				
Colombia	20 (20-20)	58 (44-80)	38 (15-49)	11 (8-16)	55 (38-82)
Guatemala	18 (17-19)	44 (41-48)	29 (12-38)	11 (5-14)	57 (26-70)
México	19 (18-20)	78 (56-93)	20 (6-42)	6 (2-11)	28 (9-53)

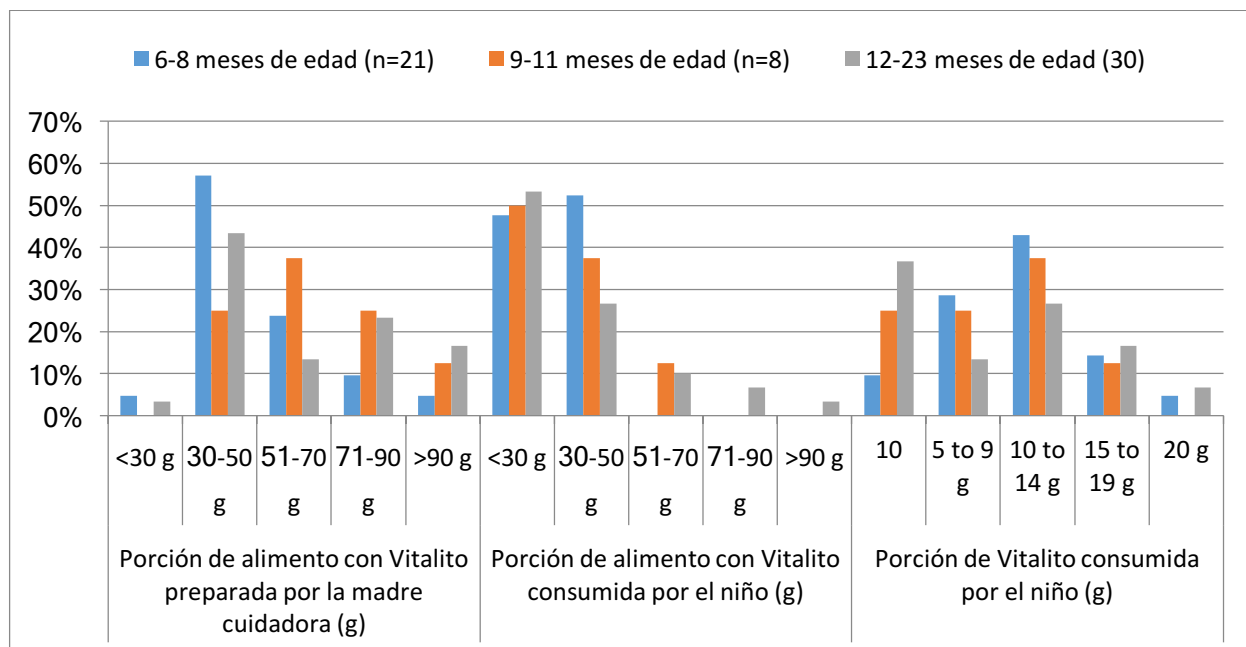
La mayoría de las madres prepararon comidas con un tamaño de porción entre 30 y 70 g, y la mayoría de los LNP consumieron entre 20 y 50 g. Los tamaños de la porción de las preparaciones y comidas consumidas variaron entre países (FIGURA 23) y grupos etarios (FIGURA 24), aunque no se observaron patrones claros.

Pocos niños (n=3) consumieron la porción completa de 20 g de Vitalito, 15% consumió 15 a 19 g, 34% consumió 10 a 14 g, 20% consumió 5 a 9 g y 25% consumió menos de 5 g. Sorprendentemente, la proporción de niños que consumieron menos de 5 g de Vitalito fue mayor en niños más grandes (37% en LNP de 12-23 meses de edad) en comparación con niños más pequeños (10% en LNP de 6-8 meses de edad) (FIGURA 24).

**Figura 23** Porción de preparación y consumo de alimentos y Vitalito por los niños, por país



**Figura 24** Porción de preparación y consumo de alimentos y Vitalito por los niños, por edad



## 5.2.5 Discusión grupal sobre prueba de recetas

### En Colombia

#### Aceptabilidad de la madre al Vitalito solo

Las opiniones fueron variadas, a algunas madres les gustó mientras que a muchas no les gustó el Vitalito.

*“a mí así solo no me gustó, tenía como..., el olor estaba bien, pero lo que no me gustó era el sabor, ya, como una masa, comprimida sin sabor no me gustó” (Rural)*

*“A mí sí me gustó porque el sabor, el olor, y cuando lo probé me dio facilidad, se desvanecía en la boca y me pareció rico” (madre cuidadora área rural)*

*“A mí no me gustó el sabor así solo porque se siente como mucha grasa” (madre cuidadora área urbana)*

A algunas les gustó el sabor a maní, que es un sabor frecuentemente utilizado en Pasto. Ellas aderezan las comidas con salsas y ají a base de maní. Sin embargo, a otras no les gustó que no tuviera sabor dulce o salado. A una madre del área rural le pareció picante. A otras no les gustó la consistencia “seca” o que sabía un poco ácido al final; lo sentían bien al principio, pero no al final.

#### Preparación de Vitalito por la madre

A todas les pareció sencilla porque es fácil de disolver. Las madres por lo general seleccionaron alimentos comunes, que les gustan a los niños y que ya les han dado de comer antes, como colada, banano, yogurt y sopa. A todas las madres les gustó más el sabor del Vitalito mezclado con los alimentos.

*“Fácil de disolver, en dulce y en salado” (urbana)*

*“La facilidad; es muy, muy fácil, solo es cuestión de sacarlo del empaque y ya creo que es más fácil” (urbana)*

#### Percepción del gusto del niño por el Vitalito

Todos los niños probaron el Vitalito y a la mayoría les gustó. Solo una niña después de comer la mezcla de Vitalito con yogurt vomitó. Sin embargo, la madre refirió que el vómito no se debió al producto per se sino a que la niña estaba llena ya que había tomado pecho y comido toda la preparación con Vitalito.

*“Yo sí dije que (el niño) me iba a recibir todo; uno, porque le gustan los alimentos que yo escogí, y dos, porque pues ella come bien” (rural)*

Varias madres dijeron que al niño no le gustaba el “grumito” del Vitalito.

A una madre no le gustó ni solo, ni mezclado. Asumió que a su hijo tampoco le gustaría (rural).

#### Prueba de Vitalito del niño

Todas las madres, con excepción de una madre, dieron a sus hijos el Vitalito mezclado.

*“Yo utilicé el banano, me pareció bien porque el banano también es de textura como suave entonces lo puede digerir más rápido y también le gustó a la nena” (rural).*

*“a él le gustó porque en mi caso él está apenas empezando a probar sabores, entonces pues cualquier sabor que le sepa diferente a la leche es rico para él” (urbano)*

#### Comentarios generales

*“Me parece que es un buen complemento para darle a ellos, a los niños” (rural)*

*“Se le puede revolver con cualquier alimento” (rural)*

*“Es fácil de comer porque es suave” (rural)*

*“Me parecería bueno, porque igual tiene las vitaminas y eso es lo que necesitan los niños o a veces uno no tiene el presupuesto para estarle dando a veces frutas o buena alimentación. Eso es lo que a ellos los va a ayudar o a complementar” (rural)*

*“Porque la cantidad es buena, porque ella ahorita no había comido, le gustó harto. La porción no es mucho ni poco, es buena para dárselo” (rural).*

*“Para que estén bien alimentados” (urbana)*

### **Consejos de las madres para que otras madres den Vitalito a sus hijos**

Para que se coma toda la mezcla, una madre responde: *“hacerle aguantar un poquito el hambre (risas)” (rural)*

*“Dedicarle el tiempo y hacerle como jueguitos cuando se va a dar de comer con la cucharita, para que le llame la atención” (rural)*

*“Dárselo en distintas comidas” (rural)*

*“Yo escogería un horario para darle a la nena, no dárselo así en todo el día porque pues ella empezaría a aborrecerlo” (rural).*

*“Dándolo a conocer y también haciendo así como estamos haciendo nosotras ahorita, llamándolas a charlas para que ellas la conozcan y también les den a probar” (rural)*

*“Que me lo recomiende el pediatra y el nutricionista” (rural)*

*“Para dárselo todos los días, tendría que ser con mezclas diferentes” (urbana)*

*“Que salga en las propagandas, eso, con información de pronto” (urbana)*

*“De pronto agregarle como un color llamativo, un fosforescente, como colores que los chicles y eso... me he dado cuenta que Sarita cuando mira estira la mano, entonces sí un color llamativo para que ellos se sientan atraídos” (urbana)*

*“Mire hay suplemento que se lo puede suministrar al niño ya sea en alimentos, en jugos y darles el valor nutricional y para qué sirve” (urbana)*

### **Cuchara con ranuras**

Les pareció buena y bonita. Ninguna sabía para qué servía la cuchara con ranuras, y se sorprendieron al saber que facilita preparar alimentos con consistencia adecuada para el niño. A todas les gustaría tener la cuchara en sus hogares para alimentarlo. Les gustaría que tuviera colores llamativos y hasta algún dibujo para niños.

*“Pues me interesa yo como a la niña primera, yo le daba calditos a ella, y ahora las consecuencias mías es que la niña sufre de baja talla, o sea venía sufriendo así, bajo peso, baja talla, alzaba la talla bajaba de peso, esas serían las consecuencias porque yo sí los primeros meses solo era calditos pero pues no le daba algo espeso, entonces para mí esas serían las consecuencias estar en los médicos, varias vitaminas que no cubre el sistema de salud me toca pagarlas a mí” (rural)*

### **Empaque**

Al responder sobre qué les gustaría que tuviera el empaque de Vitalito, respondieron:

*De pronto el color ¿no? Deberían ser un poquito más llamativos los colores porque uno lo mira, y también ponerle qué nutrientes lleva, todas esas cositas, depende de eso uno lo puede...*

*De pronto que vengan unas recomendaciones en la etiqueta, ¿no? Entonces ahí uno tiene, toca leer y dice cómo hay que botarla de pronto cómo puede reusarla o qué se puede hacer con esa bolsita (urbano)*

## Sobras

A las madres no les gusta botar los desechos; tratan de guardarlos para las próximas comidas. Al preguntarles qué harían con las sobras:

*Guardarlo para la próxima, claro siempre y cuando pues en la etiqueta diga que se lo pueda guardar, se lo pueda reutilizar (urbano)*

*Lo trataría de utilizar, que se vaya a dar en la misma porción sería dar la mitad en jugo y la mitad con verdura o con cualquier otra cosa (urbano).*

## En Guatemala

### Percepción general del Vitalito

Las madres tuvieron opiniones divididas con respecto a Vitalito. A algunas les gustó el suplemento y a otras no, principalmente por su sabor y olor a vitaminas y porque no es dulce.

*“El sabor no me gustó, parecía que tenía muchas vitaminas”.*

*“No me gustó, sabe a vitamina, tiene mucha sal”.*

*“Porque tiene un sabor....y nos gusta que tenga sabor, el Vitalito no sabe a hierro”.*

La mayoría prefirió el Vitalito mezclado con alimentos ya que mejoró el sabor y la consistencia (cremosa) de la preparación. Algunas consideraron que el contenido de nutrientes de Vitalito hace que los niños se llenen rápido y no se terminen la porción de alimentos mezclados con el suplemento.

*“El Vitalito sale mejor porque más se lo come y aunque no se lo termina se llena más rápido porque tiene vitamina que sí lo llena más luego”.*

*“Ah porque está más vitaminado y más lueguito lo lleno”.*

### Mezcla y uso del suplemento con alimentos

Las madres también tuvieron opiniones divididas acerca de cómo ofrecer el suplemento (solo o mezclado). Algunas consideraban que sus niños lo preferirían comer solo mientras que otras, mezclado ya que tiene mejor sabor y los niños están acostumbrados a los alimentos con los que lo prepara.

*“Así más está más rico se puede con comida y atol de Incaparina”.*

*“Sí porque no tiene buen sabor y no tiene mal olor y revuelto como que si fuera a mayonesa probándolo así huele a mayonesa, pero ya revuelto sabe diferente pero para mí está bueno mezclado”.*

*“Pues sí solo el Vitalito uno lo duda si se lo come pero ya mezclándolo con comida sí se lo come.”*

*“Porque mi nena así come, es lo que le doy”.*

La temperatura de los alimentos también fue un aspecto mencionando por algunas madres. Para ellas mezclar el suplemento con alimentos tibios es más fácil que con alimentos fríos ya que el calor hace que la grasa de Vitalito se mezcle bien.

*“Caliente pero lo mismo la manilla contiene grasa y tiene que ser caliente... Como con el atol”.*

*“Nosotros queremos, pensamos... Que puede ser como caliente ajá eso es una idea caliente como el atol”.*

El horario en que se llevó a cabo las pruebas de recetas no parece haber influido en la selección de alimentos para mezclar Vitalito. Para las pruebas de la mañana y de tarde, los alimentos elegidos fueron los mismos: Incaparina®, papa, frijol, caldo de frijol, arroz y tortilla.

Las mujeres escogieron utilizar alimentos que los niños prefieren y comen usualmente y evitaron aquellos que a los niños no les gusta o les cae mal.

*“La mera verdad le doy banano y a veces Incaparina® no hago porque no le gusta rápido le da un dolor de estómago”.*

*“Compró papas y si se termina le mando a mi mamá a comprar más; el frijol nunca hace falta”.*

Asimismo, las mujeres dieron ejemplos de otros alimentos disponibles en el hogar que también podrían servir para mezclar Vitalito tales como hierbas locales, fideos y huevo.

*“Yo pienso que se puede mezclar con diferente comida que uno prepara en la casa como huevito, macuy, frijol, punta de ayote y qué otra cosa güisquil, papas, fideos, guineo”.*

*“Caldito de frijol, de huevito o de hierbita; lo que uno come eso lo que le da al niño”.*

### **Aceptación y motivaciones para dar Vitalito**

Las madres mencionaron que podrían continuar dando el suplemento a sus niños ya que lo aceptaron mezclado con alimentos. Refirieron, además, que una forma de motivar a que lo usen otras madres es decirles que el suplemento ayuda a que el niño crezca bien y no se enferme.

*“Lo comieron, le gustó y si hubiera más le daríamos todos los días”.*

*“El Vitalito trae vitaminas para que el niño crezca sano”.*

*“Para que ya los niños salen normales y no se enferman”*

Algunos indicadores usados para determinar que al niño le gusta el suplemento (mezclado) son que abre la boca, llora para que le den más y se termina toda la porción. Por el contrario, cuando a un niño no le gusta el suplemento, lo tira, cierra la boca o voltea la cara.

*“Porque se lo comieron un poco y donde no quería lo dejaron”*

*“Lo sacan en cambio ella no cuando lo estaba preparando se empezó a chillar porque ya lo quería”.*

*“Sí porque cuando no le gusta no abre la boca para comer y uno se lo da en la boca no le gusta lo tira”.*

*“Se voltea la cara porque no quiere”.*

*“Porque si no lo quiere no lo come se lo tira, en cambio ella si lo comió”.*

### **Información necesaria para promover y utilizar Vitalito**

Las madres mencionan que para que otras madres puedan utilizar el Vitalito necesitan un proceso de capacitación y orientación como los que recibieron en la prueba de recetas. Probar el suplemento, saber cómo utilizarlo e identificar con qué alimentos pueden mezclarlo es información clave que, de acuerdo a las madres, se necesita para continuar con la suplementación a los niños.

*“Otra capacitación tal como lo están haciendo ellos ahorita para que las mamás aprendan más y a enseñarles cómo se debe de usar el Vitalito”.*

*“Como se debe de prepararlo, porque a nosotros nos gustó lo que nos enseñaron”.*

Además mencionaron que realizar actividades grupales de prueba de recetas puede ayudar a reducir sus temores en relación al uso del suplemento y dárselo a sus niños.

*“Tal vez a uno le dan si no sabe cómo prepararlo no sabe cómo dárselo; tal vez uno con el temor no le da y uno ya viéndolo cómo se arregla ya todo, ya uno mismo pone por su parte para dárselo porque el bien es para nuestros hijos y para nosotros”.*

*“(Enseñarle) Cómo lo van a preparar, cómo se lo van a dar”.*

---

Algunas madres comentaron que las capacitaciones periódicas y el uso de materiales de apoyo como rotafolios con ilustraciones pueden ayudar a que las madres den Vitalito. También sugieren entregar material con ilustraciones que les permita recordar cómo prepararlo en casa.

*“Sí porque a veces en el centro de salud hay unas hojitas para que o una base para que enseñarles más que todo así dan charlas ahí en el centro de salud.”*

*“Con papel tiene que tener un papel que diga cómo se prepara.. Con dibujos”*

También mencionaron que para que las madres den el suplemento sin miedo a sus niños tiene que estar informada otros miembros de la comunidad, en particular, los líderes y las autoridades. Esto reduce el riesgo de mal informar a las madres y mejora la confianza entre los proveedores del suplemento y las participantes y sus familias. Comentaron que el esposo influyó a que pudieran asistir a la prueba de recetas, por lo que probablemente influya también en la decisión de dar Vitalito en el hogar.

*“Si usted llega ahí en la comunidad preguntan sus credenciales qué institución viene; la vida es dura entonces no es fácil entrar, también porque preguntan dónde viene qué institución”*

*“Van a decir de qué institución vienen, sino unas personas van a decir ah tal vez van a robar nuestros niños”.*

*“Yo dije yo me voy y le dije a mi esposo; él también me autorizó a venir”.*

### **Retos para dar micronutrientes en polvo (MNP)**

Las madres que conocen los MNP identificaron algunos retos para dar estos suplementos a los niños, especialmente que cambian el color y sabor de los alimentos a los que lo agregan, lo que causa el rechazo de los niños.

