

PID 9038

## **Análisis de factores socio-culturales y ambientales involucrados en problemas de salud prevenibles (diarrea, malnutrición y anemia) en niños de 0 a 4 años en la comunidad de la Zona Sur de Gualeguaychú. Implementación y evaluación de intervenciones focalizadas**

*Ros, Cecilia\**; *Corfield, Isabel\*\**; *García, Elida Alicia\*\**; *Asrilevich, Elsa Nora\*\**; *Santos, María E.\*\**; *Raffart, Melisa\*\**

AUTORES: \* Universidad Nacional de Lanús. Argentina. \*\*Facultad de Bromatología, Universidad Nacional de Entre Ríos. (Gualeguaychú, Entre Ríos, Argentina).

CONTACTO: [agarcia@fb.uner.edu.ar](mailto:agarcia@fb.uner.edu.ar)

### **Resumen**

Se realizó un trabajo descriptivo, con matices de diseño exploratorio, que permitió analizar aspectos socio-culturales y ambientales de familias con ocurrencia de enfermedades infantiles prevenibles. Se eligió *la diarrea, la desnutrición y anemia* por ser patologías prevalentes en niños de 0 a 4 años. Para estas enfermedades su atención consiste, la mayoría de las veces, en brindar alimentación adecuada, considerando el entorno familiar y ambiental. Al concebir la alimentación como un proceso cultural o una condición de vida, que a su vez incluye 4 momentos, se entiende que forma parte del acervo cultural de todo grupo social; y siendo la práctica de atención más frecuente e inmediata de la diarrea, la desnutrición y anemia, se habla del proceso *salud/enfermedad/alimentación*, esta última entendida como *atención*. La alimentación entonces refiere a las representaciones sociales de cada grupo, las que se expresan en las prácticas de los actores familiares. De las indagaciones a las familias, estas, no presentaron un correlato entre sus conocimientos y prácticas de cuidados en salud infantil, ello podría relacionarse con las condiciones de vida desfavorables, lo cual indica que se debiera trabajar en pos de los factores protectores, en acciones de promoción enfocadas a las prácticas alimentario nutricionales.

**Palabras clave:** Salud familiar, Diarrea, anemia y desnutrición infantil, Condiciones de vida, Epidemiología, Conocimientos y Prácticas alimentarias

## Objetivos propuestos y cumplidos

1. Caracterizar los factores socio-culturales y ambientales involucrados en la ocurrencia de diarreas agudas en niños de 0-4 años.
2. Determinar los factores socio-culturales y ambientales que impactan en la selección y adquisición de alimentos dentro del hogar.
3. Relacionar la influencia en el estado nutricional de los niños de 0 – 4 años, con la lactancia y el destete precoz.
4. Detectar factores socio-culturales y ambientales que inciden en las patologías infantiles prevenibles.
5. Indagar sobre la valoración de las madres acerca del diagnóstico de anemia y su proyección en el desarrollo y crecimiento del niño.
6. Identificar estrategias de conductas alimentarias saludables, que puedan ser generalizadas a la población.

## Marco teórico y metodológico

Según datos de 2008 publicados por el Ministerio de Salud de la Nación, cada año nacen en el país 50.000 niños con bajo peso y alrededor de 174.000 con un peso que la Organización Mundial de la Salud considera insuficiente. La Argentina es uno de los pocos países por debajo del ecuador que puede exportar alimentos y energía. La disponibilidad promedio de energía es de 3200 kilocalorías diarias. Sin embargo, las estimaciones indican que uno de cada tres menores de dos años padece deficiencia de hierro, es decir, anemia. El niño de término al nacer tiene una concentración corporal de hierro de alrededor de 75mg/kg de peso corporal. Estos depósitos, relativamente altos, alcanzan para sostener la duplicación de peso corporal que se produce alrededor del cuarto mes de vida. Luego el lactante es totalmente dependiente del hierro de la dieta. Al final del primer año el niño normal ha triplicado el peso corporal y duplicado su volumen sanguíneo. Por esta razón el requerimiento diario de hierro es similar al de un hombre adulto, pero la cantidad de alimentos consumidos por un niño de un año es alrededor de 1/3. Este simple cálculo ayuda a explicar la situación de riesgo de los lactantes. Existen factores que aumentan el riesgo de anemia en el niño: bajo peso al nacer, ligadura precoz del cordón umbilical, breve duración de la lactancia materna, introducción precoz (antes del sexto mes) de leche de vaca fluida, introducción tardía de carne en la dieta y dieta de baja biodisponibilidad de hierro. Por otra parte, un número elevado de muertes por **diarrea** puede evitarse si se mejoran las prácticas de alimentación de los niños (especialmente la lactancia materna exclusiva durante los primeros 4 a 6 meses de vida, las prácticas de destete y la higiene de la preparación, conservación y manipulación de los alimentos); se progresa en proporcionar condiciones sanitarias básicas a la población (especialmente en lo que respecta a las fuentes de agua segura y la eliminación adecuada de las excretas); y se mejoran las prácticas de higiene personal y doméstica.

En el nivel del hogar y la familia, un aspecto de gran importancia para el cuidado del niño pequeño es el adecuado vínculo madre-hijo o relación entre el niño pequeño y el dador de cuidados. En esta relación, que a su vez depende de varias circunstancias, intervienen prácticas de crianza, como la capacidad de satisfacer las demandas de cuidado, alimentación y estímulo que necesita un ser humano para desarrollar todo su potencial. Estas prácticas, que son las que dispensan las personas en el hogar, transforman la seguridad alimentaria y nutricional y los recursos sanitarios en crecimiento y desarrollo del niño. Éstas incluyen entre otras: atención destinada a las mujeres, incluida la dirigida a las mujeres embarazadas y post parto, lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y alimentación complementaria oportuna, preparación adecuada de los alimentos, higiene, prácticas de atención de la salud en el hogar.

Ante una situación de enfermedad, se puede decir que la construcción de la *salud familiar* consiste en las respuestas que en el marco de la familia se generan para atenderla. Cuando hablamos de respuestas entendemos todas aquellas prácticas o cursos de acción que ponen en marcha los miembros de la familia para superar la experiencia de una enfermedad. Tanto para la *diarrea*, *la desnutrición* y *la anemia*, su atención consiste, la mayoría de las veces, en brindar una alimentación adecuada. El mejor y más efectivo tratamiento para estas enfermedades, además de indagar su etiología, se encuentra en poner especial cuidado en los alimentos que se consumen, entre otras indicaciones. La alimentación, al ser un proceso básico del hombre, se inscribe dentro del orden de lo cultural, referente a las representaciones sociales de cada grupo, las que se expresan en las prácticas de los actores familiares. Según Wellin, todo grupo humano desarrolla creencias acerca de lo que es una enfermedad y de las prácticas para enfrentarla (62). Al concebir la alimentación como un proceso cultural o una condición de vida (7, 20, 55) que a su vez incluye 4 momentos (20), se entiende que forma parte del acervo cultural de todo grupo social. Y, siendo la práctica de atención más frecuente e inmediata para aquellas patologías infantiles, se habla del proceso *salud/enfermedad/alimentación*, esta última entendida como *atención*.

