



Mejorando los resultados de nutrición en las comunidades rurales de Monte Plata, República Dominicana

Un enfoque en niños menores de diez años y mujeres en edad fértil

Evaluación de los programas de alimentación y nutrición que implementa Batey Relief Alliance Dominicana

Monte Plata, República Dominicana
2024

Equipo Responsable

Batey Relief Alliance

Ulrick Gaillard, JD
*Fundador, Presidente y
Director Ejecutivo*

María Virtudes Berroa
Vicepresidenta Ejecutiva

Togarma Rodríguez, MD
Presidenta de la Junta Directiva

Matilde Marcial Contreras
Oficial de Proyectos

Katherine Heredia
Coordinadora Comunitaria

Gladys Trinidad
Trabajadora de Salud Comunitaria

Leydi Mieses
Trabajadora de Salud Comunitaria

Universidad de Minnesota

Zobeida Bonilla, PhD, MPH, MA
*Directora de la Maestría en Salud Pública
en Salud Materno Infantil*

Estefanía Henríquez Luthje, MD, MPH
*Egresada de la Maestría en Salud Pública
en Salud Materno Infantil*

Cassandra Mohawk, MPH
*Egresada de la Maestría en Salud Pública
en Salud Materno Infantil*

Kailee Schaberg, MPH
*Egresada de la Maestría en Salud Pública
en Salud Materno Infantil*

Contacto

bra@bateyrelief.org | 809-696-7848 o
809-540-4947 | www.bateyrelief.org

Equipo Elaborador

Reporte Final

Estefanía Henríquez Luthje,
Cassandra Mohawk, Kailee Schaberg

Diseño y Diagramación

Cassandra Mohawk

Ilustración Mapa

Estefanía Henríquez Luthje

Fotografías

Estefanía Henríquez Luthje,
Cassandra Mohawk, Kailee Schaberg

Cita Sugerida

Henríquez Luthje, E., Mohawk, C., Schaberg, K. E., Marcial Contreras, M., Berroa, M. V., Heredia, K., Trinidad, G., Mieses, L., Rodríguez, T., Gaillard, U., & Bonilla, Z. (2024). *Mejorando los resultados de nutrición en las comunidades rurales de Monte Plata, República Dominicana: Un enfoque en niños menores de diez años y mujeres en edad fértil. Evaluación de los programas de alimentación y nutrición que implementa Batey Relief Alliance Dominicana*. Batey Relief Alliance.

Contenidos

Sobre Batey Relief Alliance	1
Nota Bene	2
Resumen Ejecutivo	3
(1) Introducción	6
(2) Métodos	8
(3) Resultados	11
Variables Socioeconómicas	11
Área 1: Estado Nutricional	13
Estado Nutricional de las Mujeres	13
Estado Nutricional de los Niños y Niñas	14
Estado Nutricional en las Embarazadas	16
Consumo de Grupos de Alimentos	17
Orientación sobre Alimentación y Nutrición	20
Asistencia Alimentaria: Programa de Seguridad Alimentaria de BRA	21
Área 2: Lactancia Materna	23
Situación de la Lactancia	23
Orientación sobre Lactancia Materna	25
Uso de Fórmula Infantil en los Hospitales	27
Área 3: Suplementación con Micronutrientes	28
Suplementación con Micronutrientes en las Mujeres	28
Suplementación con Micronutrientes en los Niños y Niñas	29
Asistencia con Micronutrientes: Programa de Micronutrientes de BRA	30
Área 4: Desparasitación	31
Desparasitación en Niños y Niñas	31
Parasitosis en Niños y Niñas	33
Asistencia con Desparasitantes: Programa de Desparasitantes de BRA	33
Área 5: Otras Informaciones	34
(4) Observaciones de Campo	35
(5) Discusiones	37
(6) Recomendaciones	42
Anexos	44
Referencias	52
Agradecimientos	53

Sobre Batey Relief Alliance

Batey Relief Alliance (BRA) fue fundada en 1997 en los Estados Unidos como una organización humanitaria sin fines de lucro, con sedes en Nueva York y Santo Domingo. Durante un período de 27 años, los programas de la organización han impactado las condiciones socioeconómicas y sanitarias de más de 4.5 millones de niños y niñas, así como de sus familias, afectadas por la pobreza extrema, las enfermedades y el hambre en la región del Caribe y las Américas. Principalmente, estos programas se centran en la República Dominicana, Haití, Perú y los Estados Unidos.