*“Porque es polvo, chispita (MNP) es polvo y cómo se ve chispita revuelto con comida... la comida cambia con chispita, creo que no porque la chispita está en polvo y cuando lo mezcla no se mira porque está revuelto”*

*“Un sobrecito que trae mal sabor, y a que sale ya lo han probado todos, sí porque a los niños que tengan 6 meses esos le dan como dice que es vitamina”.*

El sabor a hierro y vitaminas parece ser la principal razón por la que las madres no dan los alimentos mezclados con MNP a sus niños.

*“La chispita (MNP) no la comen los niños porque tienen un mal sabor, salen feos, le cambia el sabor a la comida como a que sale la chispita, como que trae hierro”.*

*“Como a sabor a hierro oxidado, como a hierro oxidado eso”.*

Los efectos secundarios mencionados por las madres al mezclar alimentos con MNP incluyen dolor de estómago y diarrea.

*“La chispita no porque da dolor de estómago y le agarra asiento.”*

También mencionan a algunas madres que no tuvieron la experiencia de uso de MNP con sus niños pues en el centro de salud no se los dieron, aunque algunas reconocen que en años anteriores sí era distribuido por el Ministerio de Salud.

*“A todos los niños en el centro de salud antes lo daban ahora no sé por qué hasta dos años que tiene.”*

*“A mi bebé no sé si le van a dar o no, ajá a mí nunca me lo dieron”.*

## En México

Se realizaron grupos de discusión con las participantes, en los cuales se les pidió su opinión sobre el olor, apariencia, textura y sabor del Vitalito. En general, a las madres les gustó el suplemento e hicieron comentarios positivos:

### Olor

*“pues huele rico para mí”*

*“a mí me huele a cacahuete... galleta de trigo”*

*“como que huele a soya”*

*“el olor estaba un poquito fuerte”*

### Apariencia

*“sí se veía bueno”*

*“se veía bien... como cremoso”*

*“se veía muy este... bueno... muy...no, no me gustó”*

*“parece atole... lo que pasa es que está muy espesito”*

### Sabor

*“solo sabe cómo a... leche Nido”*

*“a galleta no sé si ha probado el... chocolate bombón trae una galletita por dentro y sabe a esa galletita”*

*“al maíz molido”*

*“tenía sabor con cacahuete”*

Las madres expresaron lo que más les gustó y lo que menos les gustó de la experiencia con Vitalito:

### Lo que más les gustó

*“que probó algo nuevo”*

*“a mí me gustó que, en la forma, que ya está listo para llevar...cuando sale la gente a la carrera un paquetito y vamos”*

*“y echas unas galletas y ya si te agarra le das al niño ahí y come”*

*“que le gustó a ella”*

*“que mi niña se lo acabó”*

### Lo que menos les gustó

*“probarlo solo”*

*“que no se lo terminaron”*

*“a mí lo único que no me gustó, a cómo supo pues, el sabor”*

*“que está muy duro”*

*“nomás el aroma, era lo que estaba más fuerte”*

---

Las siguientes sugerencias fueron hechas para aumentar la aceptabilidad del Vitalito entre los niños pequeños:

- Combinarlo con diferentes comidas
- Dar opciones para poder combinarlo
- Dividir la porción de Vitalito durante el día (ofrecer en 2 ocasiones)
- Que tenga otro sabor
- Que no sea tan espeso
- Que sea más dulce
- Mezclarlo con alimentos dulces

Los siguientes fueron alimentos sugeridos para mezclar con el Vitalito.

- Yogurt
- Manzana
- Gerber
- Danonino
- Leche de cartón
- Huevo
- Galletas
- Corn Flakes®

Mensajes breves propuestos

- Contenido del suplemento, qué vitaminas tiene
- Saber de qué está hecho
- Para qué sirve

Canal

- Televisión
- Radio
- Comunicación entre las mismas madres: “correr la voz”
- Visitas al hogar

## 5.3 Prueba de alimentación domiciliar

### 5.3.1 Adherencia al uso diario prescrito de Vitalito

El número total de sobres de Vitalito distribuidos a las 68 madres que participaron en la prueba fue 952 (14 por hogar); 210 en Colombia, 350 en Guatemala y 392 en México. El número total de sobres de Vitalito ofrecidos al niño fue 861 (90% de los sobres distribuidos); 187 (89%) en Colombia, 339 (97%) en Guatemala y 335 (85%) en México.

Durante el periodo de prueba de dos semanas, a todos los LNP en los 3 países se les ofreció por lo menos 1 sobre de Vitalito, y a 42 de los 68 niños (62%) se les ofreció Vitalito los 14 días de la prueba. Un solo niño recibió solamente 1 sobre de Vitalito, 1 niño recibió solo 4 sobres, y los niños restantes recibieron Vitalito en por lo menos 7 días del periodo de 14 días. La adherencia al uso diario prescrito de Vitalito a lo largo del periodo de 14 días fue más elevada en Guatemala (92%) y significativamente menor en Colombia (47%) y México (43%) (TABLA 42).

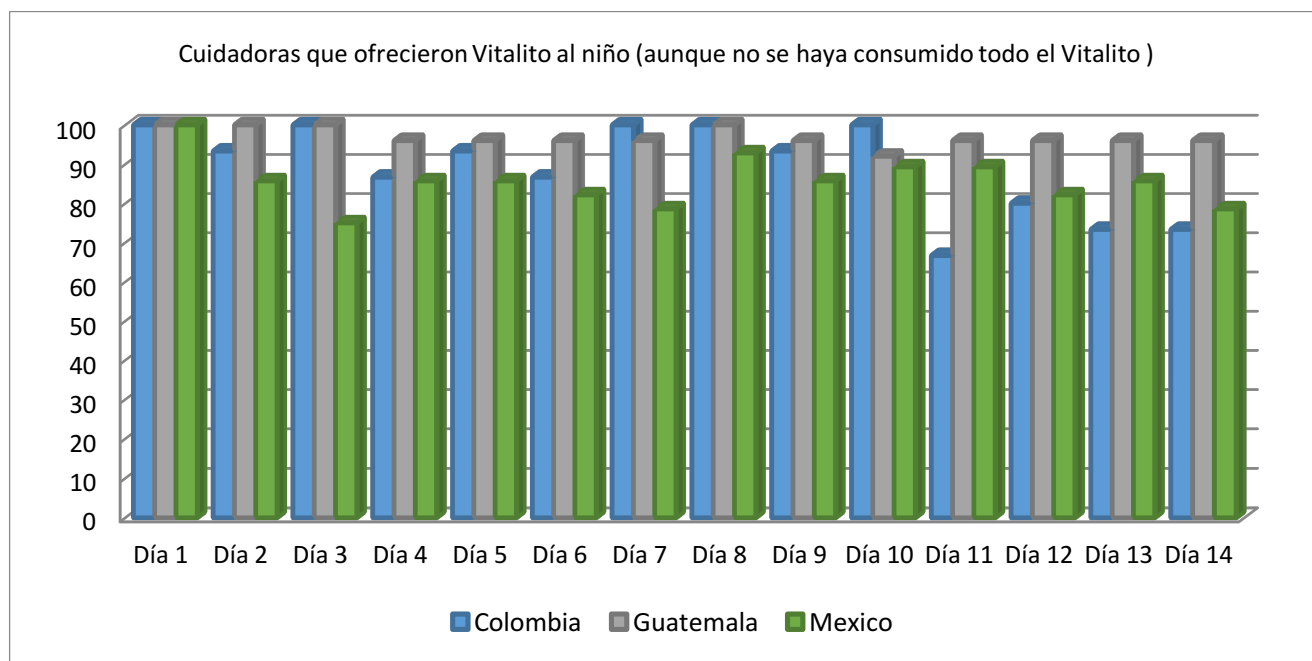
**Tabla 42. Número de días<sup>1</sup> en los que se ofrecieron sobres de Vitalito al niño, por país**

		Colombia (n=15)		Guatemala (n=25)		México (n=28)	
Número de días en que se ofreció Vitalito al niño (durante la prueba domiciliar de 14 días)							
Mediana (IQR)	13		14		13		
Media (SD)	12.5 (1.9)		13.6 (2.0)		12.0 (2.9)		
Número de días en los que se ofrecieron sobre de Vitalito al niño, n (%)							
14 días (100% de cumplimiento)	7	(47%)	23	(92%)	12	(43%)	
12 a 13 (~80% de cumplimiento)	4	(27%)	1	(4%)	8	(29%)	
9 a 11 (~60% de cumplimiento)	3	(20%)	0	0	5	(18%)	
8 días o menos	1	(7%)	1	(4%)	3	(11%)	
Número de días en los que se ofrecieron sobres de Vitalito al niño, n (%)							
14 días (100% de cumplimiento)	7	(47%)	23	(92%)	12	(43%)	
por lo menos 12 días (>80% de cumplimiento)	11	(73%)	24	(96%)	20	(71%)	
por lo menos 9 días (>60% de cumplimiento)	14	(93%)	24	(96%)	25	(89%)	

<sup>1</sup> Con base en los reportes de la madre cuidadora según se les dio seguimiento en calendarios de Vitalito. Cabe destacar que esto se refiere a cualquier cantidad de Vitalito ofrecida al niño índice, sin tomar en cuenta las sobras o que hubieran compartido.

En general, la gran mayoría de las madres ofreció el Vitalito al niño cada día de la prueba (93%, 96% y 86% en Colombia, Guatemala y México, respectivamente). El primer día, todas las participantes reportaron haber ofrecido el Vitalito al niño. De ahí en adelante hubo fluctuaciones en la proporción de madres que ofreció el Vitalito a sus niños cada día, mas no se observaron tendencias claras (FIGURA 25).

**Figura 25** Proporción de madres cuidadoras que ofrecieron el Vitalito a sus hijos por día de prueba (14 días), por país



### 5.3.2 Sobras de Vitalito (Restantes en sobres, sobrantes de alimentos y por compartir)

Aunque se instruyó a las cuidadoras que ofrecieran el sobre completo de 20 g de Vitalito al niño índice, no todas las cuidadoras ofrecieron el sobre completo y varias cuidadoras reportaron sobras (solas o añadidas a alimentos o comidas) o reportaron haber compartido el suplemento con otra gente.

#### Cantidad de suplemento extraído del sobre de Vitalito, con base en el peso del “usado”

Los sobres de Vitalito fueron recolectados y pesados al final de cada semana de prueba. Un total de 637 de los 952 (67%) sobres de Vitalito distribuidos a las cuidadoras fueron exprimidos en su totalidad, es decir, contenían menos de 2 g de suplemento después de su uso. La mediana de peso del suplemento no extraído fue 1.8 g (IQR 0.9-4.3 g) y la mediana de proporción de suplemento extraído del sobre fue 87% g (IQR 72-94%).

En general, un total de 13 (19%) cuidadoras exprimieron en su totalidad el sobre de Vitalito (<2 g se quedaron en el sobre) en los 14 días de la prueba (es decir, al menos 18 g del suplemento se ofrecieron al niño). El número de días en que el Vitalito fue extraído por completo del sobre varió por país, como se muestra en la [TABLA 43](#).

El hecho de que los sobres de Vitalito hayan sido exprimidos por completo no garantiza que el LNP haya consumido la porción completa del suplemento.

**Tabla 43. Número de días en que los sobres de Vitalito se ofrecieron al niño (con base en datos auto-reportados de la cuidadora) y número de días en que las cuidadoras reportaron sobras, por país**

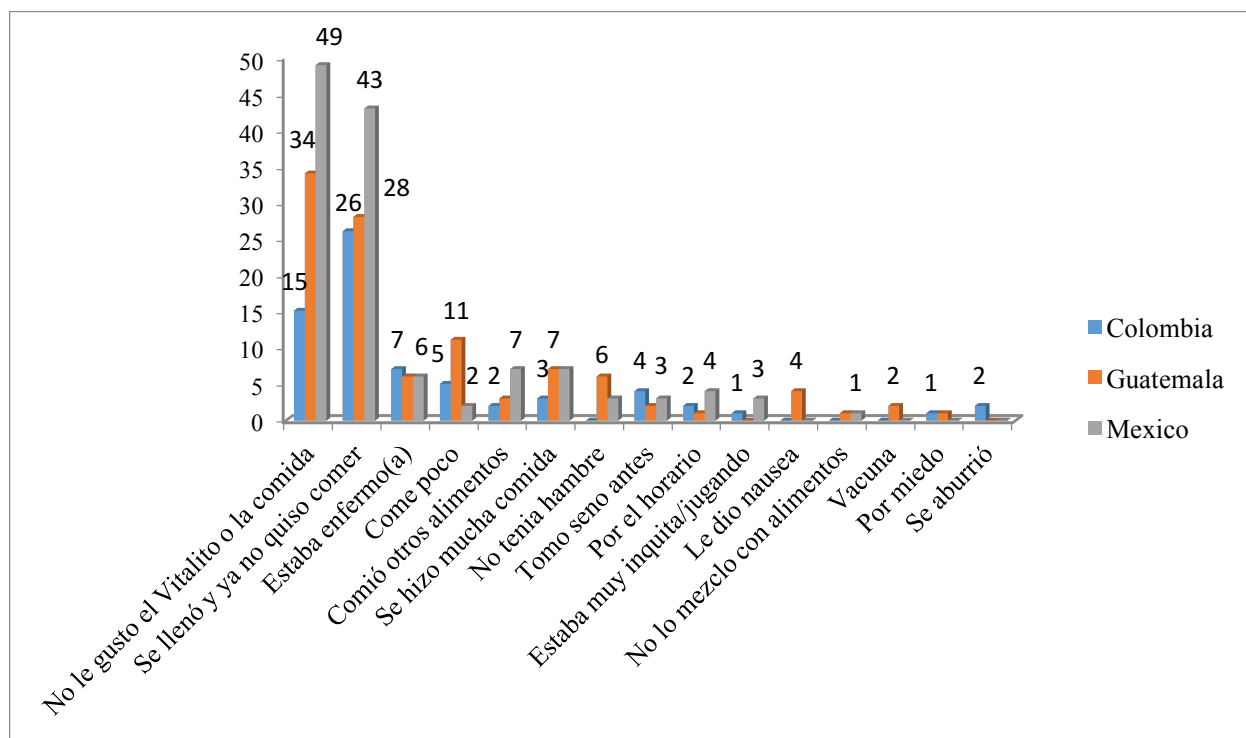
	Colombia (n=15)		Guatemala (n=25)		México (n=28)	
Número de días que el Vitalito fue extraído por completo del sobre (al menos 18 g), n (%)						
14 días (100% de cumplimiento)	3	(20 %)	6	(24 %)	4	(14 %)
12 a 13 (~80% de cumplimiento)	2	(13 %)	10	(40 %)	5	(18 %)
9 a 11 (~60% de cumplimiento)	2	(13 %)	4	(16 %)	7	(25 %)
8 días o menos	8	(53 %)	5	(20 %)	12	(43 %)
Número de días que el Vitalito fue extraído por completo del sobre (al menos 18 g), n (%)						
14 días (100% de cumplimiento)	3	(20 %)	6	(24 %)	4	(14 %)
por lo menos 12 días (>80% de cumplimiento)	5	(33%)	16	(64%)	9	(32%)
por lo menos 9 días (>60% de cumplimiento)	7	(47%)	20	(80%)	16	(57%)
Peso de suplemento que quedó en los sobres de Vitalito (de entre los que se abrieron) (g)						
Mediana (IQR)	3.2 (1.0-4.7)		1.5 (1.5-2.5)		1.9 (1.9-4.8)	
Promedio (DE)	3.2 (2.4)		2.3 (2.4)		3.0 (2.6)	
Número de días que las madres cuidadoras reportaron sobras de Vitalito						
Mediana (IQR)	4 (2-9)		3 (1-7)		2 (5-7)	
Promedio (DE)	5.0 (3.7)		4.7 (4.4)		5.2 (4.0)	
Proporción de días que las madres cuidadoras reportaron sobras de Vitalito, %						
Mediana (IQR)	40 (14-64)		23 (11-50)		40 (14-74)	
Promedio (DE)	43 (32)		36 (32)		43 (32)	

### Sobras de Vitalito, según lo reportado por la madre cuidadora

Las sobras, de Vitalito solo o mezclado con alimentos, fueron comunes. Las participantes reportaron que hubo sobras en una mediana de 4 de 14 días de la prueba. La proporción de días en los que la madre cuidadora reportó sobras de Vitalito fue 40% en Colombia y México, pero menor en Guatemala (23%) (TABLA 44).

La razón principal por la que hubo sobras fue disgusto por el suplemento o el alimento al cual se añadió (reportado en 98 ocasiones) (FIGURA 26). La segunda razón más común es que el niño se llenó y ya no quiso comer (reportado en 97 ocasiones). La enfermedad del niño y la pérdida del apetito relacionada también constituyeron razones de importancia (reportadas en 19 ocasiones), y unas cuantas madres cuidadoras mencionaron náusea (mencionada 4 veces). Varias madres reportaron que su hijo por lo general comía pequeñas cantidades (18), había comido otros alimentos antes (12) o que se había preparado demasiada comida (10). Algunos niños no tenían hambre (9), algunos habían sido amamantados justo antes (9), o se les había ofrecido el Vitalito en un momento en el que usualmente no comen bien. Dos madres reportaron que se aburrieron del Vitalito y tres que les preocupaba que el Vitalito pudiera ser malo para sus hijos.

**Figura 26 Razones reportadas\* para la existencia de sobras de Vitalito (solo o mezclado con alimentos), por país**



\* Número de menciones.

### **Desecho/eliminación de sobras (incluyendo por compartir)**

Cuando se preguntó a las madres qué hacían con las sobras, la gran mayoría reportó deshacerse de comidas preparadas con sobras (190 menciones) o dejar el Vitalito sin extraer en el sobre (63 menciones).

La acción de compartir el Vitalito fue mínima; en general hubo 11 menciones de haber compartido con otros niños y 6 menciones de que la madre misma consumía el Vitalito. Una cuidadora alimentó a su cerdo.