Tanto la Sociedad Argentina de Pediatría como UNICEF continúan sosteniendo que el concepto *salud/enfermedad* debe incluir los aspectos biológicos, sociales, culturales y ambientales; que no hay salud posible en el marco de la pobreza, el abandono y la exclusión social, sin embargo, no terminan de consolidar un modelo distinto ideológicamente al modelo *médico hegemónico* que hace tiempo caracterizó Menéndez (33). Desde la corriente teórica que construyó su cuerpo conceptual en la categoría de *reproducción social*, permitiendo que el tema *condiciones de vida y salud* llegara a constituirse en uno de los objetos centrales de la *medicina social*, lo social ya no aparece como factor de riesgo de determinada enfermedad en un individuo, quien actuaría del mismo modo que otro de carácter biológico, sino que se construye como el contexto en el cual el sujeto se constituye en ser social. De esta, manera toda explicación se resume en un actor en una determinada situación. Si nos referimos a la situación de salud, incluye cuatro procesos reproductivos: condiciones comunales y culturales, condiciones ecológico-políticas, condiciones tecno-económicas, y condiciones orgánicas y biocomunales (7). De acuerdo a las diferentes dimensiones propuestas por Castellanos, cada problema de salud puede ser definido en una de ellas. La descripción y explicación de la situación *salud-enfermedad* no es independiente de quién describe y explica, y desde qué posición lo hace. La situación de *salud-enfermedad*, desde el punto de vista de un actor social, incluye: a) selección de problemas, fenómenos que afectan a grupos de población específicos; b) enumeración de hechos, que en su contenido y forma son asumidos como relevantes (suficientes y necesarios) para describir los problemas seleccionados; c) explicación, es decir, la identificación y percepción del complejo de relaciones entre los múltiples procesos, en diferentes planos y espacios, que producen los problemas. La *situación de salud* de un determinado grupo de población es así un conjunto de *problemas* de salud, *descritos* y *explicados* desde la perspectiva de un *actor social*, es decir de "alguien" que asume una conducta determinada en función de dicha situación (7).

Castellanos explica: "*Los hechos que percibimos como fenómenos de Salud y Enfermedad ocurren en diferentes dimensiones, ellos pueden ser variaciones (movimientos, flujos de hechos) singulares, es decir, entre individuos o entre agrupaciones de población por atributos individuales, o ser particulares, variaciones entre grupos sociales en una misma sociedad y en un mismo momento dado, o como movimientos generales, flujos de hechos que corresponden a la sociedad en general, global. De esta manera los problemas de salud pueden ser definidos como tales en alguna (s) de estas dimensiones.*" (7)

Se trabajó en el nivel de lo singular, cuyas estructuras centrales son la familia y las redes sociales, siendo sus nodos de activación: líderes barriales (vecinos y/o comerciantes), integrantes del equipo de salud del Centro de Salud, maestros de la escuela, personal de la *guardería* y de desarrollo social municipal, asistentes sociales y agentes sanitarios, entre otros. Se intentó así relacionar la reproducción

biológica y la reproducción de las relaciones ecológicas con la reproducción de las formas de conciencia y de conducta. Entre otros aspectos, se consideraron las representaciones sociales y las prácticas relacionadas con la diarrea, la desnutrición, la anemia y la alimentación.

La Metodología propuesta para el logro de los objetivos siguió la lógica cuantitativa, cualitativa y de triangulación. Se realizó un estudio de tipo exploratorio-descriptivo, prospectivo, longitudinal. Toda la información recogida se analizó con los objetivos de llegar a conclusiones y recomendaciones, emitiendo juicios de valor.

Las etapas del estudio comprendieron: 1-Indagación en profundidad de factores socioculturales y ambientales de la comunidad en estudio, involucrados en la ocurrencia de enfermedades prevenibles. Para ello se utilizó información secundaria y primaria, involucrando la construcción de los problemas y acciones desde la perspectiva de los actores afectados. 2-Implementación de un modo de intervención focalizado según patologías prevenibles de la población bajo estudio. Los datos fueron analizados cuantitativamente (a través de las herramientas de la estadística) y cualitativamente a través de la técnica de análisis de contenido.

## Síntesis de resultados y conclusiones

### 1. Características socio-demográficas

De un total de 23 niños evaluados el 61% de los mismos fueron niñas y el 39 % niños, con edades comprendidas entre los 0 y 48 meses. La mayor frecuencia (65 %) de los niños se distribuyeron en un rango etario comprendido entre los 13 y 36 meses. El 39 % de las madres eran menores a 20 años y el 61 % restante se encontró comprendido en el rango de 20 a 25 años. El 74 % de las madres eran primerizas.

Según la composición familiar, el 61% de los hogares se caracterizó por ser de tipo familia nuclear. El porcentaje restante correspondió a familias de tipo extensas con una composición que se extendía en algunos casos más allá de dos generaciones, tal como lo muestra la tabla 1:

**TABLA 1.** Distribución de los niños, según el tipo de familia, de la zona Sur de Gualeguaychú. Provincia de Entre Ríos. Año 2009.

Tipo de familia	Frecuencia		Personas que conviven con el niño
	n	%	
Nuclear	14	61	Padre, madre y hermanos
Extensas	1	4,3	Pareja y Abuela
	2	8,7	Pareja- Hermanos -Tíos
	2	8,7	Pareja- Hermanos –Tíos- Abuela
	1	4,3	Abuelos
	1	4,3	Pareja- Hermanos –Tíos- Abuelos- Otros familiares
	2	8,7	Pareja- Otros familiares-Amigos
Total	23	100,0	

En cuanto a la capacidad de subsistencia, el 78 % (n=18) de las madres encuestadas manifestaron ser amas de casa que no trabajaban fuera del hogar. Dentro de este porcentaje se incluyen madres que en algún momento trabajaban o estudiaron. Las madres que trabajaban fuera del hogar poseían un empleo informal (changas, 9 %) o a tiempo parcial (13 %).