En 2018, BRA cambió sus estrategias de intervención hacia el “desarrollo comunitario a través de una plataforma holística de empoderamiento de las mujeres”. Esta iniciativa ofrece capacitación y micropréstamos a mujeres y niñas, complementados con acceso a programas de salud materno infantil, nutrición, agua potable, atención primaria, atención integral a personas que viven con VIH, medicamentos, suplementos de micronutrientes y educación en salud preventiva. La experiencia de BRA en este campo de trabajo se remonta a 2009, cuando colaboró con la Agencia Estadounidense para el Desarrollo Internacional (USAID) y el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) para desarrollar programas agropecuarios cooperativos de empoderamiento económico de las mujeres, beneficiando a más de 35 mil personas en las regiones rurales de la República Dominicana y Haití.

Desde hace más de 17 años, la intervención de BRA en el área de nutrición materno infantil ha beneficiado a más de 1.2 millones de personas en comunidades vulnerables de la República Dominicana y Perú. Esto se logró mediante la entrega de 2,457.96 toneladas métricas de alimentos nutritivos donados por la USAID a través de su programa International Food Relief Partnership Title II, millones de dosis de Vitamina A, multivitamínicos y antiparasitarios donados por Vitamin Angels, así como más de 350 millones de litros de agua potable con el apoyo del programa Agua Limpia para los Niños de P&G. Además, se proporcionó educación sobre el manejo seguro del agua, saneamiento e higiene, así como sobre nutrición.



Entre sus principales contribuciones se destaca la construcción en 2006 del “Centro Médico BRA” en Batey Cinco Casas, perteneciente al Distrito Municipal Don Juan en la provincia de Monte Plata. Este centro fue el primer complejo sanitario moderno construido en un batey dominicano desde el inicio de la producción azucarera en el país en 1517. Durante una década, el centro médico proporcionó servicios integrales de salud, incluyendo atención para el VIH, medicamentos y nutrición gratuitos, beneficiando a poblaciones marginadas y en riesgo de enfermedades, y mejorando la vida de más de 350 mil personas. En 2017, BRA entregó el centro, junto con un modelo de atención sanitaria, al Ministerio de Salud Pública del país a través del Servicio Regional de Salud Metropolitano, con el objetivo de seguir cerrando la brecha en la atención sanitaria en los bateyes y otras comunidades rurales empobrecidas del país.

Otro de sus logros fue la publicación en 2021, en colaboración con el Programa de Salud Materno Infantil de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Minnesota, de un estudio sobre la inequidad en salud entre las niñas adolescentes en las zonas rurales de Monte Plata. Este estudio reveló que estas niñas faltaban entre dos y tres días de escuela al mes debido a la falta de acceso a toallas sanitarias, lo que impulsó la introducción de un proyecto de ley para eliminar los impuestos sobre los productos menstruales.

BRA es socia de la Iniciativa Global Clinton de la Fundación Clinton, una ONG acreditada ante las Naciones Unidas, gracias a su Estatus Consultivo Especial del Consejo Económico y Social, y también es una Organización Voluntaria Pública afiliada con la USAID.

Nota Bene

Este es un estudio descriptivo cuyos resultados han dado a conocer necesidades importantes sobre la salud de niños y niñas menores de diez años y mujeres en edad reproductiva en las comunidades estudiadas. Será necesario efectuar investigaciones adicionales para fortalecer los hallazgos.