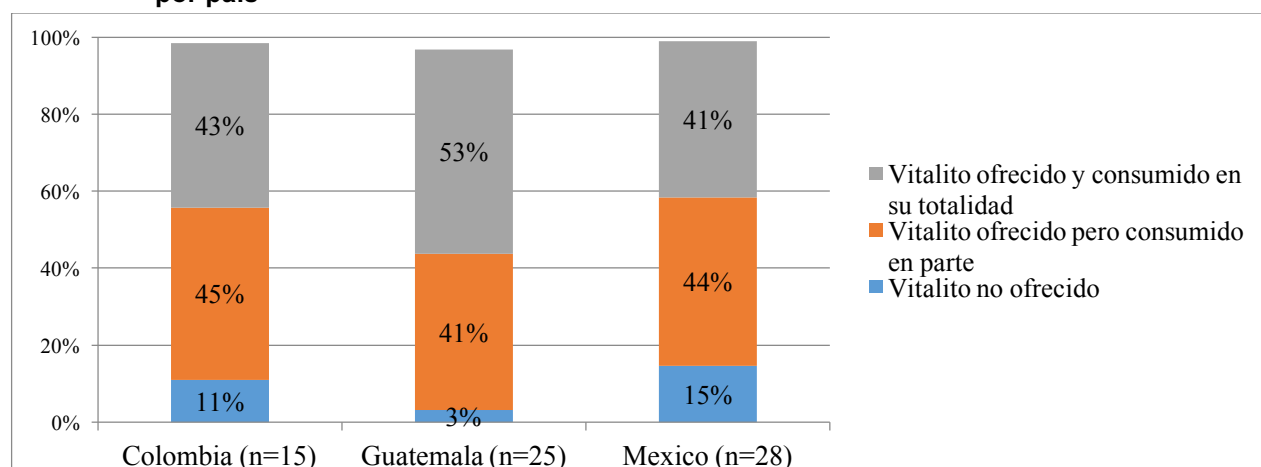
Pocas madres reportaron haber conservado las comidas con Vitalito añadido y haberlas ofrecido al niño más tarde (11 menciones).

### 5.3.3 Adherencia a la dosis diaria prescrita de Vitalito (sobre de 20 g)

La adherencia al uso diario prescrito de una porción completa de Vitalito a lo largo del periodo de 14 días se define como que el suplemento fuera ofrecido al niño, con la extracción completa del suplemento del sobre (por lo menos 18 g), y que ninguna cuidadora reportara sobras o haber compartido el suplemento con otras personas.

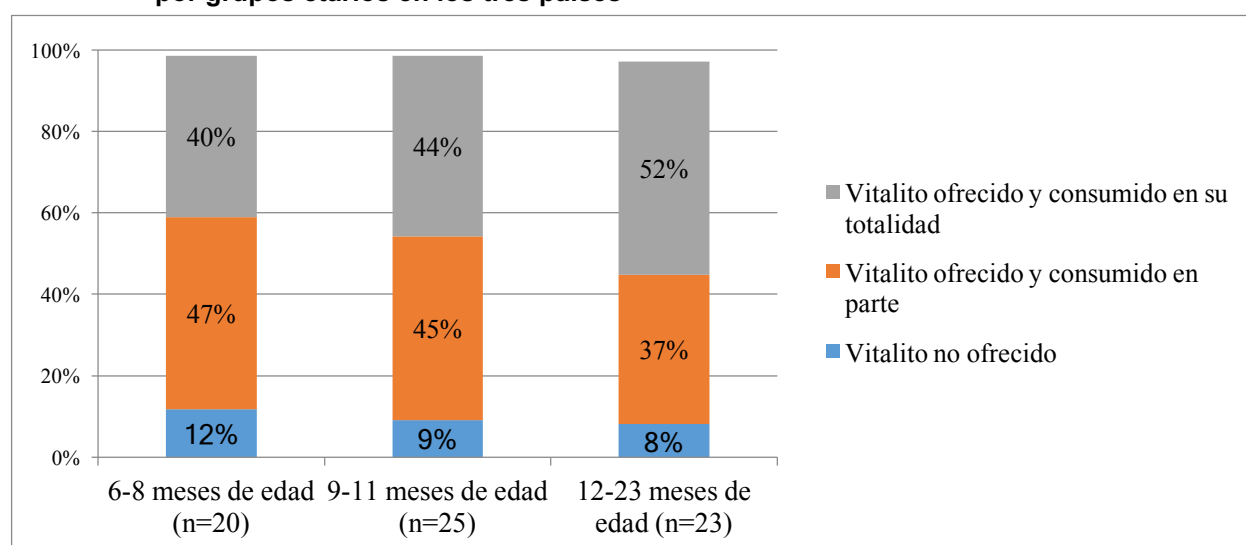
De los 952 sobres de Vitalito distribuidos a las madres cuidadoras en los tres países, 91 (10%) no se le ofrecieron al niño, 408 (43%) se ofrecieron al niño pero no se consumieron por completo y 435 (46%) fueron consumidos en su totalidad por el niño (con base en los reportes de las cuidadoras). La proporción de sobres de Vitalito consumidos por completo fue mayor en Guatemala (53%) en comparación con Colombia (43%) y México (45%) (FIGURA 27).

**Figura 27** Proporción de sobres de Vitalito que no fueron ofrecidos, que fueron consumidos en parte, y consumidos por completo durante la prueba domiciliar de 14 días, por país



Además, niños más grandes consumieron una mayor proporción de sobres completos (FIGURA 28).

**Figura 28** Proporción de sobres de Vitalito que no fueron ofrecidos, que fueron consumidos en parte y consumidos por completo durante la prueba domiciliar de 14 días, por grupos etarios en los tres países



Durante el periodo de prueba de dos semanas, solo un niño recibió una porción completa de Vitalito en los 14 días de la prueba. La mediana del número de días en los cuales se ofreció una porción completa de Vitalito al niño fue 10 en Guatemala, 5 en México y 4 en Colombia. Menos de la mitad de los niños en México y Colombia recibieron una porción completa de Vitalito al menos 9 días durante la prueba de 14 días; esta proporción fue 60% en Guatemala (TABLA 44).

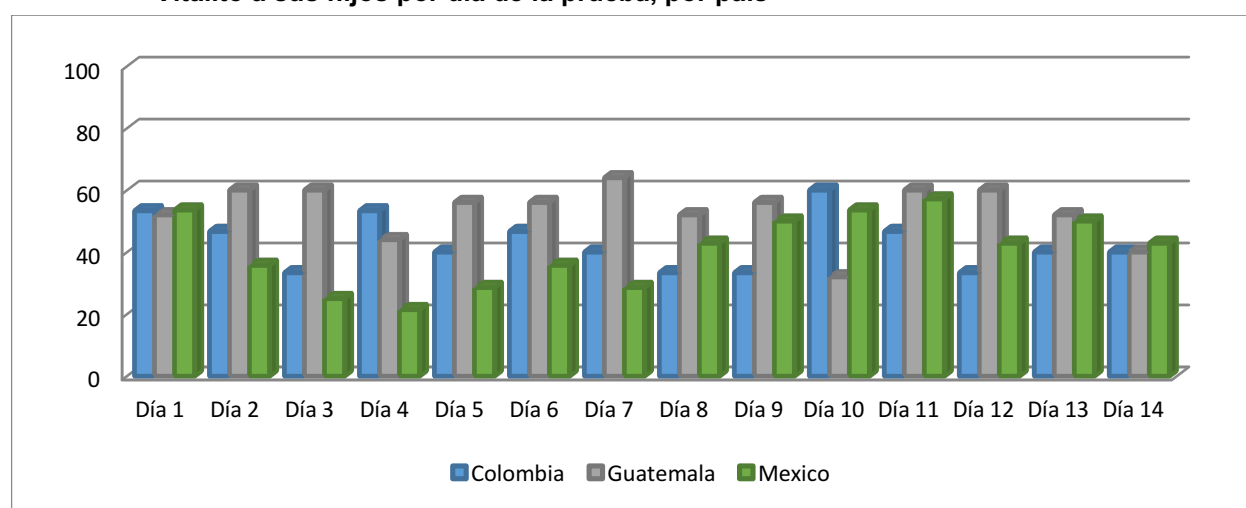
**Tabla 44. Número de días<sup>1</sup> en los que se ofreció una porción completa de Vitalito al niño índice, por país**

	Colombia (n=15)		Guatemala (n=25)		México (n=28)	
Número promedio de días en los que se ofreció una <u>porción completa</u> de Vitalito al niño índice						
Mediana (IQR)	4 (2-11)		10 (2-11)		5 (1-9)	
Media (SD)	6.0 (4.8)		7.4 (4.7)		5.7 (4.1)	
Número de días en los que se ofreció una <u>porción completa</u> de Vitalito al niño índice, n (%)						
14 días (100% de cumplimiento)	1	(7%)	0	0	0	0
12 a 13 (80% de cumplimiento)	2	(13%)	3	(12%)	4	(14%)
9 a 11 (60% de cumplimiento)	2	(13%)	12	(48%)	3	(11%)
1 a 8 días	8	(53%)	6	(24%)	18	(64%)
0 días	2	(13%)	4	(16%)	3	(11%)

<sup>1</sup>Definido como que el suplemento fuera ofrecido al niño índice, con extracción completa del suplemento del sobre (al menos 18 g extraídos), y que ninguna cuidadora reportara sobras o haber compartido con otro miembro de la familia u otras personas.

En general, menos de la mitad de las madres cuidadoras ofrecieron una porción completa de Vitalito al niño índice en cada día de la prueba (40%, 56% y 43% en Colombia, Guatemala y México, respectivamente). Hubo fluctuaciones en la proporción de madres cuidadoras que ofrecieron el Vitalito a sus hijos por día, sin tendencias claras (FIGURA 29).

**Figura 29 Proporción de madres cuidadoras que ofrecieron una porción completa<sup>1</sup> de Vitalito a sus hijos por día de la prueba, por país**



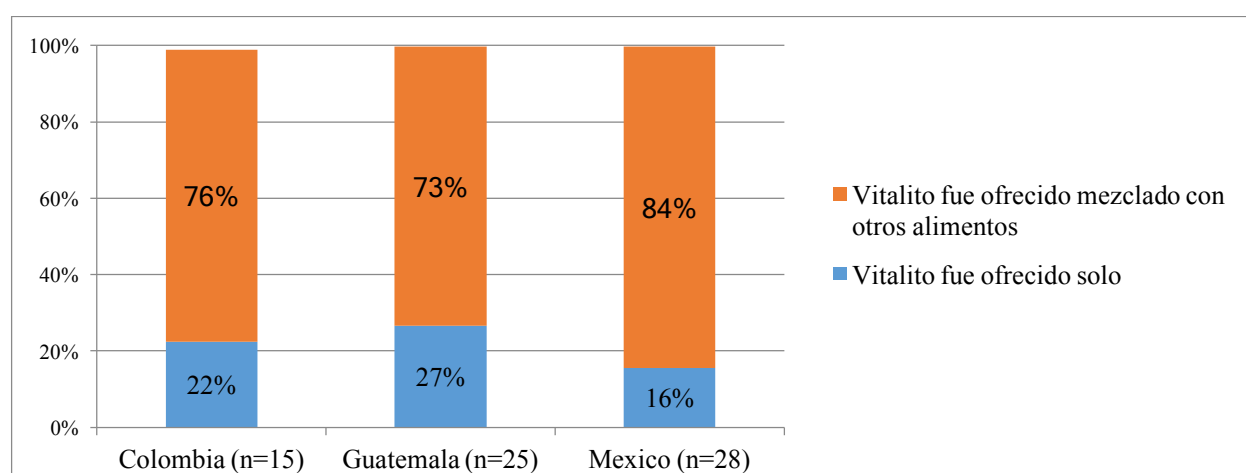
<sup>1</sup>Definida como que el suplemento fuera ofrecido al niño índice, con extracción completa del suplemento del sobre (al menos 18 g extraídos), y que ninguna cuidadora reportara sobras o haber compartido con otro miembro de la familia u otras personas.

### 5.3.4 Preparación del Vitalito

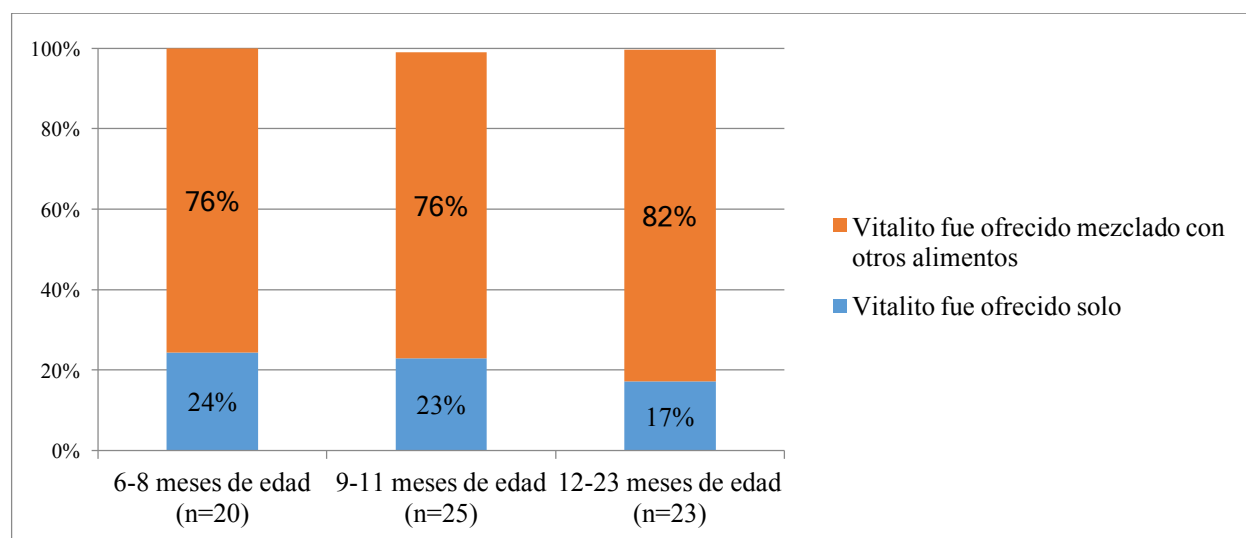
#### Servido solo o mezclado con alimentos

De los 861 sobres de Vitalito ofrecidos a LNP en los tres países durante la prueba domiciliar, 673 (78%) se mezclaron con alimentos y 184 (21%) se consumieron solos. La mezcla con otros alimentos fue más común en México (84%) en comparación con Guatemala (73%) (FIGURA 30), y más común en niños de un año de edad o mayores (82%) en comparación con niños más pequeños (76%) (FIGURA 31).

**Figura 30** Proporción de sobres de Vitalito mezclado con otros alimentos u ofrecido solos, por país

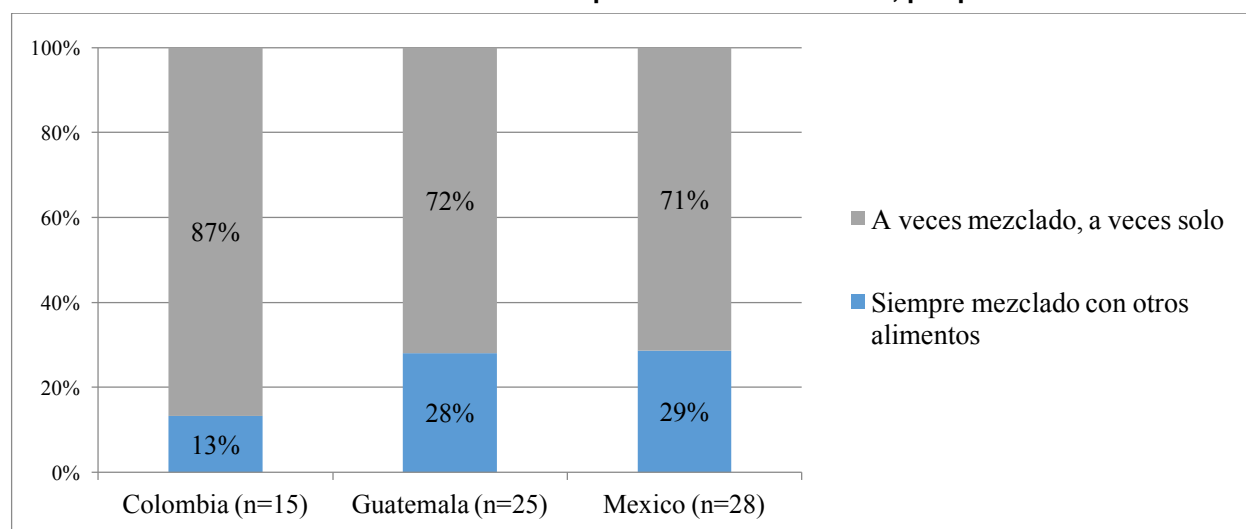


**Figura 31** Proporción de sobres de Vitalito mezclado con otros alimentos u ofrecido solo, por grupos etarios



Tres cuartas partes (75%) de las madres reportaron haber ofrecido Vitalito a veces solo y en ocasiones mezclado con otros alimentos. En general, 17 LNP (25%) recibieron Vitalito que siempre había sido mezclado con otros alimentos, es decir, nunca solo. De estos, a 7 (10%) se les ofrecieron los 14 sobres de Vitalito a lo largo del periodo de la prueba. La proporción de madres que siempre ofreció Vitalito mezclado con otros alimentos fue menor en Colombia en comparación con Guatemala y México (FIGURA 32). Ni un solo LNP recibió los 14 sobres de Vitalito solo, y un niño recibió Vitalito solo 12 de los 14 días de la prueba.

**Figura 32 Proporción de madres cuidadoras que siempre ofrecieron los sobres mezclados con otros alimentos o que los ofrecieron solos, por país<sup>1</sup>**



<sup>1</sup> Ni una sola cuidadora reportó haber ofrecido siempre los sobres de Vitalito sin mezclar.