El 82,6 % (n=19) de las madres encuestadas recibían aportes económicos externos a la familia provenientes del Programa Alimentario Familiar (PAF) y del Programa de Refuerzo Alimentario Focalizado (PRAF). Además el Municipio hacía entrega de leche fluida como refuerzo nutricional y los Centros de Salud proveían de leche en polvo a las familias con niños desnutridos.

## 2. Factores Socio-Culturales y ambientales que impactan en las patologías prevenibles

Los factores socio-culturales relevados fueron nivel de escolaridad alcanzado, realización de tareas domésticas y preparación de los alimentos de los niños.

En cuanto a los trayectos educativos de las madres la formación relevada indica que el 95 % (n=22) de las mismas no estudiaban al momento de las entrevistas. El 4,3 % no se encontraba escolarizada y un 8,7 % no había concluido los estudios primarios. Respecto de la educación secundaria el 34,8 % había terminado este nivel y un 43,5 % no. Un 8,7 % expresó haber iniciado un nivel terciario sin haberlo finalizado.

Sobre la distribución de las diferentes actividades domésticas entre los miembros de la familia, en el 65 % de los casos (n=15) era realizada por una sola persona.

En lo que hacía a la preparación de los alimentos del niño, un 78 % (n=18) de las madres manifestó ser la persona encargada de preparar los mismos, en un 8 % de los casos el encargado era el padre y en el 4 % restante las abuelas u otros familiares.

En general, manifestaron no preparar una alimentación especial para los niños, diferente al resto de la familia. No obstante, se destaca que un 88 % (n=20) enriquece esas preparaciones para el niño con azúcar, aceite, huevo, leche con hierro, manteca y/o crema.

En cuanto al lugar en que se asentaban sus viviendas, en la tabla 2 se presenta la distribución barrial de los niños y sus familias, pertenecientes al área programática del Centro de Salud Juan Baggio:

**TABLA 2.** Distribución de los niños, según barrio de residencia, de la zona Sur de Gualeguaychú. Provincia de Entre Ríos. Año 2009

Zona de Residencia	Frecuencia	
	n	%
Yapeyú	10	43,5
43 Viviendas	2	8,7
Zabalet	2	8,7
20 Viviendas	3	13,0
Villa María	3	13,0
Trinidad	1	4,3
Hipódromo	1	4,3
Total	23	100,0

El 78,3 % de las familias residían en viviendas tipo casa, mientras que el 13,0 % lo hacía en piezas en préstamo o alquiladas. Un 8,7 % residía en casillas. El 87 % de las viviendas contaba con piso y/o contrapiso y en el 13 % restante el piso era de ladrillo tierra o madera.

Sobre la distribución y uso de los espacios, 40 % de las viviendas poseía una sola habitación destinada para dormir, mientras que el resto destinaba dos dependencias para este fin. El 74 % de las viviendas poseían un ambiente destinado para cocina comedor provisto de heladera. En el 83 % de los casos, el comedor se encontraba separado por pared, mesada, puerta o mueble. El resto era un solo

ambiente. Es muy importante destacar que el 35 % de las familias vivían en condiciones de hacinamiento según el INDEC (comparten por lo menos una habitación más de tres personas)

Respecto de los servicios sanitarios, el agua para consumo provenía en un 92 % de la red pública y el 70 % de las familias poseían baño en el interior de la vivienda, en condiciones de uso. La eliminación de las excretas, se realizaba en un 17 % de los hogares por pozo ciego y en los restantes por sistema de red cloacal, pudiéndose observar, en la mayoría de los casos, que las condiciones de higiene no eran las más adecuadas. La eliminación de los residuos sólidos urbanos se realizaba en su totalidad a través de la recolección pública.

El 50% de las familias convivía con animales domésticos en el interior de la vivienda.

Para evaluar las condiciones de higiene del lugar de cocina se tomó como referencia el índice de condiciones de higiene elaborado por García, Elida Alicia (2010)<sup>1</sup>. Se consideraron los siguientes factores: a. ambiente de la cocina comedor y b. presencia de animales domésticos.

Puntajes otorgados a cada uno de los factores:

a. Ambiente de la cocina comedor	Condiciones de las áreas de elaboración, distribución y consumo de alimentos	Limpias	4
		Medianamente limpias	2
		Sucias	0
	Separación de las restantes áreas de la vivienda	Separado de otras dependencias	3
		Sin separación	0
	Disponibilidad de agua de red	Directa/ tanque	3
		Obtenida desde el vecino con balde	2
	Disposición de excretas	Dispone	2
		No dispone	0
Recolección de residuos	diaria	2	
	Cada dos días	1	
	Cada 3 o más días	0	
b. Presencia de animales domésticos	Presencia de animales domésticos	Conviven con animales domésticos dentro del hogar	2
		No conviven con animales domésticos dentro del hogar	0

La escala de puntaje que se empleó es la siguiente:

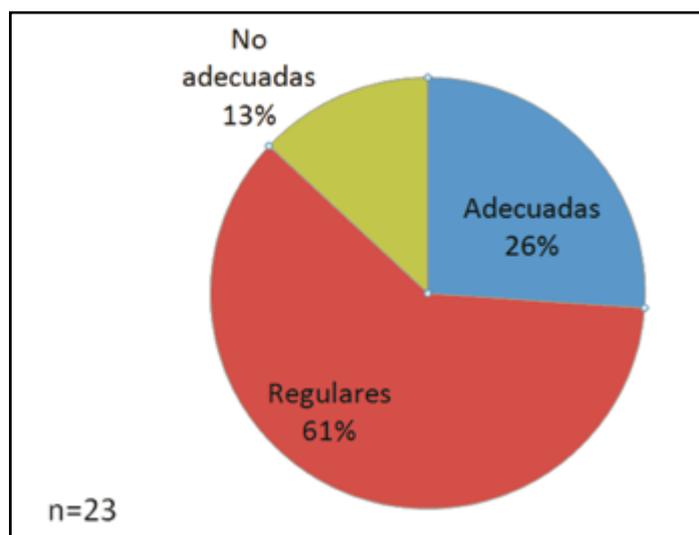
Puntaje Total: mayor o igual a 16 → Adecuado.

Puntaje Total: 15 → Regular.

Puntaje Total: < de 15 → No adecuado.

De acuerdo a la aplicación de la escala anterior, en el Gráfico 1 se observa que en un 74% la cocina comedor de las viviendas presenta condiciones de higiene regulares y no adecuadas.