Los hallazgos de este estudio contribuyen a los continuos esfuerzos que realiza el gobierno dominicano para mejorar las condiciones de las poblaciones vulnerables en esta área. Este estudio contribuye a la agenda de igualdad de género y equidad en salud que promueve Batey Relief Alliance (BRA) a través de la “Iniciativa de Empoderamiento de la Mujer BRA” lanzada en 2018. Además, está alineado con los esfuerzos de la organización para ayudar a avanzar la Agenda 2030 de la Organización de las Naciones Unidas a través de la implementación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible #3 (Salud y Bienestar), #5 (Igualdad de Género) y #17 (Alianzas para Lograr los Objetivos).

Resumen Ejecutivo

Variables Socioeconómicas

Se entrevistaron 53 hogares en Guasumita, Hoyo de Pun y Triple Ozama. Se evaluaron 55 mujeres, y se entrevistaron adultos cuidadores de niños, para la evaluación de un total de 74 niños. En la mayoría de estos hogares, ambos padres vivían juntos, las mujeres no estaban empleadas y tenían de dos a cuatro hijos, generalmente en una unión libre.

Área 1: Estado Nutricional

Estado Nutricional de las Mujeres

El promedio de IMC en mujeres fue de 28.1 kg/m², sugiriendo sobrepeso, con un 65% de ellas presentando sobrepeso u obesidad. La mayor incidencia de sobrepeso y obesidad se registró en el grupo de 30 a 39 años (82%) y en el quintil de riqueza intermedio (88%).

Estado Nutricional de los Niños y Niñas

El 82% de los niños y niñas mostró un estado nutricional adecuado, mientras que un 14% presentaba sobrepeso u obesidad. Se observó una mayor incidencia de sobrepeso y obesidad en las niñas en comparación con los niños, con un 18% de las niñas afectadas.

Estado Nutricional de las Embarazadas

El 13% de las mujeres consumió alcohol durante el embarazo. Además, el 13% reportó sobrepeso u obesidad durante su último embarazo, mientras que el 23% fue diagnosticada con bajo peso.

Orientación sobre Alimentación y Nutrición

El 54% de los cuidadores ha recibido orientación sobre alimentación y nutrición adecuadas.

Consumo de Grupos de Alimentos

En cuanto a alimentos líquidos, el 22% optó por leche, mientras que el 33% prefirió bebidas azucaradas artificiales. Respecto a alimentos sólidos o semisólidos, solo el 37% y el 18% consumió frutas y vegetales respectivamente. Solo el 11% incluyó lácteos en su dieta. El 42% optó por meriendas preempacadas. Más del 60% consumió alimentos con adición de sal y azúcar.

Asistencia Alimentaria: Programa de Seguridad Alimentaria de BRA

- Solo el 23% de los hogares tiene acceso permanente a los alimentos, mientras que el 100% está familiarizado con el Programa de Seguridad Alimentaria de BRA y el 98% ha sido beneficiario del mismo.
- Con relación a las barreras y facilidades para obtener alimentos, se resaltaron actividades como la gestión de negocios propios, como la venta de helados, empanadas y coconetes, así como la siembra de yuca, batata y cacao para su comercialización. También se mencionaron desafíos como la escasez de empleo, la baja remuneración, el alto costo de vida y las deudas. A pesar de estas dificultades, las entrevistadas expresaron satisfacción y gratitud por lo que tienen, mostrando confianza en la disponibilidad de alimentos cuando los necesiten.

Área 2: Lactancia Materna

Situación de la Lactancia

- El 97% de las mujeres amamantó a su bebé al menos una vez.
- La duración promedio de la lactancia materna fue de 12 meses.
- La lactancia materna es la norma observada y comúnmente elegida en las comunidades, impulsada por las recomendaciones del personal de salud y los beneficios evidentes para la madre y el bebé, especialmente en términos de nutrición y desarrollo adecuados.