La mediana del número de días que el Vitalito fue ofrecido a los LNP mezclado con otros alimentos fue 10 en Colombia y 11 en Guatemala y México, y la proporción de cuidadoras que ofrecieron el Vitalito mezclado con otros alimentos osciló entre 79% y 92% (TABLA 45).

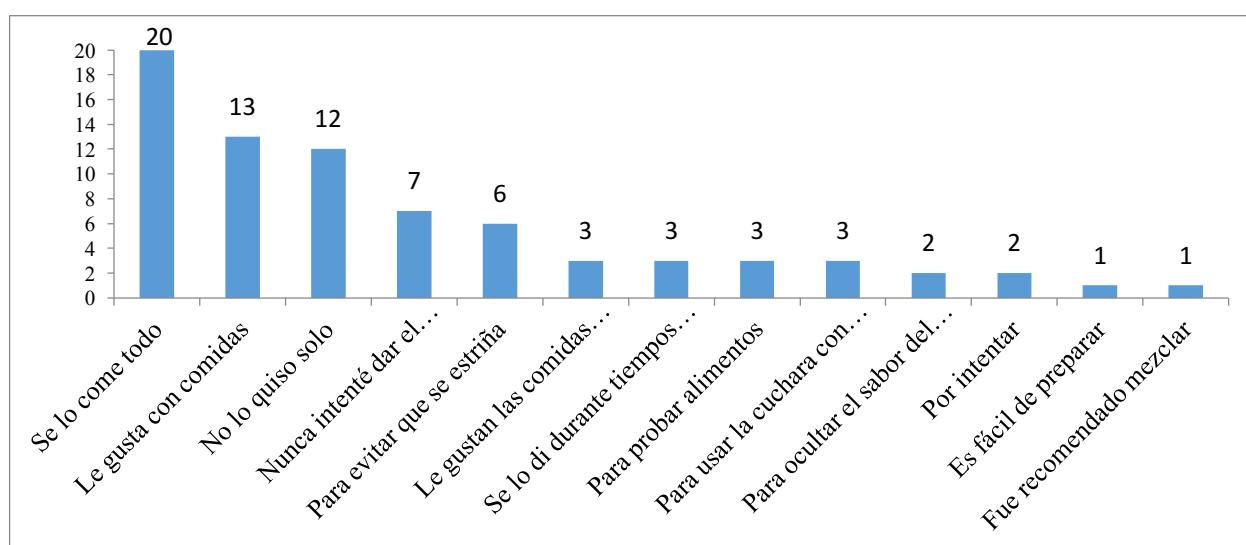
**Tabla 45. Número de días en que los sobres de Vitalito fueron ofrecidos mezclados con otros alimentos o solos, por país**

	Colombia (n=15)	Guatemala (n=25)	México (n=28)
Número promedio de días que las madres cuidadoras ofrecieron el Vitalito mezclado con otros alimentos			
Mediana (IQR)	10 (8-12)	11 (7.5-13)	11 (7.5-13)
Promedio (DE)	9.7 (2.7)	9.9 (4.0)	10.1 (3.4)
Número promedio de días que las madres cuidadoras ofrecieron el Vitalito solo			
Mediana (IQR)	1 (1-4)	3 (0-6)	1.5 (0-2)
Promedio (DE)	2.8 (2.6)	3.6 (3.7)	1.9 (2.0)
Proporción de días que las madres cuidadoras ofrecieron el Vitalito mezclado con otros alimentos %			
Mediana (IQR)	92 (60-93)	79 (54-100)	89 (72-100)
Promedio (DE)	78 (20)	73 (27)	84 (17)

### Razones reportadas para mezclar el Vitalito con alimentos

Las razones reportadas con mayor frecuencia para mezclar el Vitalito con alimentos fueron: (i) el niño se comió todo cuando estuvo mezclado; (ii) el niño rehusó comer el Vitalito solo; y (iii) porque al niño le gustó mezclado con alimentos. Algunas madres cuidadoras mencionaron haber ofrecido el Vitalito con alimentos para evitar el estreñimiento. Razones adicionales reportadas incluyeron intentar diferentes alimentos, probar la cuchara con ranuras y solo por probarlo. Una sola madre cuidadora reportó haber mezclado el Vitalito con alimentos porque le habían recomendado darlo así (FIGURA 33).

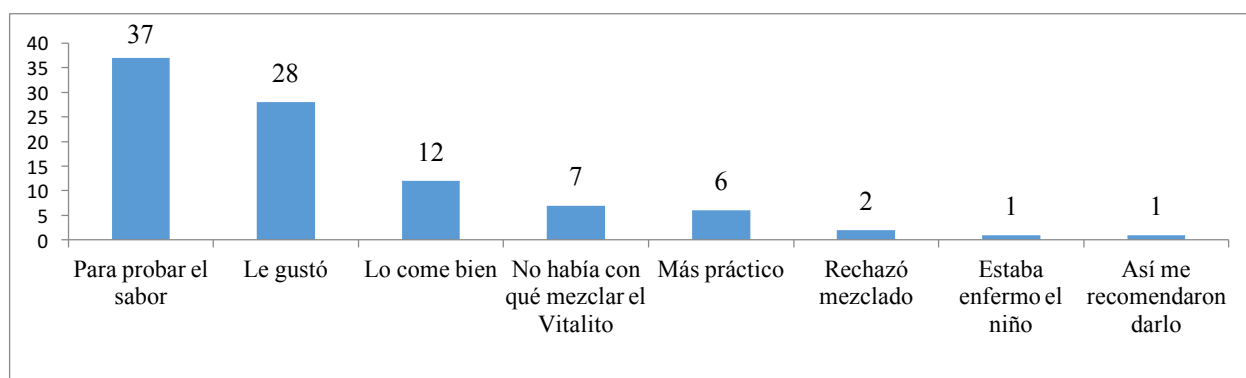
**Figura 33 Razones reportadas para mezclar el Vitalito con alimentos (número de menciones)**



### Razones reportadas para ofrecer el Vitalito solo

Las razones reportadas con mayor frecuencia para ofrecer el Vitalito solo y no mezclado con alimentos fueron: (i) probar el sabor del Vitalito, (ii) al niño le gustó el sabor, y (iii) el niño se lo comió bien. Razones adicionales reportadas incluyeron la falta de alimentos con los cuales mezclar el Vitalito y la facilidad de uso, es decir, practicidad. Una sola madre reportó haber ofrecido el Vitalito solo porque le habían recomendado darlo así (FIGURA 34).

**Figura 34 Razones reportadas para ofrecer el Vitalito solo (número de menciones)**

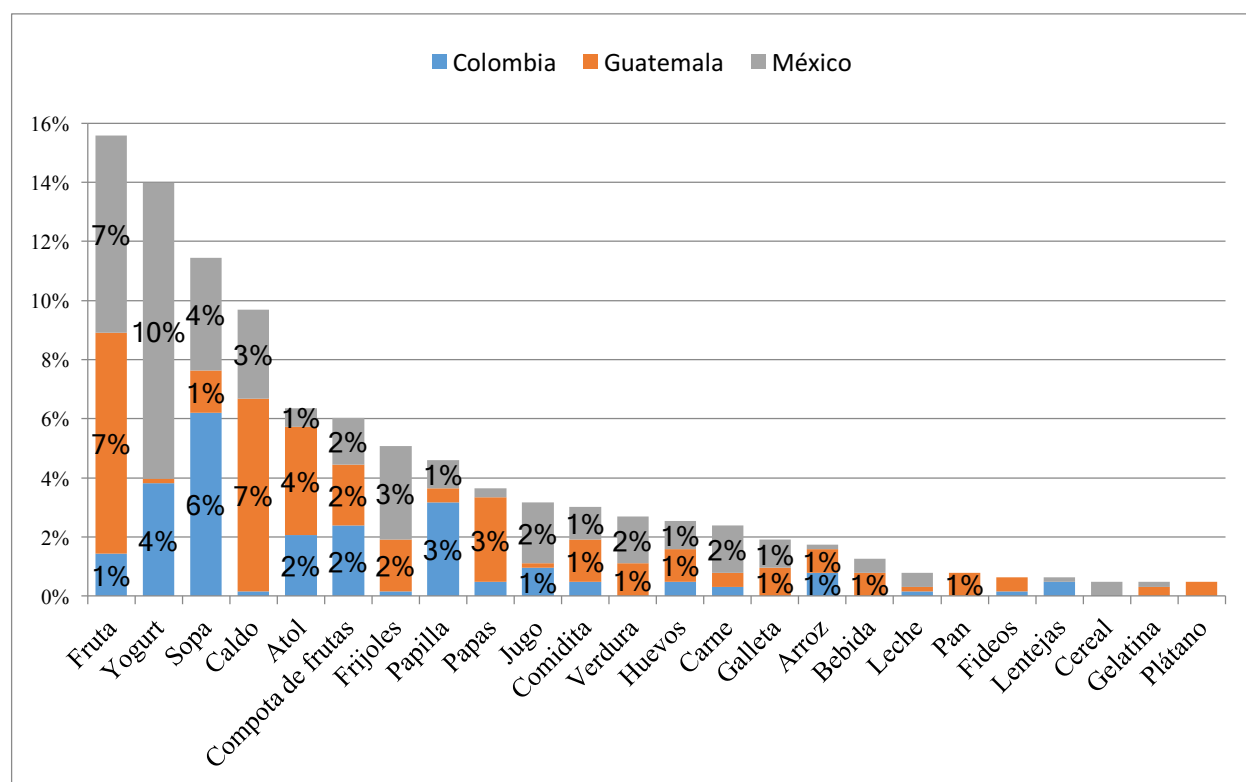


## Alimentos utilizados para mezclar con el Vitalito

Las madres reportaron haber probado diferentes combinaciones de alimentos a lo largo de los 14 días para mejorar la aceptabilidad de los LNP. En general, las madres reportaron haber añadido el Vitalito a alimentos consumidos comúnmente por los LNP.

Los dos alimentos reportados más comúnmente mezclados con el Vitalito fueron alimentos dulces, a saber frutas (98 menciones) en los 3 países y yogurt (88 menciones) en Colombia y México. Las frutas mezcladas con el Vitalito incluyeron banano, papaya, manzana, mango, pera, sandía y fresa, y los yogurts incluyeron yogurt natural, yogurt con fresa y Danonino. Además, las compotas de fruta (38 menciones) también fueron usadas comúnmente como vehículo alimentario para el Vitalito. Los alimentos salados usados comúnmente para mezclar el Vitalito incluyeron sopa (72 menciones), caldos (61 menciones) y frijoles (32 menciones). Estos incluyeron sopa de arroz, sopa de fideos, sopa de verduras, caldo de frijol, caldo de pollo, frijoles colados y frijoles guisados. Los atoles fueron comúnmente mezclados con Vitalito; estos incluyeron coladas en Colombia e Incaparina en Guatemala. Los atoles mezclados con el Vitalito se tornaron más espesos y a menudo se sirvieron como papilla. (FIGURA 35)

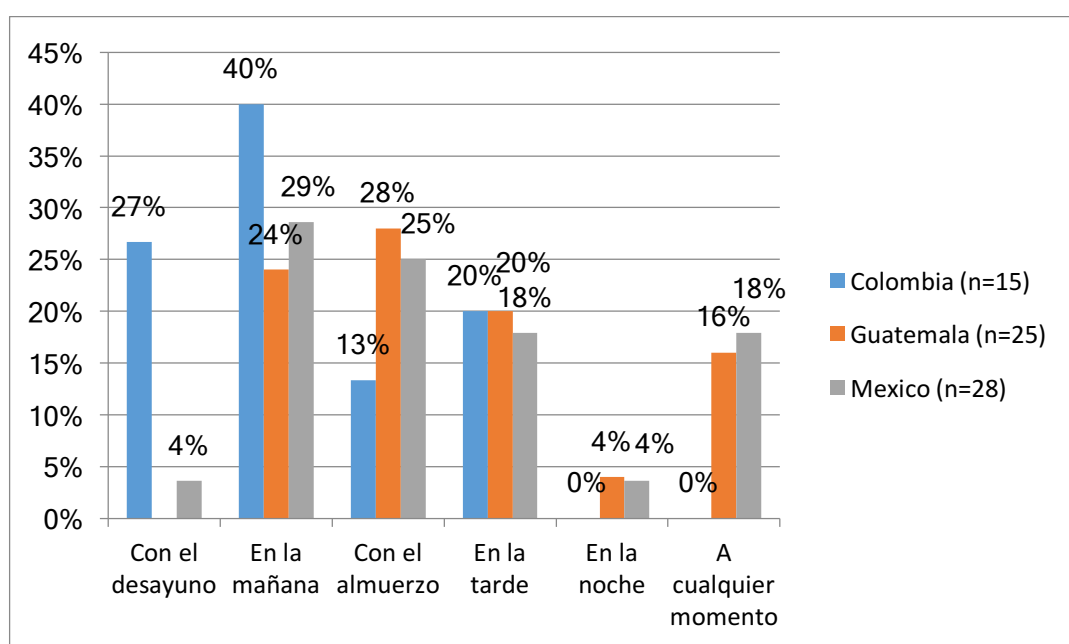
**Figura 35 Frecuencia de alimentos reportados mezclados con Vitalito durante la prueba de alimentación domiciliar por 14 días con SQ-LNS (Vitalito), por país**



### Hora del día en la que se ofreció el Vitalito

La mayoría de las madres reportaron haber ofrecido el Vitalito en cierto momento del día, es decir, en la mañana (29%), en la tarde (19%) o en la noche (3%), aunque no especificaron si fue durante los horarios de comida. Poco más de una cuarta parte de las madres c (27%) reportaron haber ofrecido el Vitalito con el almuerzo, y 7% con el desayuno. Los tiempos fueron similares en Guatemala y México, no así en Colombia (FIGURA 36).

**Figura 36** Momento del día en el que por lo general se ofreció el Vitalito, por país



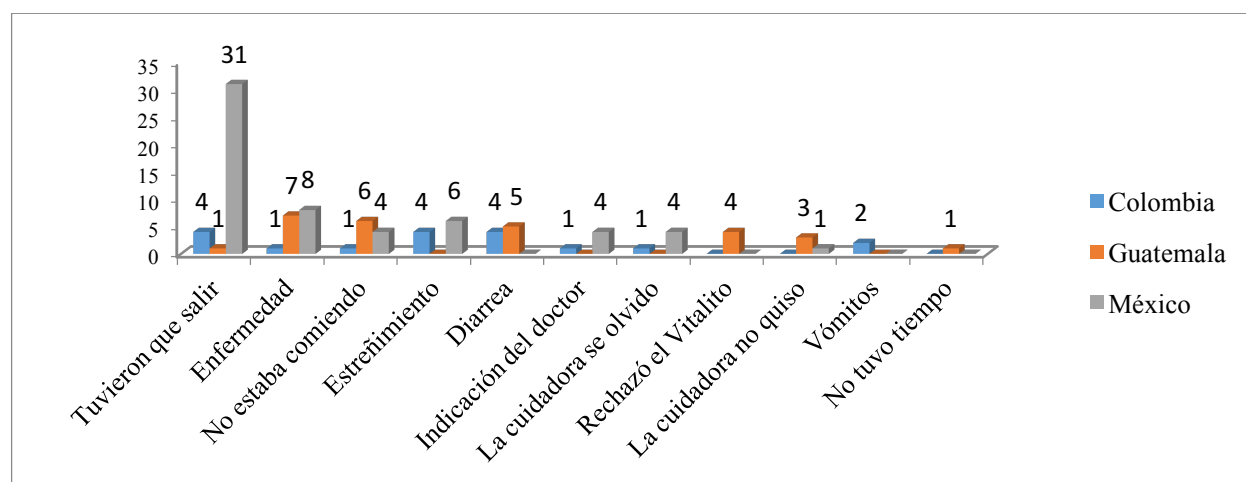
### 5.3.5 Barreras para el uso del Vitalito

En México, las razones reportadas para no ofrecer el Vitalito estuvieron relacionadas primordialmente a cuestiones de logística. Varias madres cuidadoras reportaron haber estado fuera de casa ese día (reportado en 31 ocasiones) o haber olvidado ofrecer el suplemento (reportado en 4 ocasiones) (FIGURA 37).

En los tres países, la enfermedad del niño fue una de las razones comunes para no ofrecer el Vitalito (reportado en 37 ocasiones); los síntomas reportados incluyeron estreñimiento, diarrea, vómito, así como gripe. Varias madres cuidadoras reportaron haber atribuido la enfermedad al suplemento, y no estar seguras de si deberían discontinuar el uso del Vitalito cuando el niño estaba enfermo. En 5 ocasiones, los doctores indicaron a las madres cuidadoras discontinuar el uso del Vitalito. Una madre cuidadora no ofreció el Vitalito porque le preocupaba que el suplemento enfermara a su hijo sano.

A algunos niños no se les ofreció el Vitalito porque no habían estado comiendo ese día (reportado en 11 ocasiones), probablemente debido a una enfermedad. El Vitalito fue rechazado por el niño en solo 4 ocasiones y también hubo 4 reportes de que la madre cuidadora no le ofreciera el Vitalito al niño porque a la cuidadora le disgustó el sabor.

**Figura 37 Razones reportadas\* por las que el Vitalito no se ofreció al niño índice, por país**



\* Número de menciones.

Cuando se les preguntó a las madres cuidadoras qué les habría ayudado a ofrecer el Vitalito, las respuestas más comunes en orden descendente de veces mencionadas fueron: ser capaz de tomar el Vitalito fuera de casa, tener un hijo con mayor apetito, tener un niño que no estuviera enfermo, un suplemento con mejor sabor, que el niño estuviera despierto durante las horas de comida, un suplemento que no dañara el estómago, estar mejor informadas acerca del Vitalito, tener ayuda en casa, y una mejor planeación.