1. "Complejidad del fenómeno alimentario y acervo cultural en la construcción de la salud familiar frente a la diarrea infantil en familias vulnerables del Sur de Gualeguaychú" Tesis para acceder al grado de Magíster en Salud Familiar y comunitaria.



**GRÁFICO 1.** Condiciones de higiene del lugar de cocina

### 3. Descripción del proceso salud-enfermedad-atención (cuidado-alimentación)

En lo que atañe al estado de salud de los niños, sólo un 4 % de los mismos no presentó problemas de salud. El 96 % restante presentó patologías varías, en algunos casos concurrentes, como lo muestra la tabla 3:

**TABLA 3.** Distribución de los niños, según su estado de salud, durante el último año, de la zona Sur de Gualeguaychú. Provincia de Entre Ríos. Año 2009

Patología manifestadas	Frecuencia	
	N	%
<i>Desnutrición(DN)</i>	6	27
<i>Diarrea(D)</i>	5	23
<i>Anemia(A)</i>	5	23
<i>D+DN+A</i>	4	18
<i>DN+A</i>	2	9
Total	22	100

Además, resulta necesario señalar que 45 % de los niños mostraban asociaciones con parasitosis y enfermedades pulmonares y que el 4,3 % de los niños necesitó ser internado, por diarreas a repetición, generalmente asociadas a otras patologías prevenibles.

Sobre la frecuencia de los episodios, el 43 % de los niños enfermos presentó cuatro episodios repetidos en el año y un 36 % tres episodios repetidos en el año. El tiempo transcurrido entre un episodio y otro en un 40,3 % fue de 15 días, en un 19,9 % de 7 días, en un 19,9 % de 30 días, y en un 19,9 % mayor a treinta días.

En lo concerniente a la concurrencia al médico, el 82,6 % de los niños recibió atención médica mientras que el 17,4 % restante no. En caso de enfermedad el tiempo de realización de la próxima consulta fue en el 47,8 % de los casos después del mes y del 22 % a la semana. En lo que respecta a los contro-

les mensuales, en los 12 meses previos al estudio el 65,2% de las madres llevó al niño a control todos los meses, correspondiéndose la fecha del mismo con el día de entrega de leche. Cabe destacar que un 21,7% de los niños no fue llevado a control.

El 91% de la población encuestada asistía al Centro de Salud o salita del Barrio, las que se encontraban a 50 metros de distancia una de otra.

Respecto de la medicación de los niños al momento de la entrevista el 39,1% de los niños no se encontraban tomando medicación. El 17,4% de los niños se encontraban realizando tratamiento con hierro y vitaminas. El 13,1% de los mismos recibía, además, tratamiento por parasitosis. El 8,6% se encontraba realizando tratamiento de vías respiratorias. El 21,7% de los niños atendidos recibía además polivitamínicos.

El 21,7% de los niños recibía sólo medicamentos, mientras que el 17,4% recibía indicación de dieta y medicación, El 26% restante recibía sólo indicación de dieta.

De los resultados obtenidos nos pareció interesante realizar una descripción de los casos que presentaban desnutrición, diarrea y anemia. Se trata de cuatro niñas cuyas edades oscilaban entre los 22 y 49 meses al momento de la investigación. En las tablas 5, 6 y 7 se pueden observar características de las madres, de las familias y tipo de atención que recibían las niñas al momento del estudio:

**TABLA 5.** Características socioculturales de la madre por caso

	CASO 1	CASO 2	CASO 3	CASO 4	
Madre	Edad	> 25 años	> 25 años	> 25 años	Entre 20 y 25
	Cantidad de hijos	5	4	2	4
	Nivel de escolaridad	Primario completo	Secundario incompleto	Secundario incompleto	Primario completo
	Situación laboral	Ama de casa	Trabajo tiempo parcial	Ama de casa	Ama de casa
	Conocimientos sobre LME	Adecuados	Adecuados	Adecuados	Adecuados
	Conocimientos sobre ACO	Adecuados	Adecuados	Adecuados	Inadecuados (por anterioridad)
	Prácticas alimentarias	No adecuadas	No adecuadas	No adecuadas	No adecuadas
	Conductas frente a diarrea	Lactancia	Le da de comer por indicación médica	Le da de comer según indicación de la nutricionista	Le da arroz y agua de arroz
	Conducta a la anemia	Medicación y dieta	Dieta que le da la pediatra	Medicación y dieta	Medicación y dieta

**TABLA 6.** Estado de salud y atención de la niña por caso

		CASO 1	CASO 2	CASO 3	CASO 4
Niña	Edad	22 meses	46 meses	29 meses	44 meses
	Número de episodios anuales de Diarrea	3 o más	2	NS/NC	3 o más
	Concurrencia al médico durante los episodios	Sí	Sí	Sí	Sí
	Control médico mensual	Sí	Sí	No	Sí
	Medicación que recibe	Hierro + Vitaminas + Tratamiento para parásitos	No recibe medicación	Hierro + Vitaminas	Hierro + Vitaminas
	Alimentación: lactancia materna, frecuencia diaria	Sí, más de 4	Sí, 2	Dejó el pecho	Dejó el pecho
	Alimentación: mamadera	Sí	Sí	No	Sí
	Alimentación: ACO	No	No	No	No
	¿Recibe alimentación especial?	No	No	No	No

**TABLA 7.** Características socioeconómicas de cada familia por caso

		CASO 1	CASO 2	CASO 3	CASO 4
Tipo de familia		Nuclear	Nuclear	Extensa	Nuclear
Tipo de vivienda		Casa	Casa	Casa	Pieza
Hacinamiento		Sí	Sí	No	Sí
Asistencia alimentaria		PRAF	PAF + Leche	PRAF	PAF + PRAF

Los cuatro casos fueron tomados porque las niñas presentaron la coexistencia de las patologías prevenibles (anemia, desnutrición y diarrea) a repetición.

Se observaron en las madres las siguientes características comunes: Madres multíparas mayores de 25 años, sólo una madre de 23 años. Amas casa, sólo una madre trabajaba fuera del hogar a tiempo parcial. Recibían asistencia alimentaria. Poseían conocimientos adecuados sobre LME y ACO. Realizaban en general prácticas alimentarias no adecuadas. Residían en vivienda tipo casa, menos una familia que vivía en una pieza. Tres de las familias vivían en condiciones de hacinamiento.

Las niñas presentaban las siguientes características comunes: Tres episodios de diarrea en el año, sólo una niña presentó dos y otra no contesta. Control médico mensual y asistencia médica en caso de enfermedad. Tratamiento médico con indicación de hierro y vitaminas. Sólo una niña no recibía medicación por encontrarse a la espera de consulta con el médico. Dos de las niñas recibían lactancia materna (22 meses y 46 meses) Toman mamadera, menos una toma leche en taza. No recibían alimentación especial, comen los mismos alimentos que el resto de la familia.