Situación de la Lactancia Inicial

El 94% de los bebés fue amamantado al menos una vez. El 59% recibió lactancia materna dentro de la primera hora después del nacimiento, el 71% en algún momento dentro del primer día, y el 44% recibió alimentación prelactancia.

Orientación sobre Lactancia Materna

El 80% de las mujeres recibió orientación sobre lactancia materna.

Uso de Fórmula en los Hospitales

El 59% recibió fórmula infantil en hospitales sin el consentimiento de sus padres o cuidadores.

Área 3: Suplementación con Micronutrientes

Suplementación con Micronutrientes en las Mujeres

El 57% de las mujeres tomó suplementos de hierro, ácido fólico y prenatales durante más de seis meses.

Suplementación con Micronutrientes en los Niños y Niñas

El 26% de niños y niñas de 6 a 59 meses recibió suplementos de vitamina A en los últimos seis meses.

Asistencia con Micronutrientes: Programa de Micronutrientes de BRA

El 76% de los hogares está familiarizado con el Programa de Micronutrientes de BRA, y el 51% afirma ser beneficiario del mismo.

Área 4: Desparasitación

Parasitosis en Niños y Niñas

El 30% de los niños y niñas padeció parasitosis en los últimos seis meses, con una baja incidencia de parásitos visibles en las heces, representando solo el 4%.

Desparasitación en Niños y Niñas

El 71% de los niños y niñas ingirió desparasitantes en los últimos seis meses.

Asistencia con Desparasitantes: Programa de Desparasitantes de BRA

El 57% de los hogares está familiarizado con los Programas de Desparasitantes de BRA, y el 38% informó ser beneficiario de los mismos. BRA se destacó como el principal proveedor de desparasitantes.

Área 5: Otras Informaciones

El 47% de los partos documentados fueron por cesárea, con un número notablemente alto del 92% en Triple Ozama. Algunas entrevistadas también manifestaron desconocer por qué se les indicó una cesárea.

01 Introducción

La nutrición antes de la concepción, durante la gestación y en la infancia desempeña un papel fundamental en la determinación de la salud a lo largo de toda la vida (1). A pesar de las consecuencias significativas que tiene para la salud, el bienestar y el desarrollo social y económico, la malnutrición materna e infantil sigue siendo un problema crítico de salud pública a nivel mundial, especialmente en países de ingresos bajos y medianos (2). La República Dominicana no escapa a esta realidad. A pesar del crecimiento económico experimentado por el país en las últimas décadas y los esfuerzos realizados para abordar este problema mediante intervenciones nutricionales, las tasas de desnutrición en niños menores de cinco años no han mostrado cambios significativos en las últimas dos décadas (3,4). Además, se observa un aumento constante en el sobrepeso y la obesidad, tanto en la población infantil como en las mujeres en edad reproductiva (3,4).

Los bateyes, que son comunidades rurales pequeñas situadas en las proximidades de los ingenios azucareros en la República Dominicana, albergan a aproximadamente 200,000 habitantes (5). Estas comunidades surgieron en la segunda mitad del siglo XX cuando trabajadores haitianos fueron trasladados para laborar en la industria azucarera con el objetivo de reducir los costos de mano de obra. A pesar del declive de la industria azucarera, estas

comunidades persisten y se caracterizan por su aislamiento geográfico y social, extrema pobreza y limitado acceso a necesidades básicas, incluida una nutrición adecuada (6). La malnutrición afecta de manera desproporcionada a niños y mujeres en los bateyes, con los indicadores básicos de nutrición por debajo del promedio nacional (5,7,8). En el año 2013, el 2% de los niños menores de cinco años en los bateyes fue diagnosticado con desnutrición aguda y el 3% presentaba sobrepeso. En cuanto a las mujeres de 15 a 49 años, el 46% estaba afectada por el sobrepeso u obesidad (7).