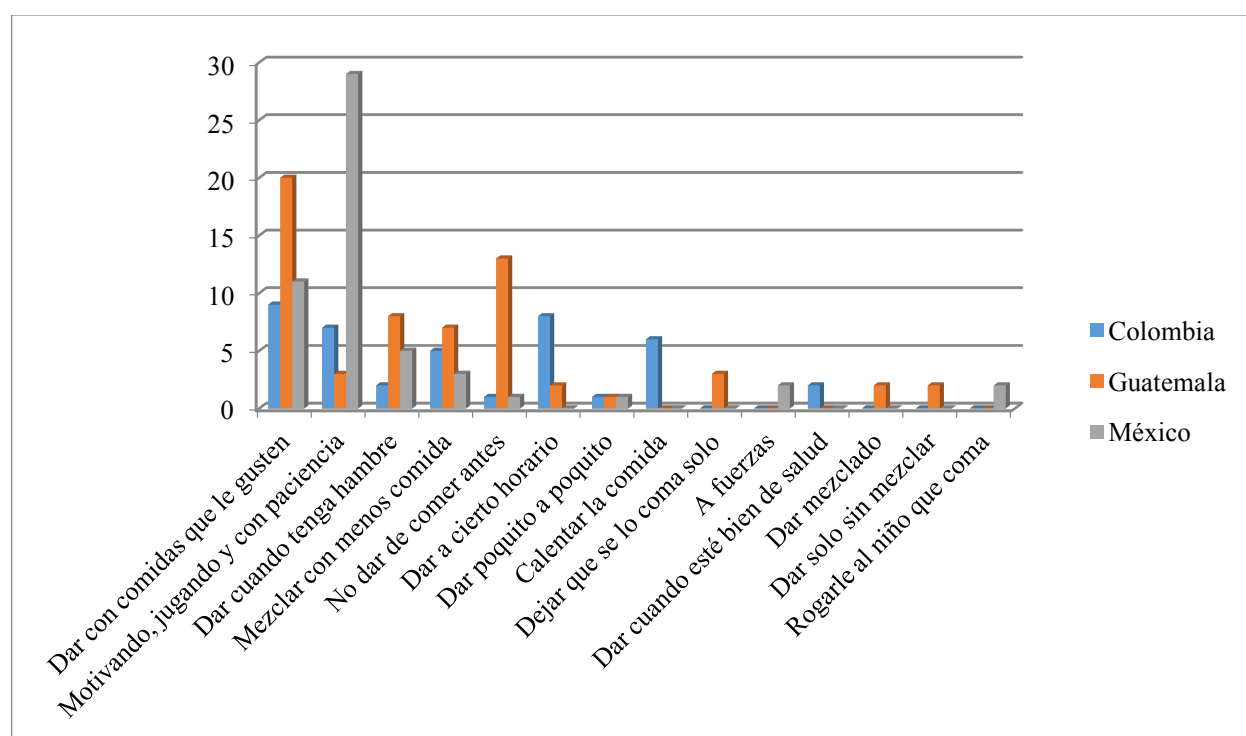
### 5.3.6 Estrategias para mejorar el uso del Vitalito

La estrategia más común utilizada para que el niño consumiera la porción completa del Vitalito fue ofrecerlo con alimentos que al niño le gustan (40 menciones), esto fue especialmente importante en Guatemala. Motivar al niño a terminarse los alimentos, alimentarlo con paciencia y distraerlo con juegos fue la segunda estrategia más común reportada (39 menciones), y fue más comúnmente mencionada en México (FIGURA 38).

Las madres cuidadoras destacaron la importancia de alimentar a los niños cuando estaban hambrientos (15 menciones), y evitar alimentarlos antes de ofrecerles el suplemento (15 menciones), en particular evitar amamantarlos (6 menciones). Ofrecer el Vitalito en un momento específico del día fue mencionado (10 menciones), pero los momentos recomendados fueron desde temprano en la mañana hasta después de la cena, y con comidas así como en calidad de meriendas.

Estrategias adicionales recomendadas incluyeron calentar los alimentos, estimular al niño para que comiera solo, esperar hasta que el niño ya no estuviera enfermo, alimentar al niño a la fuerza y rogarle al niño que comiera.

**Figura 38 Estrategias usadas por las madres cuidadoras para motivar al niño a consumir el Vitalito, por país**



### 5.3.7 Experiencias con el uso del Vitalito y materiales proporcionados

Después de la 1ª y 2ª semanas de la prueba de 14 días, se pidió a las madres cuidadoras que reportaran sus experiencias generales con el uso del Vitalito y materiales.

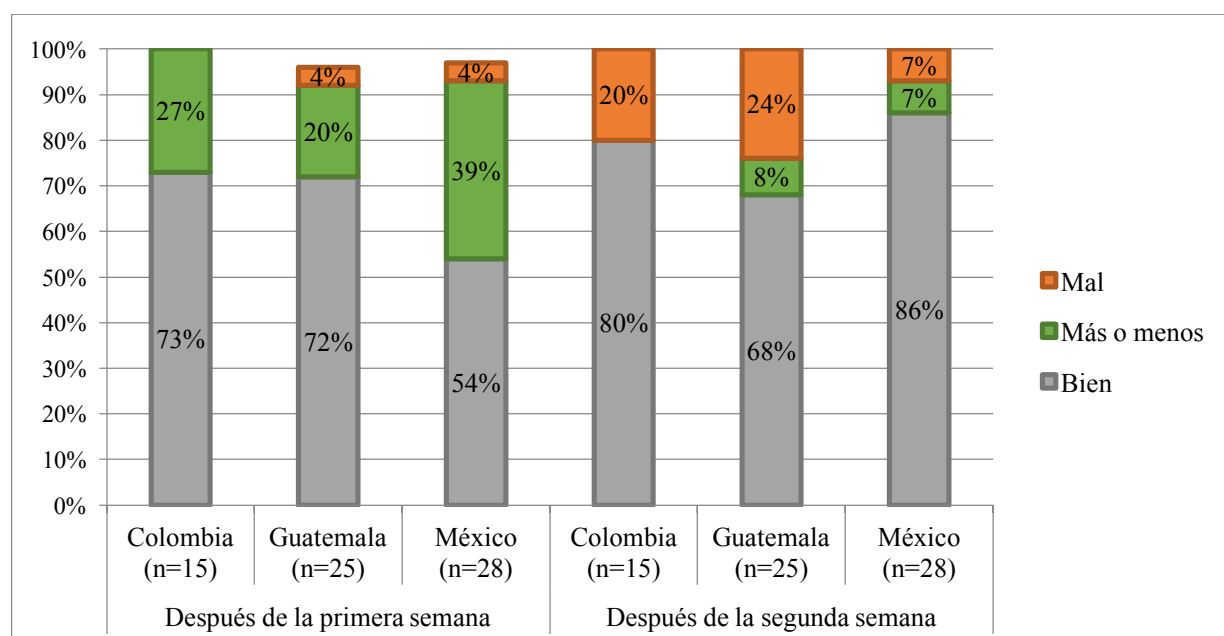
#### El gusto de la madre cuidadora por el Vitalito

En general, la mayoría de las madres (97%) consideraron el Vitalito como un buen producto. Las razones por las que les gustó el Vitalito incluyeron que era bueno para el niño (47%), su uso tiene un efecto positivo en el bienestar del niño (19%), le gusta al niño (18%), y es fácil de usar (13%). Casi una tercera parte de las madres cuidadoras (31%) mencionaron la importancia de las vitaminas contenidas en el Vitalito para el bienestar del niño.

#### Calificación de la madre cuidadoras de la experiencia al ofrecer el Vitalito a su hijo

Cuando se les preguntó acerca de sus experiencias al dar de comer el Vitalito a su hijo diariamente, la gran mayoría de las madres reportaron que les fue “bien” (65% después de la semana 1 y 78% después de la semana 2) (FIGURA 39). Las experiencias positivas estuvieron relacionadas con que le gustara al niño y que se acabara los alimentos con el Vitalito añadido. Más madres cuidadoras reportaron una experiencia “más o menos” después de la primera semana (29%) en comparación con la segunda semana (6%), sin embargo hubo menos reportes de experiencias “malas” después de la primera semana (3%) en comparación con la segunda semana (16%). Después de la primera semana, las experiencias negativas estuvieron relacionadas en su mayoría a la baja aceptación del sabor del Vitalito por parte del niño (n=20) y que el niño comiera muy poco o nada de los alimentos con Vitalito añadido, pero después de la segunda semana las madres reportaron haber probado diferentes alimentos y estrategias para alimentar al niño y el rechazo del suplemento fue menos común (n=2). Las experiencias negativas después de la semana 2 estuvieron relacionadas en gran medida con enfermedad de los LNP (n=9).

**Figura 39 Experiencia auto-reportada al dar de comer Vitalito a su hijo por 7 días consecutivos después de la semana 1 y la semana 2, por país**



### **Facilidad de uso del Vitalito**

La mayoría de las madres cuidadoras (93%) reportó que el Vitalito fue fácil de usar porque está “listo para usarse” y se disuelve con facilidad. Los únicos desafíos mencionados fueron contar con los alimentos adecuados a los cuales agregarlos (n=2) y encontrar el sobre de Vitalito (n=1). La mayoría de las madres (n=39, 57%) consideró fácil ofrecer el suplemento Vitalito al niño, aunque casi una cuarta parte lo consideró (n=16, 24%). Una quinta parte reportó que a veces fue fácil, y a veces fue difícil dar de comer el suplemento a su hijo (n=13, 19%). La proporción de madres cuidadoras que reportaron que fue fácil ofrecer el Vitalito fue 40% en Colombia, 56% en Guatemala y 68% en México. Las dificultades más reportadas en relación con el niño: (i) disgusto por los alimentos con el Vitalito añadido (n=13), (ii) ser incapaz de quedarse quieto para comer (n=5), (iii) no tener hambre después de comer otros alimentos (n=3) y enfermedad (n=3). Pocas madres reportaron haber olvidado ofrecer el Vitalito (n=2), haber perdido el sobre de Vitalito (n=2) y estar demasiado ocupadas (n=2).

### **Beneficios percibidos del uso del Vitalito**

La mayoría de las madres (63%) reportó haber visto cambios positivos en su hijo. Las madres reportaron que sus hijos tenían más energía y estaban más activos (n=14), tenían mejor apetito (n=12), y subieron de peso (n=10). Unas cuantas cuidadoras reportaron que sus hijos parecían estar más felices (n=4), dormían mejor (n=2) y ya no sufrían de hambre (n=1). Solo 4 cuidadoras reportaron aumento de peso y 1 reportó aumento de talla.

### **Experiencias con la instrucción proporcionada para el uso del Vitalito**

La mayoría de las madres cuidadoras (97%) estuvo satisfecha con las instrucciones proporcionadas para el uso del Vitalito. Cuando se les preguntó si hay información adicional que les hubiera gustado recibir, dos terceras partes (63%) reportó que no había faltado nada. Las solicitudes más comunes fueron contar con instrucciones más detalladas sobre cómo preparar el Vitalito (n=5), ejemplos de alimentos con los cuales mezclar el Vitalito (n=5), lista de ingredientes y composición nutricional (n=3), tamaños de porción recomendados (n=2) y tiempo mínimo entre comidas (n=2). Dos madres cuidadoras mencionaron que les gustaría contar con advertencias acerca de posibles efectos negativos. Menciones adicionales hechas por una sola madre cuidadora incluyeron información acerca del proyecto Spoon, ayudas visuales, recordatorio sobre lavar las manos y si es posible dar el sobre poco a poco en el transcurso del día.

### **Recomendaciones de mensajes a incluir en los materiales del Vitalito**

Las madres cuidadoras consideraron los siguientes mensajes como importantes para promover el uso del Vitalito: (i) informar sobre las ventajas del Vitalito para la salud, el crecimiento, el desarrollo, la inmunidad y el bienestar del niño (n=25), (ii) aclarar que el Vitalito contiene vitaminas (n=18), e (iii) información sobre la preparación del Vitalito y ejemplos de recetas y comidas con las cuales se puede mezclar el suplemento (n=2). Mensajes adicionales incluyeron que la madre cuidadora probara el suplemento ella misma, lo que el Vitalito es en realidad, la importancia de una dieta saludable, conocer las buenas experiencias de otros con el uso del Vitalito y que los niños aprendan a comerlo, y lavar las manos antes de su preparación.

---

### **Experiencias con el calendario utilizado para dar seguimiento al uso del Vitalito**

Las madres cuidadoras apreciaron el calendario que se les dio y la gran mayoría (94%) reportó haber tenido una buena experiencia usándolo. Las madres cuidadoras describen el calendario como de mucha utilidad para recordarles ofrecer el Vitalito a su hijo todos los días (n=15), práctico (n=9), fácil de entender (n=7) y atractivo (n=4). Otras ventajas mencionadas incluyen que ayuda a no perder los sobres, y a tener las instrucciones de preparación a la mano. Una sola madre cuidadora reportó haber perdido el calendario, 3 reportaron haber batallado con el calendario al principio y 1 reportó no tener lugar donde colgarlo.

### **Experiencias con la cuchara con ranuras**

Más de dos terceras partes de las madres cuidadoras (72%) reportaron haber recibido una cuchara con ranuras y haberla usado para alimentar a su hijo. La usaron no solo para darle de comer al bebé, sino para revolver las combinaciones de alimentos. Entre estas, 88% reportaron haber tenido una buena experiencia con la cuchara. Cuando se les pidieron recomendaciones sobre cómo mejorar la cuchara, las madres cuidadoras sugirieron hacerla más atractiva con decoraciones (n=9), hacerla con mayor profundidad de modo que le quepa más alimento (n=8), que tenga aberturas más pequeñas (n=5), que sea más grande (n=2), y que esté hecha de un material que no se derrita (n=3).

### 5.3.8 Discusiones de grupos focales posteriores a la prueba domiciliar con SQ-LNS por 14 días

#### En Colombia

##### Razones por las que no se ofreció el Vitalito al niño

Las madres reportaron varios efectos negativos, como malestar gastrointestinal, vómitos, estreñimiento y “granos en la cola”, que las madres asociaron al consumo de Vitalito.

*“Lo suspendí porque me vomitó cuando se lo di. Me dio miedo que el niño se enferme” (área rural)*

*“Porque la niña no hacía popó y pues estoy preocupada porque está con estreñimiento” (área rural)*

*“Le dio daño en el estómago” (área rural)*

*“No le di como para dejarle descansar a ver si era por eso que no quería comer entonces no se lo di” (área rural)*

Además, varias madres suspendieron el Vitalito porque el niño estaba con “gripa” y poco apetito.

*“Como le digo él bebe, solo esos dos días que no comió. Me lo dejó todo, porque estaba con la gripita y no quería casi comer, solo quería el seno. Estuvo con estornudos, entonces estaba decaído, entonces no me quería recibir nada...” (área urbana)*

Solo una madre señaló que se le había olvidado dárselo a su hijo.

Algunas veces las madres no estaban en casa con el niño para darles el suplemento.

*“No le di, es que tuve una cita y usted viera eso de demorado que es allá y no alcancé y llegué aquí tardísimo...si me hubiera acordado lo hubiera llevado y le hubiera dado con el almuerzo que comimos por allá. Sinceramente como uno a veces anda a las carreras y no qué pena no, me olvidé” (área urbana)*

Una madre reportó no tener el alimento adecuado con el cual mezclar el Vitalito.

*“No ahí sí no, no tenía para la fruta” (área rural)*

##### Consumo de Vitalito solo o mezclado con alimentos

La mayoría de las madres proporcionó el Vitalito mezclado con alimentos. En general el alimento con el cual mezclaron el Vitalito variaba. Solo una madre lo ofreció siempre mezclado con el mismo alimento: Nestum, a lo largo de los 14 días, porque pensó que no le gustaría con otros alimentos.

Una madre lo dio a la hora de una comida, pero alternando entre ofrecido con alimentos y/o sin mezclarlo.

Las madres fueron variando los alimentos y las cantidades preparadas. Generalmente iniciaron mezclando el Vitalito con cantidades mayores a las que el niño podía consumir, luego las fueron ajustando a fin de minimizar las sobras del Vitalito, del alimento y lograr que el niño lo consumiera todo.

*“Con alimentos, siempre” (área urbana)*

El motivo de dar el Vitalito solo o mezclado fue variable. Aunque solo una madre inició la prueba ofreciendo el suplemento solo, el resto de las madres comenzó a ofrecerlo solo cuando el niño comenzó a rechazarlo mezclado con los alimentos.

*“porque así se lo come todo, no deja nada”... “así le gusta, no le gusta mezclado” (área rural)*

*“Para que se lo coma, no le quede tan..., con la sopita no lo siente” (área urbana)*

*“Para probar cómo le hacía qué efectos iba a tener. Igual solo fue más fácil, igual la porción era más pequeña, igual solo pero no combinado con la fruta, en otro plato. Le daba el Vitalito y atrás la porción, claro pero no combinado” (área urbana)*

*“Se lo di solo para que ella empiece otra vez a comérselo, porque en la otra semana ya no me lo quería recibir. Entonces otra vez se lo di solo, a ver si así ya empezaba a comer” (área rural)*

*“Sí (lo dio mezclado), por el sabor, como es mantequilla es como empalagoso, la empalaga, le dan ganas de vomitar” ...” en la sopita se disuelve más rápido” (área urbana)*

*“Para evitar también el estreñimiento, o sea todas, la verdad es para el estreñimiento, la fruta le ayuda mucho entonces, siempre se tiene que dar mezclado” (área urbana)*

Las madres mezclaron Vitalito con alimentos de diversas texturas (tipo gelatina, colada, sopa aguada, sólidos). Lo prepararon y ofrecieron en consistencia líquida, semi-sólida (puré) o sólido (con alimentos molidos).