### 3.1. Conductas que seguirían los grupos familiares ante diferentes enfermedades del niño

Frente a la aparición de fiebre en el niño, 16 madres le darían de comer dieta habitual, de las cuales la mayoría lo harían por decisión propia.

Ante un episodio de diarrea 15 de las 23 madres les darían de comer dieta terapéutica restringida según indicación del pediatra. Lo preocupante es que 8 madres no les darían de comer por decisión propia.

Frente a la aparición de vómitos en el niño, la mayoría de las madres (n=15) no le darían de comer por decisión propia, podría decirse que esto hace referencia al sentido común. Lo mismo ocurre ante el dolor abdominal, 12 madres no le darían de comer frente a este síntoma, por decisión propia.

En cuanto a si el niño tuviese anemia, todas las madres manifestaron que le darían dieta terapéutica indicada por el pediatra o nutricionista. En referencia a quien cuida al niño cuando está enfermo, en un 78,3 % (n=18) lo cuida la madre, un 13,1 % (n=3) el padre. En aquellas familias extensas, tanto la abuela como los hermanos mayores comparten el cuidado de los niños.

### **3.2. Conocimientos de la madre sobre el tiempo de Lactancia materna exclusiva y alimentación según edad**

El 52,2 % (n=12) de las madres respondieron en forma incorrecta respecto al tiempo adecuado para dar lactancia materna exclusiva, según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. El 60,8 % (n=14) de las mamás entrevistadas respondieron en forma incorrecta al consultarle sobre el momento adecuado de incorporación de las primeras papillas. El 56,5 % (n=13) de las entrevistadas contestó en forma incorrecta sobre el momento adecuado de incorporación de la carne a la alimentación de su hijo. El 34,8 % (n=8), manifestó que se debe incorporar antes de los 8 meses y un 21,7 % (n=5) (lo considera adecuado luego de los 8 meses. Sobre un total de 23 madres, un 52,2 % (n=12) de las mismas respondió en forma incorrecta, expresando que los niños deben acceder a la alimentación completa antes del año.

### **3.3 Prácticas de alimentación de los niños**

El 60,8 % de las madres al momento del estudio utilizaba mamadera para alimentar a los niños. Todas ellas utilizaban agua potable en la preparación y un 13 % manifestó que almacenaba los sobrantes de las preparaciones, para luego volver a ofrecerlo al niño. El tipo de leche utilizada se muestra en la tabla 4.

**TABLA 4.** Distribución de los niños, según tipo de leche utilizada, de la zona Sur de Gualeguaychú. Provincia de Entre Ríos. Año 2009

Tipo de leche utilizada	Frecuencia	
	n	%
Leche fluida	6	43
Leche en polvo diluida según indicaciones de la caja	7	50
Leche fluida más leche en polvo	1	7
Total	23	100

En cuanto a la higiene del biberón, un 22 % (n=5) de las madres lo higienizan luego de su uso. No se manifiesta, en ninguno de los casos, la práctica de la esterilización (hervido) de los biberones. Respecto de la edad de incorporación de otros líquidos, un 52 % (n=12) de los niños recibió otros líquidos antes de los 6 meses. Por otro lado, 47,8 % de los niños recibió alimentos sólidos antes de los 6 meses de edad. considerada una práctica inadecuada, ya que estos alimentos se deben incorporar a partir de los 6 meses.

En cuanto a los tipos de cocción de alimentos se caracterizó por los siguientes procedimientos: hervido (86 %), frito (43 %) y al horno (13 %). El procedimiento de cocción de los alimentos resulta com-

binado. Un dato a tener en cuenta es que casi la mitad de las madres utilizan como método de cocción la fritura.

En referencia a la preparación de la comida y servicio a los niños lo hacían de inmediato, considerado una práctica positiva, mientras que realizaban el consumo de sobrantes de comida hasta terminarlas en las siguientes ingestas, acompañado de la falta de refrigeración de las preparaciones culinarias entre comidas (las mismas permanecen a temperatura ambiente tanto en invierno como en verano), considerado esto una práctica negativa porque favorece el desarrollo de microorganismos perjudiciales para la salud.

La falta de refrigeración y la conservación de sobrantes a temperatura ambiente también se repite con la preparación de los biberones de los niños.

Sólo el 25 % de madres entrevistadas realizaba prácticas correctas como: el lavado de los vegetales antes de su uso, el lavado de las tablas de cortar y cuchillos luego de cada uso, y evita cortar en una misma tabla lo crudo y lo cocido.

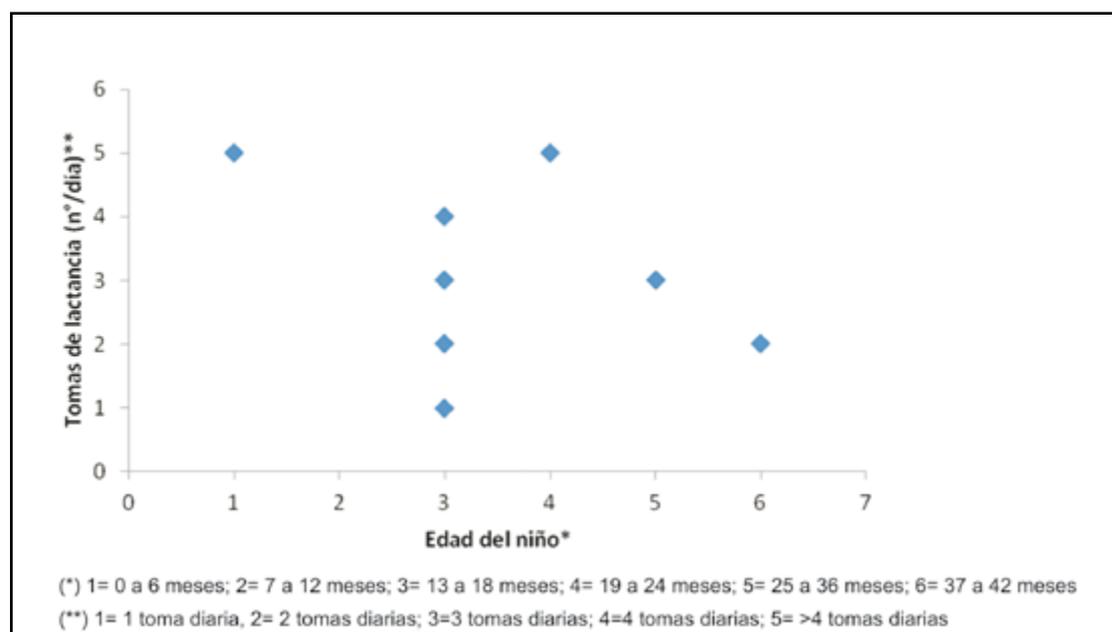
En el momento del estudio el 65 % (n=15) de los niños habían dejado de recibir lactancia materna.