Ante esta situación, Batey Relief Alliance (BRA), fundada en 1997, ha asumido la misión de abordar las necesidades socioeconómicas y de salud de las familias que residen en los bateyes. Guiada por el Objetivo de Desarrollo Sostenible No. 2, “Hambre Cero”, BRA tiene entre sus iniciativas mejorar la nutrición y la seguridad alimentaria de las familias vulnerables en los bateyes y comunidades rurales de la provincia de Monte Plata. Esto se logra a través de la provisión de alimentos nutritivos, la promoción de la producción agrícola y la distribución de suplementos de micronutrientes y de medicamentos desparasitantes. Sin embargo, BRA se enfrenta a la falta de información crucial sobre la situación nutricional en comunidades específicas como Hoyo de Pun, Guasumita y Triple Ozama, lo que dificulta la evaluación y mejora de sus programas de nutrición. Considerando lo mencionado previamente, el objetivo de este informe es describir la situación nutricional de los niños menores de diez años y mujeres en edad reproductiva en los bateyes y comunidades rurales de Monte Plata.

02 Métodos

Se realizó un estudio formativo de corte transversal en el mes de julio de 2023 en las comunidades rurales de la provincia de Monte Plata. El área de estudio comprendió las comunidades de Hoyo de Pun, Guasumita y Triple Ozama, identificadas como prioritarias por BRA.

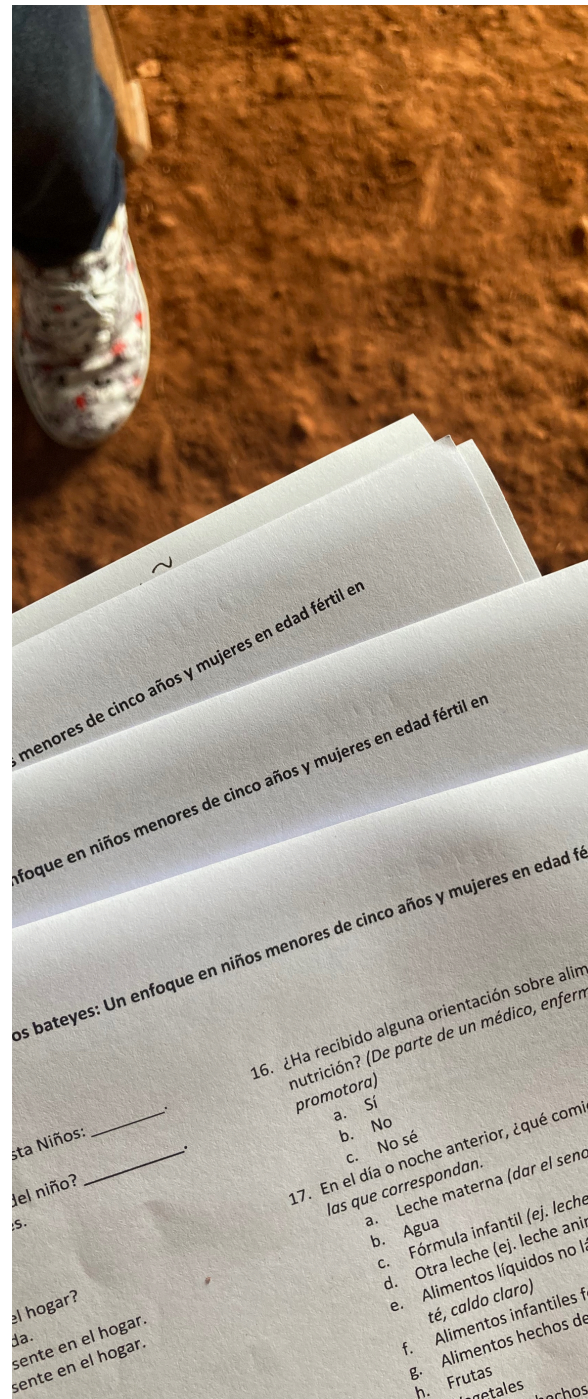
La población objeto de estudio incluyó los 201 hogares registrados en la Iniciativa de Empoderamiento de la Mujer de BRA en las comunidades mencionadas. Los criterios de elegibilidad abarcaron a adultos responsables de niños menores de 10 años y mujeres en edad reproductiva de 18 a 49 años, incluyendo embarazadas y mujeres en período de lactancia, con capacidad de responder entrevistas en español o contar con un intérprete en el hogar. Se tomó una muestra a conveniencia, considerando