*“Porque él lo digiere muy fácilmente, yo pienso que es porque es más aguadita y él se acostumbró, porque estaba haciendo las cosas más espesas y las mete en la boquita pero luego las devuelve” (área rural)*

### **Motivos de sobras de Vitalito**

La razón principal por las cuales hubo sobras del Vitalito fue la falta del apetito del niño. Esto ocurría generalmente porque el niño comía algún alimento o pecho antes del Vitalito. También fue común la falta de apetito por enfermedad.

*“Porque ella no come, pues ese no, ella come la mitad, hubo sobras de Vitalito, porque le revolvi la mitad, un poquito más de la mitad, se las revolvi y se las comió como quería otro poquito otro poquito de leche, después ya no quiso recibir entonces ya no se lo revolvi se lo deje ahí” (área rural)*

*“Pues siempre deja alquito siempre, pues yo trato de, hay veces que sí, a veces que tenga harta hambre si come todo pero a veces casi no, por lo general o sea todo no, ya no quiere” (área urbana)*

Otra razón por la cual reportaron sobras fue que las madres preparaban porciones de alimentos con Vitalito de gran tamaño, mayores a las que el niño podía consumir. También reportaron sobras porque al niño no le gustaba el suplemento o porque se distraía durante la comida.

*“También qué sería, se llena, sería que le coloqué mucho, no sé” (área urbana)*

En general, las madres interpretaron que cuando el niño rechazaba el alimento con Vitalito era porque estaba lleno o no le gustaba la preparación. Para evitar sobras, algunas optaron por dar Vitalito en horas que sabían que el niño tenía hambre.

Generalmente las madres botaban las sobras de Vitalito mezclado con alimentos. En pocas ocasiones, se ofrecían a los hermanos mayores de los niños, se las comía la madre o las guardaban para ofrecerlo al niño más tarde. Una madre se comió las sobras pensando que podía pasarle Vitalito a través de la leche materna.

*“La boté, como la hija mía ya no está, ella entró al colegio” (área rural)*

*“A mi hija se la di, como ella quería, entonces se la di (risas)” refiriéndose a la hermana del niño beneficiario de Vitalito (área rural)*

*“Sí, como la otra vez se lo dimos, cuando ella iba pidiendo se lo iba dando. Como la otra vez lo que revolvi y no comía, lo dejaba en la nevera y se lo volvía a dar en la tarde” (área rural)*

---

También fue común que las madres no utilizaran el sobre completo de Vitalito. Estas sobras se quedaban en el empaque sin utilizar.

### **Desecho/eliminación de los sobres usados de Vitalito**

De acuerdo a la mayoría de las madres, los sobres de desecho de Vitalito se deben reciclar. La forma de reciclarlos es almacenarlos, para luego llevarlos a depósitos autorizados para su adecuado manejo.

*“De pronto que viniera, que hubiera algunas instrucciones para poderlo reciclar, creo yo” (área urbana)*

*“Recoger los empaques, porque por lo menos uno dice para reciclar... a ellos les interesa, para reciclar lo que es botellas esas cosas así, ahí ya les tocaría recibir los empaques o en el puesto de salud traer los empaques de Vitalito” (área urbana)*

Otras madres mencionaron que los botarían a la basura o incluso los podrían quemar.

*“Yo los coloco en una talega pues toda la basura y mi mamá se la lleva al mercado y ella los tira donde pasa el carro” (área rural)*

## **En Guatemala**

### **Percepción general del Vitalito y su uso**

Las madres consideran que Vitalito es un alimento que contiene vitaminas que sirven a la nutrición de los niños, para que crezcan mejor y se enfermen menos o no se enfermen. Para algunas, Vitalito tiene vitaminas que no necesariamente pueden encontrar en los alimentos que usualmente consumen pero que son necesarias para sus hijos.

Dentro de los efectos secundarios percibidos en el consumo del suplemento, algunas madres mencionaron diarrea y vómito.

*“Diarrea un par de veces sucedió y yo pues pienso que fue el Vitalito”*

Algunas madres mencionan la experiencia positiva de haber necesitado poner más dedicación a la alimentación de sus niños con la inclusión del suplemento en su dieta.

*“Yo no le ponía tanto caso a la comida, sí le daba su tortillita pero no me fijaba si la terminaba”*

*“Había que ver bien si acababa todo, antes no miraba eso”*

Utilizaron alimentos disponibles durante todo el año como tortilla, papa, banano, caldito de frijol con arroz o sopa de arroz (espesa) para mezclarlo. El banano y el caldo de frijol fueron los alimentos preferidos para mezclar el Vitalito.

*“Con frijolito machacado, arrocito y con papas”*

*“Yo a él sí se lo di mezclado con varias cosas, zanahoria, se lo di con frijol volteado, como eso es durito y entonces con eso se lo di y como lo consumía, entonces yo casi le di variado si le gustaba, yo sí se lo di, con caldito de frijol, y sí como dijeron ellas, el banano es más práctico”*

*“Los frijoles y las tortillas nunca faltan seño, a veces escaso pero hay”*

Las madres mencionan que los alimentos a elegir deben ser alimentos que les gusten a los niños para garantizar que acepten el suplemento. También mencionan que los alimentos con sabor dulce parecen mezclarse mejor con el sabor del suplemento, haciéndolo más apetecible.

*“Alimentos como el... si le mezclaran con un alimento que le gusta entonces sí le gustó verdad ahora de lo contrario no”*

*“Cuando los alimentos son salados cambia el sabor del alimento, fue más fácil darlo con alimentos dulces”*

Algunas madres mencionaron que para ellas fue mejor dar el suplemento solo que con alimentos. Dentro de los factores que influyeron en darlo solo incluyen que es más práctico y apetecible.

*“Les gusta más solito, bueno, en mi caso mío, porque mi nena lo comió solo, no le gustó mezclado, mezclado de una vez no lo comía. Solo si yo se lo hacía bien aguadito solo se lo chupaba”*

*“Yo lo cortaba (el sobre) y chupadito se lo daba, y por eso le digo puede ser que le gustó solo, porque yo probé con plátanos, probé con coco, probé con frijolitos, con caldito de frijol, probé con arroz, probé con banano y no le gustó”*

Las madres observan las reacciones de los niños para determinar si les gusta o no el suplemento. Un niño que acepta el suplemento sonríe, pide más, se termina todo el plato y vuelve a comerlo al día siguiente. Uno que no lo acepta rechaza la comida, cierra la boca, empuja la cuchara o tiene náuseas.

*“Se lo recibe y si él está sonriendo le gustó”*

*“Un niño que no quiere probarlo, cierra la boca y se pone a llorar”*

*“Le da náusea porque intenta vomitar, hace el gesto de que quiere vomitar”*

### **Horarios para dar Vitalito**

Aunque los horarios fueron diversos, muchas madres mencionaron que dar Vitalito como refacción ya sea por la tarde o por la mañana, funcionó mejor para que el niño consumiera todo el suplemento.

Dar el suplemento como refacción inclusive reducía el riesgo de que el niño no comiera bien en tiempos de comida principales (desayuno, almuerzo o cena).

*“Yo lo daba como tipo refacción porque si lo daba en el desayuno o en el almuerzo ya no comía su tortillita, en cambio le daba usted a las 10 o a las 4 ella siempre desayunaba o almorzaba o cenaba”*

En relación a la temporalidad para brindar el suplemento, las madres mencionaron que durante la segunda semana fue mucho más fácil darlo pues ya conocían el suplemento y tenían experiencia en mezclarlo y darlo con los alimentos o solo.

*“En la segunda semana fue más fácil porque ya no hubo que pensar con qué mezclarlo y será que lo va a comer, ya no había que pensarlo porque ya miraba uno que ya iba más o menos, solo era de ver qué hora de dárselo y ya”*

*La primera es un poquito más difícil sobre todo para uno, ya la segunda semana ya uno ya sabe”*

Fueron pocas las madres que mencionaron que en la segunda semana el niño se había aburrido del suplemento y lo rechazaba.

*“La primera semana sí, la segunda semana ya no quería, como que se aburrió”*

### **Motivaciones de las madres**

Dentro de las motivaciones para dar Vitalito están i) el valor nutricional del producto, ii) beneficios percibidos en el niño tales como mayor actividad, mejor salud y apetito, y iii) la practicidad en su uso.

*“Es práctico dárselo, es fácil dárselo, no tiene que cocinar mucho tiempo, sino que con darle eso así como está, frío o lo que sea, es suficiente alimento para los niños”*

*“Es bastante práctico, más si se lo da uno solo, solo es de cortarlo y darle a cada ratito, no cuesta también”*

*“Ya me di cuenta que ya tiene, tenía mucha más energía”*

*“Ahora sí no dejaba nada en el plato, todo se lo terminaba”*

*“También le levantó sus defensas, porque él era muy, era digo yo porque con él cada dos o cuatro días iba yo al hospital, y desde que le di el Vitalito ya no fui”*

### **Desafíos para las madres**

Para las madres dar el suplemento representó un desafío, especialmente en la primera semana de uso, ya que no sabían si lo estaban dando correctamente. Aunque en pocos casos, algunas madres mencionaron que la situación de pobreza en la que viven no facilita dar el suplemento. No tener alimentos con qué mezclar también hizo, en dos casos, que las madres le dieran el suplemento solo, sin alimentos. En estos casos el suplemento fue visto como una oportunidad de al menos dar algo nutritivo a sus hijos.

*“A veces cuando uno no tiene qué comer, el hambre se lo aguanta pero que por lo menos para ellos haya algo, y si hay esto, yo por lo menos estaría feliz porque por lo menos él se comió algo que lo nutrió ya”*

Otros desafíos identificados fueron: i) recordar dar el suplemento en los días que tenían que salir, ii) lograr que el niño menor de 9 meses consumiera todo el suplemento y iii) dar el suplemento a niños enfermos ya que al tener poco apetito, suelen rechazar la comida.

*“La mitad se comía, como está empezando a comer y no conoce los sabores no terminaba su sobre”*

*“Cuando se enferman es más difícil, si se enferma va a estar difícil dárselo no importa qué semana sea verdad”*

### **Estrategias utilizadas para que el niño consumiera el Vitalito**

Dentro de las estrategias que las madres utilizaron para garantizar el consumo del suplemento fue dar alimentos que a los niños les gustaban. Muchas madres mencionaron que mezclar el suplemento con un alimento “dulce” como el plátano o el banano también ayudó a que el niño aceptara el suplemento.

*“Con banano, porque con frijol yo lo probé y como el frijol tiene sal se ve o sea que ya no es tan rico el sabor siento yo”*

En relación a los horarios, algunas madres mencionaron que esperaban un poco más de tiempo para alimentar a sus niños y que así tuvieran más hambre en el momento de consumir el suplemento. También mencionaron utilizar los horarios en donde ellas ya saben que los niños muestran más apetito para garantizar que terminaran sus alimentos.

*“Le buscaba una hora en que él tuviera hambre para que él comiera de un solo y no poderle aguardar los restos verdad”*

### **Personas que influyeron en el consumo del Vitalito**

Las madres mencionaron que los esposos juegan un papel importante en la decisión de dar o no Vitalito. Mientras que para unas fue desafiante, para otras fue fácil explicarle los beneficios del Vitalito a los esposos.

*“Qué le está dando y de qué está hecho, ya preguntó qué es, ya había preguntado pero me fui sin la respuesta. Entonces ya ese día (en la primera visita domiciliar) le dije yo a él, mire esto es, porque ahí él todo emocionado, pero sí fue lo primero que me dijo, que qué era, que de qué estaba hecho, que qué contenía, qué vitaminas o para qué les servía”*

---

*“Que por parte de quién es, que si es por parte de un doctor, que para qué le va a servir, qué beneficio le va a traer a mi hijo, qué regalos le van a dar me dijo”*

Las abuelas también influyeron en que algunas madres dieran el suplemento a sus niños. Al igual que en el caso de los esposos, las abuelas preguntaron sobre el contenido del suplemento, las persona o institución que lo facilitó y el beneficio para el niño.

*“En mi casa mi mamá me preguntó, de qué está hecho, de qué estaba hecho y para qué le servía y en qué benefician al niño”*

### **Uso del calendario Vitalito**

El calendario fue una herramienta útil y fácil de emplear. Les ayudaba a recordar dar el suplemento diariamente y llevar un control de cómo lo daban (solo o mezclado) y si quedaban sobras. También fue una herramienta que sirvió para motivar el uso de Vitalito y de recordar cómo prepararlo.

*“Llevarle su calendario también para saber qué día le toca dar, uno diario y que si lo va mezclando”*

Las madres mencionaron que el calendario las motivaba a seguir dando el suplemento y les ayudaba a recordar que el suplemento debe mezclarse con alimentos. Les pareció fácil de utilizar por tener ilustraciones de fácil comprensión.

*“El calendario como que motiva también para estar haciéndolo”*

Dada su utilidad, las madres sugieren continuar su uso y colocarlo en un lugar visible para no olvidar dar el suplemento.

*“Que tenga su calendario ahí a la vista, puede ser en la cocina, donde ella está porque si está cocinando, va a ver qué es lo que le tiene que dar a su hijo, a su niña”*

### **Materiales y medios de comunicación**

Las madres dieron sugerencias sobre los medios de comunicación que se pueden utilizar para compartir información del suplemento. Ellas comentaron que se podría utilizar la radio y para la zona urbana, el teléfono celular.

*“La radio, muchos escuchan radio, yo escucho radio, tele e internet, pero porque tengo mis posibilidades, estoy con mis padres; pero así como las personas, yo tengo parientes en la aldea y ellos no miran tele, ellos lo único que escuchan es la radio”*

Ellas mencionaron que si la información proviene de una persona conocida y respetada en sus propias comunidades, les produce confianza tanto en el suplemento como en la iniciativa o proyecto que lo promueva.

*“Ah sí lo dan en el centro de salud sí, porque sabemos que es bueno”*

Algunas mencionaron que confían en los proveedores de salud de los centros o puestos de salud y que para su adecuada promoción, ellos necesitarían tomarse su tiempo para brindar información completa y de calidad sobre el uso de Vitalito.

*“Aunque allí (en el centro de salud) no le explican bien, le dicen este es vitamina para su hijo y nada más”*

También mencionaron que la información proveniente de pares que han tenido éxito en brindar el suplemento a sus hijos puede motivar a otras madres a iniciar o continuar con el uso de Vitalito con sus propios niños.

*“Por ejemplo, si nosotras somos muchas mamás, y estamos dando un caso de que si lo recibió con esto que si no, bueno ella va a hacer lo mismo, si ella ya escuchó que lo daba solo, lo voy hacer sola, entonces ella va*

---

*a encontrar muchas maneras de dárselo, porque es un mensaje verdad somos mamás, y estamos dando nuestro lo que vivimos nosotros, eso ayuda a todas”*

Finalmente, el uso de idiomas locales fue identificado como clave para desarrollar material audiovisual efectivo de Vitalito.

### **Información necesaria para dar Vitalito**

Las madres mencionaron que, para poder dar Vitalito, una madre necesita información sobre: i) el contenido del Vitalito, ii) las formas para darlo al niño (mezclado o solo con alimentos), iii) los beneficios nutricionales del Vitalito y iv) las posibles oportunidades perdidas, en materia nutricional, de no dar el suplemento.

*“Primero informarle sobre qué es Vitalito, ya y platicar con ella sobre qué tanto está comiendo Rosy, a veces no le gusta cierta clase de alimento, pero resulta que al no dárselo se le está privando de ciertas vitaminas”*

*“Que le va servir mucho pues porque el Vitalito trae muchas vitaminas y entonces la mamá lo que tiene que hacer es darle”*

También indicaron que es importante que las madres conozcan sobre estrategias que pueden usar para incentivar el consumo del suplemento tales como variar la forma de darlo (solo o mezclado con alimentos), variar los alimentos con los que lo mezcla, utilizar alimentos que sean del agrado del niño, variar el momento del día en que se da Vitalito e insistir en darlo aunque el niño lo rechace las primeras veces.

*“Hay que decirle que lo pruebe, que si no lo come con una cosa tal vez con otra cosa bien mezclado o solo o solito, solo el Vitalito va y que lo coma, si no lo come en el momento pues tal vez al ratito hay que intentar darle otra vez, eso es lo que habría que decirle a la mamá”.*

*“Bueno pues que la apoyamos en todo lo que ella necesite verdad, para darle el Vitalito a su niño o niña, explicarle cómo se hace, o cómo se prepara el Vitalito, para que ella vaya aprendiendo y no se le olvide”*

Las madres sugieren informar desde un inicio que dar el suplemento durante los primeros días puede ser un reto para algunas madres. Para las participantes la primera semana representó un desafío por ser un producto nuevo y porque no tenían la experiencia en su uso ni información amplia de qué hacer en caso que el niño no aceptara el suplemento.

*“Entonces habría que recomendarle que tal vez en la primera semana le va a costar un poquito más pero que en la segunda ya va a ser un poquito más fácil”*

Otra información que las madres identifican como importante es la relacionada a las medidas de higiene que deben tomarse para manipular el Vitalito antes de mezclarlo con alimentos y al momento de dárselo a los niños.

*“Bueno al principio de cómo decirle que se tiene que lavar las manos siguiendo de preparárselo, para que después no pueda enfermarse ahora con tantas bacterias, más que todo asearse primero antes de darle Vitalito*

### **Revisión del prototipo de empaque**

Las madres revisaron el prototipo del empaque de Vitalito y dieron las siguientes recomendaciones:

- Usar colores fuertes como verde, azul, rojo y amarillo que llamen la atención de los niños.

*“De hecho tiene que ser más atractivo para el niño, el rojo y el amarillo son colores que por lo menos a mi hijo le han llamado siempre mucho la atención*

- En la medida de lo posible, utilizar ilustraciones en lugar de texto ya que muchas madres no saben leer.

*“Hay señoras pues que no entienden para qué es y qué beneficios tiene si no tiene dibujos”*

- Presentar ilustraciones contextualizadas a las características de las personas locales. Sugieren, además, que sean más coloridas ya que ellas no se identifican con la imagen del prototipo.