Un 35 % (n=8) la recibían, en una frecuencia diaria que oscilaba entre 1 a 5 veces por día.

Según la muestra seleccionada solo un niño debería alimentarse con lactancia materna exclusiva y 9 niños debieran tomar leche materna como complemento de su alimentación.

Cabe destacar que la frecuencia adecuada de mamadas según la edad del niño es la siguiente:

Edad en meses	Número de mamadas por día
0-6	5 o +
7-12	4-5
13-18	2-3
19-24	1
25 o +	0



**GRÁFICO 2.** Distribución de los niños, según número de veces diaria en que toma el pecho, de la zona Sur de Gualeguaychú. Provincia de Entre Ríos. Año 2009

El gráfico 2 refleja que sólo se obtuvieron datos de 8 niños, de los cuales 3 según su edad se alimentan con lactancia materna en forma adecuada. El resto de los niños lo hacen inadecuadamente. Se destaca que 4 de estos últimos realizan más mamadas diarias de las que les corresponde para su edad. Esta práctica inadecuada muchas veces favorece a la aparición de anemia y desnutrición, ya que la lactancia desplaza a las comidas principales y a partir de los 6 meses la leche materna no aporta todos los nutrientes que los niños necesitan. Fundamentalmente disminuye su aporte de hierro y las calorías no son las suficientes para la edad.

En cuanto a la Cantidad, Variedad, Calidad y Tipo de la dieta del niño el 95 % de las madres expresa que los niños reciben las cuatro comidas diarias: desayuno, almuerzo, merienda y cena. Según la información obtenida de la entrevista en profundidad, los resultados dan cuenta de una dieta monótona, lo cual es coherente con lo observado y recolectado en cada uno de los grupos familiares.

## Conclusiones

Si bien el Centro de salud Juan Baggio cuenta con programas de amplia cobertura en control de salud, vacunación, y distribución de alimentación complementaria, especialmente leche en polvo, más el fomento y recuperación de las cifras de lactancia materna, se puede decir que los niveles actuales de desnutrición se han reducido en la población, no obstante sigue siendo un problema que afecta principalmente a los grupos familiares de extrema marginalidad. Se conoce que persiste aún la preocupación por cifras (hasta 10 %) aún significativas del llamado “riesgo nutricional” en grupo etario entre 6 y 24 meses, y de algunas carencias específicas, como hierro y zinc, las que pueden repercutir en deficiente talla en las edades preescolar y escolar y en otras consecuencias en el plano cognitivo (hierro).

Las familias objeto de estudio se encuentran bajo programa de suplementación y alimentación complementaria pretendiendo mejorar estas deficiencias. Por otra parte, aquellas madres con niños que presentan anemia, se les entrega hierro y multivitaminas a través del programa REMEDIAR.

Se pudo observar una correlación de patologías prevenibles (anemia, diarrea, desnutrición infantil) con factores socio-culturales y ambientales adversos, se debería, no sólo a falta de aportes de nutrientes esenciales, de cuidados suficientes, de acceso a la educación y de prácticas de alimentación sana, de vivienda adecuada, entre otros, sino también a la interacción de factores tales como la contaminación del medio y la falta de saneamiento ambiental.

Respecto de la lactancia materna exclusiva, si bien las madres refieren tener conocimientos del período de práctica de lactancia materna exclusiva, no la ofrecen al niño como deberían. Se observa que el destete precoz y la introducción inadecuada de otros alimentos en el lactante podría llevar en algunos casos a la aparición de patologías infantiles. Respecto a la edad de la madre, se observan mayores problemas de salud del niño en madres jóvenes, y no se ve influenciado por el nivel de escolaridad materna. Sin embargo, aquellas madres de más edad podrían contar con una serie de conocimientos para dar respuesta a la experiencia de una enfermedad en el niño. Por otra parte, la falta de acceso al trabajo remunerado, número de hijos, constituyen factores de riesgo asociados.

Las condiciones de vida que experimentan todos los grupos familiares son similares. Poseen conocimientos en cuanto a cuidados en salud, acceden a los servicios de salud, reciben asistencia alimentaria y social, y se replican en generaciones expuestas a condiciones de vida que limitan su realización y su sensación de bienestar.

Los grupos familiares con niños que no han presentado episodios repetidos de *diarrea* poseen estrategias *familiares* de vida, en tanto y en cuanto desarrollan prácticas protectoras, y despliegan sus saberes de cuidados en salud y alimentación con los bienes que disponen. Las madres siempre apelan a la consulta médica, el especialista deberá decir e indicar qué hacer cuando el niño no se encuentra bien,

y refieren respetar sus indicaciones. Sin embargo ello, no evita los episodios de patologías prevenibles a repetición (casos de diarrea) en sus hijos.

Mientras que los grupos familiares que presentan niños con coexistencia de patologías prevenibles y a repetición poseen conocimientos adecuados de cuidados pero no lo logran en la práctica.

Se podría decir que el modelo médico hegemónico está arraigado en la práctica institucional, y que es necesario repensar las prácticas de prevención y curación de las patologías prevenibles y prevalentes. La postura de Breilh arroja luz sobre la cuestión, quien enuncia que “es necesario proyectar acciones en el marco de la *salud* que rompan con los procesos que la destruyen e impiden la emancipación del sujeto (prevención), es de suma importancia trabajar en favor de procesos que protegen y perfeccionan el accionar humano tanto colectiva como individualmente (promoción)”

A modo de recomendaciones se podría decir:

- Si el presente estudio refleja que los grupos familiares, acuden y manifiestan respetar las indicaciones del médico sin lograr mejoras de salud,
- si la familia constituye la microestructura que más peso tiene en la constitución de las representaciones y prácticas de los sujetos respecto del proceso *salud-enfermedad-atención*,
- si las políticas alimentarias y de salud se determinan desde lo general, mientras que desde lo singular se condiciona, de modo tal que los grupos familiares ponen sus condiciones culturales, retraducen sus prácticas y transgreden lo determinado,
- es preciso entonces pensar en generar espacios de socialización para intercambiar saberes y conocimientos entre los grupos familiares sobre las cuestiones que hacen a la construcción de la salud familiar. En esta dinámica, la salud es la resultante del vínculo de los seres humanos con sus prácticas y saberes en el contexto de inserción, es necesario revisar las políticas alimentarias y de salud, de modo tal que puedan ser pensadas desde los registros alimentarios a nivel de los grupos familiares, con énfasis en sus *prácticas*.