cumplimiento de criterios de elegibilidad y disposición para participar. Las entrevistas fueron realizadas directamente en la comunidad por el equipo de trabajo de campo compuesto por trabajadores de salud comunitaria de BRA y estudiantes de la Universidad de Minnesota. Las entrevistas tuvieron una duración promedio de 15 minutos, y tuvieron como prioridad garantizar la privacidad y la seguridad de los participantes. Durante la recopilación de información, solo se interactuó con adultos mayores de 18 años, sin involucrar en ningún momento a niños, niñas ni adolescentes. La información relacionada con los niños y niñas se obtuvo directamente de los adultos responsables.



La recolección de datos se llevó a cabo mediante dos encuestas, una para adultos con niños y niñas a su cargo (Anexo 1) y otra para mujeres en edad reproductiva (Anexo 2). La encuesta abarcó áreas temáticas de máxima relevancia para el trabajo de BRA. Estas incluyeron el estado nutricional, que engloba antecedentes nutricionales, medidas antropométricas, conocimientos y prácticas de alimentación y seguridad alimentaria. Asimismo, se exploraron aspectos de la lactancia materna, abordando conocimientos, actitudes y prácticas. Se examinó también la suplementación con micronutrientes, evaluando el uso de vitamina A, hierro, ácido fólico y suplementos prenatales. Por último, se abordó la desparasitación. Los indicadores a evaluar fueron seleccionados por el equipo de trabajo, guiados por lo evaluado en el pasado en otras encuestas locales y las actuales prioridades de BRA de acuerdo con las necesidades de sus programas. Una versión preliminar de las encuestas fue objeto de una exhaustiva discusión por un equipo compuesto por la directiva, la Oficial de Proyectos y los trabajadores de salud comunitaria de BRA, así como los estudiantes y el profesorado de la Universidad de Minnesota. La versión preliminar consensuada se sometería a una prueba piloto en el terreno.

En el primer día de trabajo de campo, el equipo llevó a cabo una prueba piloto de ambas encuestas en La Jagua, una comunidad de Monte Plata con características similares a la población de estudio. Durante esta fase, se entrevistaron en total a tres mujeres y adultos con niños a su cargo, para un total de cinco niños evaluados. Después de la prueba piloto, se realizaron ajustes pertinentes en la redacción de las preguntas y se hicieron modificaciones en la logística de la entrevista y la toma de medidas antropométricas. Estos cambios tuvieron como objetivo mejorar la comprensión de las preguntas, agilizar el proceso y reducir el tiempo dedicado en cada hogar.



Se llevaron a cabo medidas antropométricas que abarcaron el peso y la estatura en todos los encuestados, la circunferencia braquial en aquellos mayores de seis meses hasta los cinco años, y la circunferencia cefálica en niños de hasta cinco años de edad. Para estas mediciones, se utilizaron equipos específicos, tales como la balanza de piso móvil Seca 874, el estadiómetro portátil Seca 213, el tallímetro portátil para bebés y niños pequeños Seca 210, la cinta para medir la circunferencia de la cabeza de bebés y niños pequeños Seca 212, y las cintas para la medición de la circunferencia del brazo superior (MUAC, por sus siglas en inglés) para niños y adultos de la marca AnthroFlex. Las medidas se tomaron con una precisión de 0.1 centímetros o kilogramos más cercanos. Se siguieron las medidas de higiene adecuadas al momento de tomar las medidas de los participantes. A los participantes se les solicitó que se quitaran los zapatos y que vistieran ropa ligera siempre que fuera posible. Previo al inicio del trabajo de campo, los antropometristas participaron en un taller de estandarización de medidas antropométricas con el fin de garantizar la precisión y exactitud en la toma de medidas, así como el manejo adecuado de los equipos.