*“No se parece a nosotras o a las mamás de acá”*

- Evitar ilustraciones en blanco y negro como las del prototipo, pues dan la impresión de que el niño o la madre están enfermos. Esto puede condicionar el uso del producto.

*“Como que me pareciera como que tuviera el niño una bata, como que estuviera en un hospital”*

- Incluir en el empaque la dosis, la forma de mezclarlo, los ingredientes y los beneficios nutricionales del suplemento.

*“Vitaminas que contiene, ahí sí no me acuerdo cuáles son, que la mamá sepa qué le está dando a su hijo viendo el empaque” (Madre Participante)*

### **Experiencia en el uso de la cuchara con ranuras**

Las madres mencionaron que la cuchara con ranuras fue un utensilio útil y práctico para verificar la consistencia adecuada de los alimentos. Refirieron utilizarla también para alimentar al bebé.

*“Yo sí la estoy usando, con eso preparo su comidita, con eso le doy y con la otra también” (Madre Participante)*

La cuchara les permitió además verificar que algunos alimentos no son suficientemente espesos para sus hijos, como los caldos o sopas.

*“Era como un recadito, entonces se lo agregé, ay entonces yo que voy y miro que todo se cae de la cuchara, entonces yo dije no cabe duda que a mi recado le faltó espesor”*

*“Porque depende de la comida que realmente le va llenar al nene, porque si es espesa se le llena si es rala no, se cae en los hoyitos”*

Las madres comentaron que no se necesita recibir mucha información para utilizar la cuchara con ranura. Lo único que se requieren es una explicación sencilla y completa sobre sus instrucciones de uso. Sugieren, además, dar ejemplos de los tipos de alimentos que se puede utilizar para lograr la consistencia o calidad nutricional adecuada para sus hijos. Finalmente, recomendaron que la cuchara fuera de colores para que llamara la atención de los niños.

*“Que tenga colores seño, así más mejor para los niños” (Madre Participante)*

## En México

### Preparación del suplemento

#### Consistencia

Las madres comentaron que la consistencia de Vitalito era “*suave*” aunque “*mantecosa*” (grasa y espesa), así como “*pegostiosa*” (chiclosa tal vez). Eso posibilitó que se “*compactara*” (fusionara) con la comida, de manera particular con la caliente porque se disolvía con mayor rapidez y facilidad.

#### Color

También identificaron que la combinación con alimentos queda color amarillo:

*“Pues toma un color amarillito, como el color del Vitalito” (madre).*

#### Mezclas

En general, las mujeres usaron Vitalito en mezcla con alimentos secos y caldosos calientes. Las preparaciones favoritas de las madres fueron variadas: plátano, sopa aguada, caldos (de pollo con arroz, frijol), frijol machucado, papa, chayote y yogurt (o Danonino), este último porque su sabor es dulce y eso les agradaba a los niños e incluso a algunas madres que lo probaron. Mencionaron además, que los niños pedían más al finalizar su primera porción de yogurt (o Danonino) mezclado con Vitalito, aunque no identificaban con claridad si era por hambre o porque en efecto les gustara más. Recomendaron dar Vitalito con alimentos dulces ya que disimulaban mejor su sabor a cacahuete, por lo que los niños lo aceptaban más. Algunas madres prefirieron utilizar fruta entera y a veces licuada a modo de papilla porque encontraron que combinaba muy bien con el suplemento y era fácil de preparar. Una mujer mencionó que a ella el suplemento le gustó más solo, pero no necesariamente a su bebé.

Al mezclar Vitalito con verduras cocidas (calientes) las mujeres consideraron que su sabor a “cacahuete” no se perdía, también identificaron que en estas mezclas se veía “grasita”, a causa del suplemento. Las preparaciones menos agradables para las madres y con las que tuvieron mayor dificultad para que los niños las aceptaran fueron: huevo con chorizo, puro caldillo (jitomate guisado) de huevo, sopa (caldo y pasta), zanahoria, papa cocida, cereales y tamal de pollo. Refieren que el sabor a cacahuete no “combina” bien con cualquier comida.

Finalmente, las mujeres concluyeron que más allá de que a ellas les guste o no el sabor del suplemento, es el bebé el que debe probarlo y aceptarlo. Si a él le gusta, la mamá no tendría inconveniente de integrarlo en su dieta.

### Adherencia y aceptabilidad del Vitalito

#### Bebés: momentos y sabores

En general, Vitalito tuvo una buena aceptación entre los niños que participaron del ensayo, aun cuando presentaron alguna condición de salud, como gripe o temperatura.

Pese a que algunas mujeres reconocieron que los niños podrían “enfadarse” (aburrirse) de consumir Vitalito mezclado con el mismo alimento, en general no fue el caso. Sin embargo, para evitar “enfados”, propusieron identificar varios alimentos preferidos por el niño con los que pudieran mezclar el suplemento. Así, harían preparaciones distintas, evitando mezclar el suplemento con un mismo alimento por mucho tiempo.

Por lo anterior, otro elemento importante fue el sabor de las combinaciones (Vitalito + alimento), el cual no todas las madres probaron. A algunas les resultaba agradable el sabor a cacahuete, mientras que a otras no.

---

Identificaron que podría “empalagar” (hostigar) a los niños si se daba en porciones grandes o por mucho tiempo.

Las mujeres también señalaron que para que el niño lo aceptara, era importante no obligarlo a comerlo y ofrecerlo cuando tuviera deseos de comer.

El tiempo de comida en que dieron Vitalito fue variado. Algunas lo ofrecieron como colación y otras como comida o cena. Asimismo, la selección del tipo de alimento con el que se mezcló Vitalito estuvo relacionado con el tiempo de comida en el que se ofreció.

Finalmente, una madre comentó que durante la primera semana su niño aceptó Vitalito mientras que en la segunda, no.

#### Madres: primeras inquietudes, experiencias y efectos percibidos

Las madres mencionaron que al principio tuvieron miedo, desconfianza e incertidumbre, por un lado, porque el paquete del suplemento se veía “raro”, es decir, no tenía a la vista su contenido o alguna imagen que le identificara con el sector salud y, por otro, no se entregó a todos los niños, sino solo a aquellos “seleccionados”, sin mencionar los motivos de la selección. A esto se sumó que ellas consideraron que les faltó una explicación más extensa acerca del producto, ya que sintieron que sus hijos eran parte de “experimentos” (pruebas).

Pese a esas inquietudes, la experiencia de las madres ofreciendo el suplemento fue positiva, lo cual gradualmente generó su aceptación, misma que también fue apoyada por esposos y abuelas. De hecho, se mencionó que la primera semana podría ser considerada de adaptación tanto para ellas como para sus bebés, pues ambas partes debieron ordenarse y acostumbrarse a algo nuevo: el Vitalito.

La aceptabilidad de las madres también estuvo relacionada a su percepción del contenido y de los efectos que el suplemento tuvo en sus bebés. Ellas identificaban que Vitalito contiene vitaminas y minerales, algo que ya ni las frutas o verduras tienen debido a la alta cantidad de químicos para su cosecha.

Este hecho les generaba tranquilidad ya que no necesitaban pensar en qué comer, pues Vitalito se convertía en un “buen” complemento que aportaba nutrientes para la comida de sus hijos. De igual manera hubo algunas mujeres que incluso, lo consideraron un alimento que podría reemplazar la comida, lo cual resulta inadecuado pues no es un sustituto alimenticio.

Los adjetivos atribuidos a Vitalito en relación a su función fueron positivos: completo, especial, rico en nutrientes/vitaminas y sabor en general agradable (cacahuete a veces dulce o salado) para el bebé, bueno para los niños, un alimento, de consistencia suave que se prepara. El suplemento también se asoció a las nociones de sano, saludable y nutritivo, además de práctico porque se corta el sobre, se vierte en el plato y se mezcla.

El olor de Vitalito resultó desagradable para algunas mujeres, aunque, dijeron, menos que el de productos hechos a base de pescado.

#### **Efectos percibidos del suplemento**

Las mamás reportaron que Vitalito aporta nutrientes al bebé, incrementa el apetito y genera mayor actividad por la energía que aporta. También mencionaron que sus bebés subieron de peso, durmieron menos durante el día, y no sufrieron cuando le empezaron a salir los dientes.

#### **Estrategias para dar Vitalito**

Algunos facilitadores para dar dar Vitalito fueron:

- buscaron el momento en el que su bebé sentía más hambre (o “hambrearlo”, dejar que le dé hambre)
- mezclarlo en el biberón
- los beneficios percibidos del suplemento
- el apoyo de padre y abuela del niño para darlo
- posicionar al Vitalito como postre

Dentro de las razones reportadas para no dar Vitalito mencionaron:

- sus bebés se quedaron dormidos
- salieron con su familia el fin de semana y olvidaron los empaques
- salieron y no llevaron el Vitalito por temor a perderlo
- cuando regresaron de la calle ellas o alguien más consideraron que era tarde para que el niño lo consumiera

### **Estrategias implementadas para dar el Vitalito**

Se identificaron tres estrategias comúnmente utilizadas para dar Vitalito:

- Variar el alimento utilizado para mezclar Vitalito según el horario de alimentación.
- Darlo cuando el niño tenía más hambre, según su percepción, para que no lo rechazara.
- Promover momentos lúdicos durante el periodo de alimentación: cantar y jugar (“avioncito”).

Las mujeres dieron propuestas para mejorar la adherencia al suplemento, tales como achicar el tamaño del empaque para que cupiera en la cartera en caso de tener que salir, aunque algunas argumentaron que el tamaño les resultaba práctico. Otra sugerencia fue que, debido a que todas tenían celular, les llegara un recordatorio vía telefónica, porque nunca olvidan el teléfono.

Para quienes se les dificulta dar Vitalito, algunas mujeres consideraron que se trata de un tema de conciencia de cada madre. Esa “conciencia” significa procurar el bienestar del bebé ante todo, evitando: i) el desánimo o la apatía que impide buscar maneras de dar un suplemento que se sabe tiene efectos positivos en el niño, y ii) el supuesto de que el niño lo rechazará lo que representa un desperdicio de tiempo y esfuerzo para la mujer. Otras opinaron que se puede resaltar “la experiencia de mamá”, la cual consiste en identificar las estrategias que otras madres utilizan en respuesta a los movimientos, gestos y gustos de sus niños que resultan en una mejor aceptabilidad de Vitalito. Comentaron, además, que otras madres pueden ser interlocutoras en los mensajes relacionados con cómo se prepara, para qué sirve, qué contiene, cuáles son los alimentos sugeridos, cómo motivar para dar el producto, entre otras temáticas.

### **Sugerencias para equipos de implementación**

#### Recetario-semanario

Respecto a cuáles podrían ser algunas actividades que se podrían realizar para fomentar el uso de Vitalito, las mujeres señalaron la posibilidad de que les fuera entregado un recetario-semanario en el que se especificaran los alimentos por día por semana con los que Vitalito puede mezclarse:

Ese recetario-semanario serviría para consulta y conocimiento acerca de qué cantidades utilizar, cómo y con qué preparar Vitalito, pues para ellas es fundamental la variabilidad de los alimentos para las mezclas, ya que esto evitaría el “enfado”. También resaltaron la necesidad de adaptar la propuesta a las posibilidades económicas “reales” de las familias, así como a los alimentos a los que tienen acceso de manera cotidiana.

#### Visitas periódicas

---

Otra recomendación fue realizar visitas periódicas al hogar, pues para ellas habían sido un incentivo o motivación recibir las visitas. Las mujeres propusieron que continuaran esas visitas con la finalidad también de monitorear a las madres para que den Vitalito durante más tiempo. Sugirieron una periodicidad de visita quincenal o mensual. No recomendaron las visitas semanales pues no tendrían “más vivencias que compartir” ni menos periódicas que las mensuales ya que las madres podrían olvidarlas o desmotivarse. También recomendaron enviar un mensaje a media semana o realizar una llamada de recordatorio un día antes de la visita.

#### Talleres vivenciales

Una sugerencia más fue organizar talleres vivenciales con madres y otras personas que resulten fundamentales en la vida de niños, como las abuelas u otros que ayudan a alimentar o cuidar el niño (tías, primas, hermanas, esposos). Es decir, que en cada taller una persona más pueda acompañar a la madre, la que ella considere adecuada. Esos espacios servirían para aclarar dudas sobre el uso de Vitalito en general, además de involucrar activamente a personas que participen del cuidado del niño.

#### Mensajes de texto

Por último, las mujeres mencionaron que sería bueno recibir mensajes de texto cada semana como recordatorios para no dejar de dar Vitalito todos los días, así como la fecha de su próxima visita o para aclarar cualquier duda que pudieran tener.

#### **Familia, amigos y comunidad**

Los esposos y abuelas resultaron de gran ayuda para preparar y dar Vitalito. Una madre también mencionó a un abuelo como apoyo y otra a sus hermanos, quienes entretenían al niño mientras comía.

#### **Dudas y cuestionamientos**

Si bien las madres recibieron apoyo de algunos miembros de su familia, también mencionaron que al principio hubo dudas y cuestionamientos respecto a lo que era el suplemento y su contenido. Al ser cuestionadas sobre el suplemento respondieron que eran vitaminas para el niño, que le ayudaría a su desarrollo y para que estuviera más activo.

#### **Compartir el Vitalito**

El suplemento fue compartido en algunas ocasiones debido a la curiosidad que generó y su carácter “novedoso”.

Algunas mujeres dijeron que el olor del suplemento era desagradable, por lo que incluso esto se utilizó para lograr que otros niños de la misma edad o más grandes desistieran de querer probarlo.

Además del desagrado frente al olor, para evitar la práctica de compartir el suplemento, las mujeres opinaron que se podría posicionar como un medicamento.

Con la finalidad de evitar que los hermanos del bebé se sientan excluidos, las madres sugirieron entregar junto con el suplemento, materiales para ellos como calendarios, tijeras y cucharas. Incluso proponen que todos los niños, independientemente de su edad, puedan consumir el suplemento. Al reiterarse que no es para mayores de 2 años, las madres respondieron que el suplemento debe darse a su discreción y que probablemente los otros niños no se darían cuenta si se mezclaba con su comida. Las madres no consideran viable la opción de explicarle a sus otros niños porqué el suplemento es solo para el bebé.

## **Estrategia de comunicación**

### Instrucciones específicas y explicaciones claras

Con la finalidad de generar confianza desde el principio, se solicitó que en el futuro el equipo en campo brinde una clara y amplia explicación para evitar malentendidos o sustos acerca de los motivos por los que el niño fue seleccionado para recibir Vitalito.

También se pidió especificar los componentes del Vitalito en el sobre, al igual que indicar los cambios que el niño puede experimentar por el consumo del suplemento (por ejemplo, subir de peso a causa de las vitaminas, tener más hambre, estreñimiento y cambio en el color de las heces), así como qué hacer en caso de alguna complicación.

### Datos de contacto

Para las mujeres fue importante contar con teléfonos de contacto; les generó confianza y seguridad, así como una noción de “cercanía” con personas a las cuales podrían recurrir en caso de dudas o complicaciones, por lo cual sugirieron volver a utilizar esa táctica. Esto se dijo por la tarjeta de referencia que se les entregó con la información de quienes estaban al frente del proyecto de investigación en México.

Teléfono de asistencia, mensajes y redes sociales.

Un teléfono de asistencia “01 800 Vitalito” les pareció una opción fácil de utilizar, siempre y cuando fuera un número seguro y manejado por personas con capacitación y/o experiencia en el uso de Vitalito; lo mismo para un sistema de mensajería celular, para enviar preguntas y obtener respuestas sobre el suministro del suplemento.

De acuerdo a las mujeres, los responsables de ambos recursos serían personas capacitadas y/o con experiencia como una profesional de la salud o madre cuya experiencia pueda dar pauta a la resolución de dudas entre pares.

Otra sugerencia fue utilizar la aplicación de “Whats” para crear grupos de madres que puedan compartir mensajes de apoyo cuando tengan problemas o dudas sobre la utilización de Vitalito. Y una opción más fue crear una página de Facebook con videos e información escrita. Una limitante de ambas opciones es la falta de acceso a este tipo de tecnología o de interés en su uso.

### Otros medios: folletos, “pares” y promotoras

Las mujeres estarían de acuerdo en recibir folletos en sus hogares con información de Vitalito. Otra opción más fue contar con una figura “mamá Vitalito”, cuya intención sería acompañar el proceso de dar el suplemento. Algunas señalaron que estarían de acuerdo en recibir a esa figura en su hogar siempre y cuando tuviera experiencia en el tema en cuestión, aunque enfatizaron que era necesario considerar las diferencias entre cada niño, por lo cual tomarían a esa figura como referencia u orientación, más no como regla a seguir con sus bebés.

En lo que todas las madres estuvieron de acuerdo fue en que una promotora con conocimientos sobre nutrición visitara sus casas enseñando a usar Vitalito, porque consideraron que les daría la información necesaria acerca de los alimentos adecuados y la resolución de problemas.

Por votación, las opciones preferidas para recibir información de Vitalito son: i) en primer lugar, la promotora capacitada, ii) en segundo, el teléfono “01 800 Vitalito” para mensajes o llamadas y iii) finalmente, el folleto.

---

Los potenciales obstáculos o barreras para las dos primeras opciones serían la falta de disponibilidad de las madres para atender a las promotoras o utilizar el servicio de telefonía, mientras que para la tercera, la falta de mensajes personalizados que puedan dar resolución a los problemas específicos con el suplemento.

### **Vías para recepción de información**

Para recibir información las mujeres dijeron confiar en la clínica de salud, en el equipo de investigación (implementación), así como en el personal de nutrición por encima del personal médico y de enfermería por tratarse de un tema de suplemento alimenticio.

De igual manera, mencionaron que para ellas es importante la opinión de familiares, sus parejas y sus madres, pues les tienen confianza.