## Bibliografía

- (1) AGUIRRE, P. 2005. *Estrategias de consumo: que comen los argentinos que comen*. Ed. Miño y Dávila. Buenos Aires, Argentina. Capítulos 1, 4 y 5.
- (2) BESTARD, J. 1998. *Parentesco y modernidad*. Ed. Paidós. Barcelona, España.
- (3) BLANCO, E.; COSTA, M.; CAMPAÑÁ, A.; CORFIELD, I.; GARCÍA, A.; ASRILEVICH, E. y col. 2006. “Comparación de dos modalidades de promoción de la seguridad alimentaria. Programa de vales nominados para la compra de alimentos”; en: Serie VIGI+A. “Promoción de la salud cardiovascular y la alimentación saludable”. Ministerio de Salud. Presidencia de la nación. Buenos Aires. Argentina.
- (4) BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. 1987. *Carta de Ottawa*. Vol.103, Número 1, Pág. 76-81. Primera Conferencia sobre la Promoción de la salud. Ottawa. Canadá
- (5) BREILH, J. 2003. *Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Lugar Editorial. Capítulo 1.
- (6) BRONFENBRENNER, U. 1987. *La ecología del desarrollo humano: Experimentos en entornos naturales y diseñados*. Ed. Paidós. Buenos Aires, Argentina. Capítulo 1.
- (7) CASTELLANOS, P. L. 1987. *Sobre el concepto de salud-enfermedad. Un punto de vista epidemiológico*. Cuadernos Médico Sociales, Nº 42. Rosario, Argentina.
- (8) CECOMET. 1997. *Manual de epidemiología comunitaria*. Gianni Tognoni Editor. Esmeraldas, Ecuador.
- (9) CONTRERAS, J. 1993. *Antropología de la alimentación*. Editorial EUDEBA. Buenos Aires, Argentina. Capítulo 1.
- (10) CONTRERAS, J. 1995. *La cultura alimentaria*. Editorial EUDEBA. Buenos Aires, Argentina. Capítulo 1.
- (11) CUADERNOS DE ANTROPOLOGÍA SOCIAL Nº 17, 2003, ISSN: 0327-3776.

- (12) DABAS, E. N. 1998. *Red de Redes*. Ed. Paidós. Buenos Aires, Argentina.
- (13) DABAS, E. N. y NAJMANOVICH, D. 1995. *Redes, el lenguaje de los vínculos. Hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil*. Ed. Paidós. Buenos Aires, Argentina. Capítulo 1.
- (14) DE ALMEIDA-FILHO, N. 1992. *Epidemiología sin números. Una introducción crítica a la ciencia de la epidemiología*, Serie PALTEX de OPS/OMS.
- (15) DOMÍNGUEZ LOSTALÓ, J. y DI NELLA, Y. 2007. *Desarrollo Humano sustentable en comunidades Vulnerables: desarrollo del Método de Clínica de la Vulnerabilidad Psicosocial desde un Programa de Trabajo Comunal Universitario (1995-2002)*. Ed. Koyatun. Buenos Aires. Argentina.
- (16) ETKIN, J. y SCHVARSTEIN, L. 1989. *Identidad de las organizaciones. Invariancia y cambio*; en: Dabas, E. N. 1998. "Red de Redes: Las prácticas de la intervención en redes sociales". Ed. Paidós. Segunda Parte.
- (17) FAJARDO ORTÍZ, G. 2004. *La expresión medicina social surgió en 1848, reemergió en la tercera década del siglo XX. ¿Qué es la medicina social en el siglo XXI?* Rev. Fac. Med. UNAM, Vol.47, N°6.
- (18) GARINE, IGOR DE. 1995. *Los aspectos socioculturales de la nutrición*; en: Contreras, Jesús. "La cultura Alimentaria". Editorial EUDEBA. Buenos Aires, Argentina.
- (19) GARROTE, N. L. 2000. *Algunas reflexiones acerca de la contribución de la antropología a la problemática de la alimentación y la salud*. Publicación científica de la Secretaría de Salud Pública Municipal. Vol. 3, N° 1 y 2. Rosario, Argentina
- (20) GARROTE, N. L. 2001. *La alimentación infantil en familias en situación de pobreza en la Ciudad de Rosario*. Tesis de Maestría. Instituto de la Salud "Juan Lazarte" "Maestría en Salud Pública".
- (21) GARROTE, N. L. 2003. *Redes alimentarias y nutrición infantil. Una reflexión acerca de la construcción de poder de las mujeres a través de las redes sociales y la protección nutricional de niños pequeños*. Cuadernos de Antropología Social 17. Instituto de ciencias Antropológicas. UBA. Buenos Aires, Argentina.
- (22) GARROTE, N. L. 1997. *Una propuesta para el estudio de la alimentación: Las estrategias alimentarias*; en: Marcelo Álvarez (comp.) "Antropología y práctica médica" Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento Latinoamericano. Buenos Aires, Argentina.
- (23) GRANADOS R. La promoción de la salud en el siglo XXI. En: Franco S. La salud pública hoy, Enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2004. p. 153-174.
- (24) GRANDA, E. 2003. *¿A qué cosa llamamos salud colectiva hoy?* Ponencia presentada en el VII Congreso Brasileño de Salud Colectiva (Brasilia).
- (25) GRASSI, E. 1998. *La familia, un objeto polémico. Cambios en la dinámica familiar y cambios de orden social*; en: Neufeld, M. R. y otros. "Antropología social y política: el mundo en movimiento". EUDEBA. Buenos Aires, Argentina.
- (26) GRASSI, E. 1999. *Localización: Antropología social y política. Hegemonía y poder: el mundo en movimiento*. ISBN 950-23-0710-0.
- (27) HELLER, A. 1994. *Sociología de la vida cotidiana*. Ed. Península. Barcelona, España.
- (28) ICMSF. 2002. *Microrganisms in food 7. Microbiological Testing in Food Safety Management*. Kluwer Academic / Plenum Publishers. New York, USA. FAO (2003). *Assuring food safety and quality – Guidelines to strengthening national food control systems*. FAO Food and Nutrition paper number 76. ISSN 0254-4725.
- (29) ICMSF. 2006. *Food control (2005) Volume 16, Issue 9, pages 775-832. Impact of Food Safety Objectives on Microbiological Food Safety Management. Proceedings of a workshop held on 9-11 April 2003*, Marseille, France.
- (30) JODELET, D. 1993. *Las representaciones sociales: Un campo en expansión*. Traducción: Alcina de Lasalle, E. Ficha de Cátedra de Antropología Médica, U.B.A. Buenos Aires, Argentina.