Para determinar el estado nutricional de las mujeres en edad reproductiva, se calculó el índice de masa corporal ($IMC = \text{peso en kg} / [\text{estatura en m}]^2$). Para los niños y niñas menores de cinco años, se empleó el software WHOAnthro de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para calcular e interpretar la puntuación Z del indicador peso para la talla. Para aquellos de cinco a diez años, se calcularon e interpretaron los valores del IMC para la edad según los estándares de crecimiento establecidos por la OMS (9).

Antes de llevar a cabo las entrevistas, se proporcionó a los participantes una hoja de consentimiento informado, la cual fue detalladamente explicada por el equipo de trabajo de campo. Se subrayó la naturaleza voluntaria y anónima de su participación, destacando que tenían la opción de abandonar la entrevista en cualquier momento si así lo deseaban. También se enfatizó que participar en esta entrevista no afectaría su participación actual o futura en los programas de asistencia o servicios ofrecidos por BRA. En caso de aceptar participar, se les solicitó firmar la hoja de consentimiento. Dado que el estudio no tenía objetivos de investigación y sus resultados serían exclusivamente utilizados por BRA para evaluar sus programas, se determinó que el estudio estaba exento de revisión por parte del Comité de Revisión Institucional de la Universidad de Minnesota. Es importante destacar además que se pudo documentar parte de la experiencia a través de fotografías, ya que BRA contaba con el consentimiento para tomar fotografías por parte de las familias entrevistadas. Para la realización de este trabajo, también se respetaron los principios de la Declaración de Brocher sobre Ética en Salud Global (10).

Al concluir la recolección de datos, se proporcionó a BRA una breve evaluación nutricional individualizada para cada niño, niña y mujer entrevistados (Anexo 3), con el fin de abordar los hallazgos inmediatos encontrados durante el trabajo de campo. Esta evaluación incluía peso, estatura y estado nutricional (bajo peso, normal, sobrepeso u obesidad), junto con recomendaciones generales sobre nutrición y seguridad alimentaria, como pautas de alimentación, lactancia materna, desparasitación y suplementación con micronutrientes. Los trabajadores de salud comunitaria de BRA entregaron estas evaluaciones a los entrevistados, refiriéndolos adecuadamente a los centros de atención en los casos en los que se detectaron hallazgos positivos en cuanto al estado nutricional.