### **Estrategias para adherencia sostenida**

Las mujeres consideraron que era factible tener una práctica sostenida del suministro de Vitalito todos los días durante un año y medio en niños de 6 a 23 meses. Esto requeriría de una estrategia, disposición, tiempo y recordatorios pues, por ejemplo, a las madres les resultaba complicado dedicar tiempo exclusivo a sus bebés durante los horarios de comida, lo cual podría repercutir en que no se dé Vitalito diario durante tanto tiempo.

Además, la práctica sostenida de dar Vitalito implica:

- La provisión periódica de Vitalito durante todo el tiempo que dure el estudio.
- Variar los alimentos en los que se mezcla Vitalito de acuerdo al horario de alimentación (desayuno, en la colación, en la comida o en la cena).
- Variar la combinación de sabores, es decir, mezclar Vitalito con diferentes alimentos.
- Darlo en el momento que el niño sienta más hambre.
- Poner en práctica actividades lúdicas durante el periodo de alimentación: cantar y jugar.
- Compromiso ante sí mismas y perseverancia.
- Utilizar el calendario como recordatorio.
- Recibir mensajes semanales a través del celular.

### Calendario

El calendario contribuyó a dar el suplemento adecuadamente. El formato les permitió no errar el día en el que se debía dar el empaque de turno pues los días estaban marcados, por lo que también sirvió como recordatorio. Las madres mencionaron que también fue fundamental que el calendario tuviera un diseño con colores atractivos y fuera acompañado de los “implementos” necesarios para dar Vitalito, tales como tijeras, plumón, días marcados y número de teléfono. Además, lo consideraron un material “muy completo”, al que los niños podían identificar como suyo.

Sugerencias de mejora:

- Colocar el día de la semana en relación al número de día de inicio.
- Incluir un recetario-semanario en el que se especifiquen alimentos por día por semana.

### Otros

Sugieren brindar información sobre Vitalito dirigida a diversos miembros de la familia, como las abuelas – particularmente en el caso de madres solteras–, los esposos si son mujeres casadas o con pareja, así como a otros cuidadores, que pueden o no ser familiares (tías, primas, hermanas).

---

Se esperaba que tanto las madres como otras personas recibieran información que contemplara los siguientes aspectos clave: qué contiene, para qué sirve, cómo se prepara, con qué alimentos se puede mezclar, tácticas motivacionales para consumo total y diario del producto.

### **Motivación**

Para la práctica sostenida de consumo del Vitalito, las mujeres recomendaron fortalecer los siguientes elementos motivadores:

- Paciencia, creatividad y diversión en el episodio de alimentación: cantar, sentarse en el suelo, jugar al avioncito o que hermanos o hermanas participen en la distracción.
- Insistencia sin “forzar” a los niños.
- Mezclar el suplemento con alimentos preferidos del niño, particularmente con sabor dulce, para que no se “enfadara” (aburriera) con el sabor.
- Los 20 gramos son una medida adecuada, suficiente y necesaria, lo que debe cambiar es la cantidad de comida con la que se mezcla según la edad del bebé.
- Vitalito como multivitamínico.
- Especificación del contenido del empaque.
- Acompañamiento a las madres.

### **Productos similares**

Las madres mencionaron que conocen algunos productos similares a Vitalito, como “Kivis” (Kiddi’s); que les parece completo porque también contiene vitaminas y minerales. También se mencionó el “Gerber” en polvo que se disuelve con leche, no con alimentos, que queda con la consistencia de una papilla.

### **Cambios por uso del Vitalito**

Las madres notaron algunos cambios una semana después del uso de Vitalito. Entre ellos mencionaron:

- Dormir poco durante el día, pero sí toda la noche.
- “Más inquietos” (activos, con energía, hiperactivos)
- Mayor apetito
- “Soltarse a caminar” (iniciar)
- Era perezosa para la andadera y ahora ya corre
- Evacuaciones sin estreñimiento
- Menor apetito en la segunda semana
- Se aliviaron pronto de otros padecimientos como gripe o tos

Algunas madres dijeron que cuando detuvieron el suministro de Vitalito notaron estreñimiento, pero que se resolvió rápidamente.

A continuación, se enlistan de mayor a menor los incentivos que las madres consideraron pueden contribuir a una práctica sostenida de consumo del Vitalito durante un año y media:

- Consulta gratuita con personal de pediatría durante el periodo del estudio: con medicamento incluido
- Evaluación de estimulación infantil.

- 
- Atención médica gratuita para sus niños en todo momento
  - Especificar contenido o compuesto del Vitalito
  - Caja o canasta con diversos artículos para el cuidado de los niños: Vitalito, toallitas húmedas, un paquetito de pañales, champú, juguetes; plato, vaso y cuchara.
  - Llamadas de monitoreo ya que demuestran que existe una preocupación por el bienestar de las personas.

### **Empaque**

De acuerdo a las mujeres el empaque es adecuado en forma, tamaño y contenido:

- Tiene colores llamativos.
- Tiene ilustraciones de una madre dando Vitalito mezclado.
- La información escrita genera confianza porque tiene los ingredientes e instruye cómo dar el suplemento: se menciona que se debe dar un sobre por día por niño, es decir, no compartirlo con otra persona; se puede dar solo o mezclado.
- La letra es de un tamaño estándar, adecuada.
- El sobre se abre fácilmente con tijeras.
- Por el empaque pareciera que la medida es más grande.
- En apariencia pareciera un medicamento, aunque se sabe que no lo es.

Sugerencias para el empaque:

- Colores. Empatar el calendario con el color del sobre; cambiar color de ropa y cabello de las figuras humanas. Se recomienda utilizar colores llamativos para el bebé, pues ellos saben cuando un producto es para ellos. Se propone integrar los colores: rojo, amarillo, verde y azul para restarle la apariencia de medicamento.
- Instrucciones. Colocar la fecha de caducidad.
- Escribir en el sobre el día de la semana al que corresponde.
- Una vez abierto el sobre, que pudiera cerrarse como las bolsas “Ziploc”, para que se pudiera utilizar en dos tandas.
- Consideraron que el empaque parecía orgánico y sería positivo que lo fuera para no contaminar.

---

## 6 CONCLUSION

Este informe demuestra que existen similitudes, al igual que diferencias, en las prácticas, creencias, barreras y facilitadores de las madres y sus familias con respecto a la lactancia materna y la alimentación complementaria en los tres países. De igual forma, reveló información valiosa para la generación de mensajes y estrategias de promoción del suplemento Vitalito en los tres contextos. Los resultados de esta investigación son insumos para la generación de la estrategia de CCC de SPOON. El siguiente informe de esta consultoría presentará los mensajes priorizados de dicha estrategia para cada contexto, al igual que su justificación con base a los resultados de este estudio.

---

## 7 REFERENCIAS

1. International Food Policy Research Institute. *Global Nutrition Report 2016: From Promise to Impact: Ending Malnutrition by 2030*: Washington, DC., 2016.
2. Ramirez-Zea M, Kroker-Lobos MF, Close-Fernandez R, Kanter R. The double burden of malnutrition in indigenous and nonindigenous Guatemalan populations. *Am J Clin Nutr* 2014; **100**: 1644S-1651S.
3. Lopez-Arana S, Avendano M, Forde I, van Lenthe FJ, Burdorf A. Conditional cash transfers and the double burden of malnutrition among children in Colombia: a quasi-experimental study. *Br J Nutr* 2016; **115**: 1780-1789.
4. Bielderma I, Vossenaar M, Melse-Boonstra A, Solomons NW. The potential double-burden of vitamin A malnutrition: under- and overconsumption of fortified table sugar in the Guatemalan highlands. *Eur J Clin Nutr* 2016; **70**: 947-953.
5. Victora CG, Rivera JA. Optimal child growth and the double burden of malnutrition: research and programmatic implications. *Am J Clin Nutr* 2014; **100**: 1611S-1612S.
6. Ng M, Fleming T, Robinson M, Thomson B, Graetz N, Margono C *et al*. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2014; **384**: 766-781.
7. Shrimpton R. Tackling the double burden of malnutrition across the life course: a global imperative. *Cien Saude Colet* 2015; **20**: 2300.
8. Bhutta ZA, Ahmed T, Black RE, Cousens S, Dewey K, Giugliani E *et al*. What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival. *Lancet* 2008; **371**: 417-440.
9. Martorell R, Melgar P, Maluccio JA, Stein AD, Rivera JA. The nutrition intervention improved adult human capital and economic productivity. *J Nutr* 2010; **140**: 411-414.

- 
10. Butte N, Cobb K, Dwyer J, Graney L, Heird W, Rickard K. The Start Healthy Feeding Guidelines for Infants and Toddlers. *J Am Diet Assoc* 2004; **104**: 442-454.
  11. World Breastfeeding Trends Initiative (WBTi). The State of policy and programmes on infant and young child feeding in 84 countries on a scale of 100. In, 2017.
  12. Maleta K, Kuittinen J, Duggan MB, Briend A, Manary M, Wales J *et al*. Supplementary feeding of underweight, stunted Malawian children with a ready-to-use food. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2004; **38**: 152-158.
  13. Isanaka S, Nombela N, Djibo A, Poupard M, Van Beckhoven D, Gaboulaud V *et al*. Effect of preventive supplementation with ready-to-use therapeutic food on the nutritional status, mortality, and morbidity of children aged 6 to 60 months in Niger: a cluster randomized trial. *JAMA* 2009; **301**: 277-285.
  14. Michaelsen KF, Dewey KG, Perez-Exposito AB, Nurhasan M, Lauritzen L, Roos N. Food sources and intake of n-6 and n-3 fatty acids in low-income countries with emphasis on infants, young children (6-24 months), and pregnant and lactating women. *Matern Child Nutr* 2013; **7 Suppl 2**: 124-140.
  15. Arimond M, Zeilani M, Jungjohann S, Brown KH, Ashorn P, Allen LH *et al*. Considerations in developing lipid-based nutrient supplements for prevention of undernutrition: experience from the International Lipid-Based Nutrient Supplements (iLiNS) Project. *Matern Child Nutr* 2015; **11 Suppl 4**: 31-61.
  16. WHO. *Essential Nutrition Actions: Improving Maternal, Newborn, Infant and Young Child Health and Nutrition*. World Health Organization: Geneva, 2013.
  17. Adair LS. Long-term consequences of nutrition and growth in early childhood and possible preventive interventions. *Nestle Nutr Inst Workshop Ser* 2014; **78**: 111-120.
  18. Kumwenda C, Dewey KG, Hemsworth J, Ashorn P, Maleta K, Haskell MJ. Lipid-based nutrient supplements do not decrease breast milk intake of Malawian infants. *Am J Clin Nutr* 2013; **99**: 617-623.
  19. Lesorogol C, Jean-Louis S, Green J, Iannotti L. Preventative lipid-based nutrient supplements (LNS) and young child feeding practices: findings from qualitative research in Haiti. *Matern Child Nutr* 2015; **11 Suppl 4**: 62-76.
  20. Adu-Afarwuah S, Lartey A, Brown KH, Zlotkin S, Briend A, Dewey KG. Randomized comparison of 3 types of micronutrient supplements for home fortification of complementary foods in Ghana: effects on growth and motor development. *Am J Clin Nutr* 2007; **86**: 412-420.

21. Hemsworth J, Kumwenda C, Arimond M, Rehman AM, Maleta K, Phuka J. The impact of various doses of lipid-based nutrient supplements (LNS) on energy intake of 9 month old Malawian infants. *Annals of Nutrition & Metabolism* 2013; **63** 827.
22. Thakwalakwa CM, Ashorn P, Phuka JC, Cheung YB, Briend A, Maleta KM. Impact of lipid-based nutrient supplements and corn-soy blend on energy and nutrient intake among moderately underweight 8-18-month-old children participating in a clinical trial. *Matern Child Nutr* 2015; **11 Suppl 4**: 144-150.
23. Peltó GH, Armar-Klemesú M, Siekmann J, Schofield D. The focused ethnographic study 'assessing the behavioral and local market environment for improving the diets of infants and young children 6 to 23 months old' and its use in three countries. *Matern Child Nutr* 2013; **9 Suppl 1**: 35-46.
24. Tumilowicz A, Neufeld LM, Peltó GH. Using ethnography in implementation research to improve nutrition interventions in populations. *Matern Child Nutr* 2015; **11 Suppl 3**: 55-72.
25. Borgatti SP, Halgin DS. Elicitation techniques for cultural domain analysis. In: Schensul JJ, LeCompte MD (eds). *Specialised Ethnographic Methods: A Mixed Methods Approach*. Altamira Press: Lanham, MD. pp. 80-116., 2012.
26. Fonseca Z, Heredia A, Ocampo R, Forero Y, Sarmiento O, Álvarez M *et al.* *Encuesta Nacional de la Situación Nutricional (ENSIN) en Colombia 2010* Bogotá, 2011.
27. Keusch GT. The history of nutrition: malnutrition, infection and immunity. *J Nutr* 2003; **133**: 336S-340S.
28. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), Instituto Nacional de Estadística (INE), ICF International. *[VI National Maternal Child Health Survey 2014-2015] VI Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil ENSMI 2014-2015*: Guatemala City, 2015.
29. Martorell R, Flores R, Hickey M. *Stunting in Guatemala: Analyses of Change Over 15 Years*. Abt Associates Inc., 2002.
30. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), Instituto Nacional de Estadística (INE), ICF International. *[V National Maternal Child Health Survey 2008-2009] V Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil ENSMI 2008-2009*: Guatemala City, 2009.
31. Gutiérrez J, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Hernández-Ávila M. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales*, Instituto Nacional de Salud Pública: Cuernavaca, 2012.
32. Bonvecchio Arenas A, Fernández-Gaxiola AC, Plazas M, Kaufer-Horwitz M, Pérez-Lizaur AB, Rivera JA. *Guías alimentarias y de actividad física en contexto de sobrepeso y obesidad en la población mexicana. Primera edición.* , Academia Nacional de Medicina: Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología: México, 2015.

- 
33. Rivera JA, de Cossio TG, Pedraza LS, Aburto TC, Sanchez TG, Martorell R. Childhood and adolescent overweight and obesity in Latin America: a systematic review. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2014; **2**: 321-332.
  34. Gutiérrez J, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Hernández-Ávila M. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales [National Health and Nutrition Survey 2012. National results]*: Cuernavaca, 2012.
  35. Food and Nutrition Technical Assistance III Project (FANTA). *Meeting Report: Evidence and Programmatic Considerations for the Use of Small Quantity Lipid-Based Nutrient Supplements for the Prevention of Malnutrition*. FHI 360/FANTA: Washington, DC, 2016.
  36. Harding KL, Matias SL, Mridha MK, Moniruzzaman M, Vosti SA, Hussain S *et al*. Adherence to recommendations on lipid-based nutrient supplement and iron and folic acid tablet consumption among pregnant and lactating women participating in a community health programme in northwest Bangladesh. *Matern Child Nutr* 2017; **13**.
  37. Abbeddou S, Hess SY, Yakes Jimenez E, Some JW, Vosti SA, Guissou RM *et al*. Comparison of methods to assess adherence to small-quantity lipid-based nutrient supplements (SQ-LNS) and dispersible tablets among young Burkinabe children participating in a community-based intervention trial. *Matern Child Nutr* 2015; **11 Suppl 4**: 90-104.
  38. Hess SY, Bado L, Aaron GJ, Ouedraogo JB, Zeilani M, Brown KH. Acceptability of zinc-fortified, lipid-based nutrient supplements (LNS) prepared for young children in Burkina Faso. *Matern Child Nutr* 2011; **7**: 357-367.
  39. Iuel-Brockdorf AS, Draebel TA, Fabiansen C, Cichon B, Christensen VB, Yameogo C *et al*. Acceptability of new formulations of corn-soy blends and lipid-based nutrient supplements in Province du Passore, Burkina Faso. *Appetite* 2015; **91**: 278-286.
  40. Iannotti LL, Dulience SJ, Green J, Joseph S, Francois J, Antenor ML *et al*. Linear growth increased in young children in an urban slum of Haiti: a randomized controlled trial of a lipid-based nutrient supplement. *Am J Clin Nutr* 2014; **99**: 198-208.
  41. Adu-Afarwuah S, Lartey A, Zeilani M, Dewey KG. Acceptability of lipid-based nutrient supplements (LNS) among Ghanaian infants and pregnant or lactating women. *Matern Child Nutr* 2011; **7**: 344-356.
  42. Klevor MK, Adu-Afarwuah S, Ashorn P, Arimond M, Dewey KG, Lartey A *et al*. A mixed method study exploring adherence to and acceptability of small quantity lipid-based nutrient supplements (SQ-LNS) among pregnant and lactating women in Ghana and Malawi. *BMC Pregnancy Childbirth* 2016; **16**: 253.

- 
43. Ashorn U, Alho L, Arimond M, Dewey KG, Maleta K, Phiri N *et al.* Malawian Mothers Consider Lipid-Based Nutrient Supplements Acceptable for Children throughout a 1-Year Intervention, but Deviation from User Recommendations Is Common. *J Nutr* 2015; **145**: 1588-1595.
  44. Phuka J, Ashorn U, Ashorn P, Zeilani M, Cheung YB, Dewey KG *et al.* Acceptability of three novel lipid-based nutrient supplements among Malawian infants and their caregivers. *Matern Child Nutr* 2011; **7**: 368-377.
  45. Cohuet S, Marquer C, Shepherd S, Captier V, Langendorf C, Ale F *et al.* Intra-household use and acceptability of Ready-to-Use-Supplementary-Foods distributed in Niger between July and December 2010. *Appetite* 2012; **59**: 698-705.
  46. Rothman M, Berti C, Smuts CM, Faber M, Covic N. Acceptability of Novel Small-Quantity Lipid-Based Nutrient Supplements for Complementary Feeding in a Peri-Urban South African Community. *Food Nutr Bull* 2015; **36**: 455-466.