- (31) JODELET, D. 1984. *La representación social: fenómenos, conceptos y teoría*; en: Moscovichi, S. "Psicología social II. Pensamiento y vida social y problemas sociales". Ed. Paidós. Barcelona-Buenos Aires-México.
- (32) LAURELL, A. C. 1994. *Sobre la Concepción Biológica y Social del Proceso de Salud Enfermedad. En Lo Biológico y Lo Social*. Su articulación en la formación del personal de salud. Coordinadora María Isabel Rodríguez. Serie Desarrollo de Recursos Humanos N° 101. OPS/OMS. Washington D.C, USA.
- (33) MENÉNDEZ, E. 1992. *Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad/atención. Del teoricismo al movimiento continuo*. Cuadernos Médico Sociales N°59. Rosario, Argentina.
- (34) MENÉNDEZ, E. 1988. *Mortalidad en México. A preguntas simples, ¿sólo respuestas obvias?* Cuadernos Médico Sociales N° 46. CESS. Rosario, Argentina.
- (35) MERCER, R. 1997. *Pediatría comunitaria*; en: "Tratado de Pediatría", Segunda Edición J. Morano. Ed. Aglante. Capítulo 6. Buenos Aires, Argentina.
- (36) MCKEOWN, T. 1990. *Los orígenes de las enfermedades humanas*. Ed. Crítica. Barcelona, España.
- (37) MINUJÍN, A. y KESSLER, G. 1995. *La nueva pobreza en la Argentina*. Ed. Planeta. Capítulo 3. Buenos Aires, Argentina.
- (38) MORÍN, E. 1994. *El conocimiento del conocimiento*. Ed. Cátedra. Madrid, España.
- (39) MORÍN, E. y MOTTA, D. R. 2004. *De la condición humana a la humana condición, el desafío de la educación planetaria*. Seminario Taller "Reaprender a pensar. Introducción al pensamiento complejo". Pág.6
- (40) MYERS, R. 1993. *Los doce que sobreviven*. OPS y Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia. Colombia. Capítulos 1, 3, 6 y 7.
- (41) NAJMANOVICH, D. 2001. *Pensar la subjetividad, Utopía y Praxis Latinoamericana*.
- (42) NAJMANOVICH, D. 2001. *Del "cuerpo-máquina" al "cuerpo entramado"*. Campo Grupal. N° 30. Buenos Aires, Argentina.
- (43) OPS. 2001. *La Salud de las madres, los niños y las niñas: una apuesta por la vida*. Secretaría de atención Sanitaria. Unidad Coordinadora Ejecutora de Programas Materno Infantiles y Nutricionales. Ministerio de Salud. Buenos Aires, Argentina.
- (44) OPS. 2001. *Investigaciones Operativas sobre Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia -AIEPI-* (Serie HCT/AIEPI-27.E). Parte I, Parte III y Parte IV. Washington. EUA.
- (45) OPS/FCH/CA/05.14.E. 2005. Guía del coordinador de la Red: Cámara Junior Internacional (JCI). Acciones AIEPI en el contexto de los objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). *Salud del niño y del adolescente Salud Familiar y Comunitaria*. Washington. EUA.
- (46) OPS. 1987. *Manual de tratamiento de la Diarrea*. Serie Paltex. Capítulo III. Washington, EUA.
- (47) OPS. 2003. *Municipios y comunidades saludables: fichas temáticas de Salud para alcaldes / Perú*. Ministerio de Salud. Red de Municipios y Comunidades Saludables. Cuadernos Promoción de la Salud N° 6. Lima, Perú.
- (48) OPS. 1997. *Nutrición y alimentación infantil en los primeros años de vida*. Washington, EUA.
- (49) OPS. 2000. *Lineamientos para las metas de salud, nutrición y desarrollo para la próxima década*. V Reunión Ministerial. Jamaica.
- (50) POLLITT, E. y GORMAN K. S. 1997. *Carencias nutricionales como factores de riesgo en el desarrollo infantil*; en: "Nutrición y alimentación del niño en los primeros años de vida". Paltex.
- (51) RIZVI, N. 1988. *Proceso sociocultural y disponibilidad de alimentos en Blangadesh; en: "Carencia alimentaria. Una perspectiva antropológica"*. Ediciones del Serbal. UNESCO. Barcelona, España.
- (52) RODRIGO, A.; ORTALE, S.; SANJURJO, A.; VOJKOVIC y PIOVANI, J. 2006. *Creencias y Prácticas de crianza en familias pobres del conurbano bonaerense*. Archivo Argentino de Pediatría. 104(3):203-209. Artículo original. Buenos Aires, Argentina.
- (53) RUIZ V.; LINARES, L. M. D. 2000. *¿Desarrollo o Subdesarrollo infantil?* UNICEF.

- (54) SAMAJA, J. 1993. *Epistemología y Metodología*. Ed. Eudeba. Parte III. Buenos Aires, Argentina.
- (55) SAMAJA, J. 2004. *Epistemología de la Salud: Reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. Salud colectiva, 20. Lugar Editorial S.A. Segunda Parte.
- (56) SANTACRUZ VARELA, J. 1983. *Revista Médica del IMSS*. México.
- (57) SEN, A. 1981. *Los bienes y la gente*. Comercio Exterior. Vol.33. Nº12. México.
- (58) SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA. UNICEF. 2006. *Salud materno-infantil en cifras 2006*. Pág.19 y 29.
- (59) TESTA, M. 1997. *Pensar en Salud*. Lugar Editorial. Buenos Aires, Argentina.
- (60) TORRADO, S. 1983. *La familia como unidad de análisis en censos y encuestas de hogares*. Ediciones CEUR. Buenos Aires, Argentina.
- (61) VILLAÇA MÉNDEZ, E. 1990. *Sistemas locales de salud: una aproximación conceptual*. Cuadernos Médicos Sociales, Nº 54. Rosario, Argentina.
- (62) WELLIN, E. 1977. *Theoretical Orientations in Medical Anthropology: Continuity and Change Over the Past Half-Century*; en: "Culture, Disease and Healing. Studies in Medical Anthropology". Edited by David Landy. Macmillan Publishing Co. New York, EUA