03 Resultados

VARIABLES SOCIOECONÓMICAS

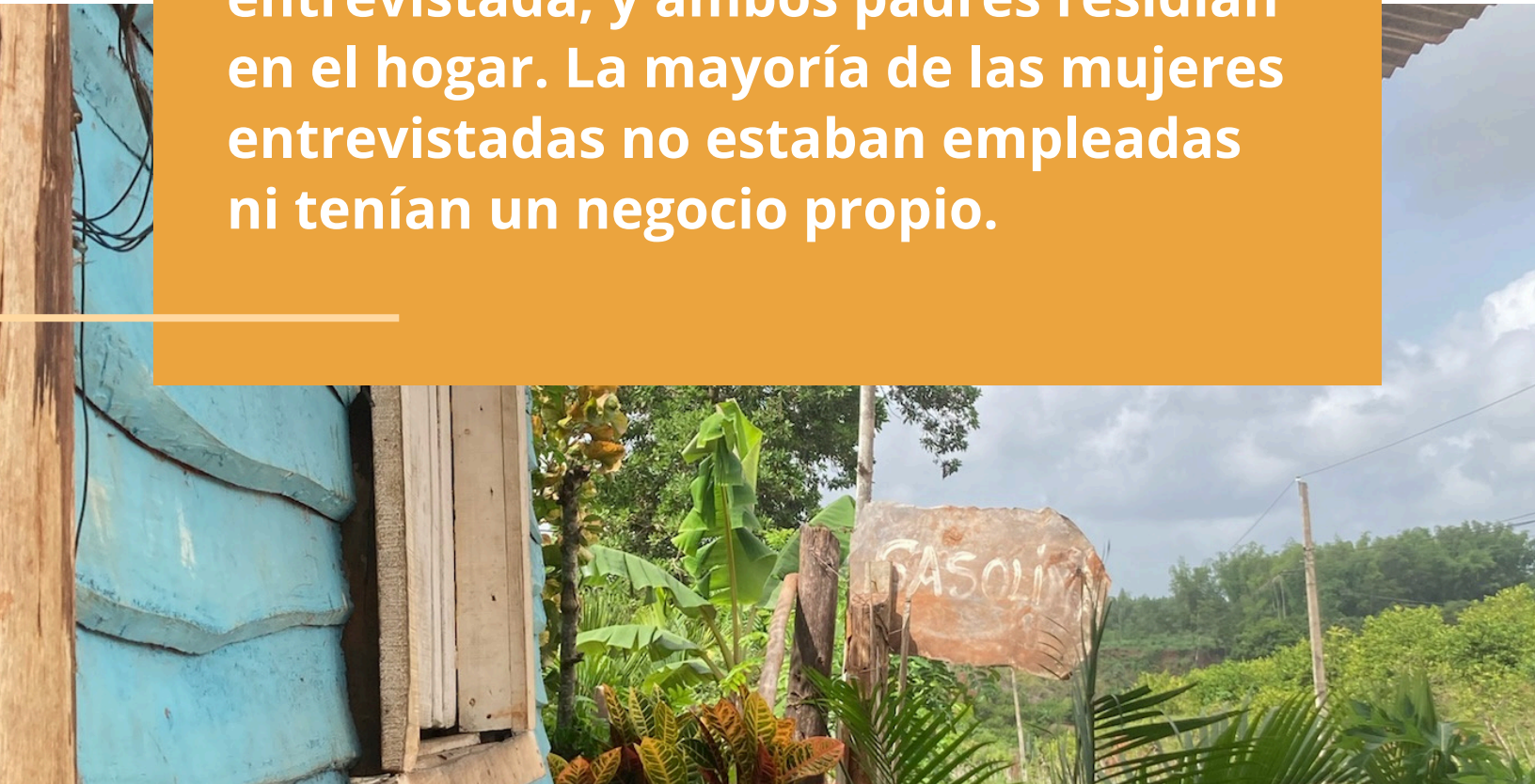
Tabla 1. Características sociodemográficas de los hogares en las comunidades rurales de Monte Plata, República Dominicana, por comunidad (N=53).

CARACTERÍSTICA	COMUNIDAD							
	Guasumita		Hoyo De Pun		Triple Ozama		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Número de Hogares Entrevistados	23	43	15	28	15	28	53	100
Situación Laboral de la Mujer								
Empleada	8	34.8	1	6.7	1	6.7	10	18.9
Tiene un negocio propio	3	13	4	26.7	2	13.4	9	17
No labora	12	52.2	10	66.7	12	80	34	64.2
Quintil de Riqueza								
Inferior	5	21.7	4	26.7	3	20	12	22.6
Segundo	5	21.7	3	20	3	20	11	20.8
Intermedio	5	21.7	2	13.3	2	13.3	9	17
Cuarto	5	21.7	3	20	4	26.7	12	22.6
Superior	3	13	3	20	3	20	9	17
Número de Niños/as en el Hogar								
0-1 niño/a	4	17.4	2	13.3	4	26.7	10	18.9
2-4 niños/as	16	69.6	9	60	11	73.3	36	67.9
5-7 niños/as	3	13	3	20	-	-	6	11.3
>8 niños/as	-	-	1	6.7	-	-	1	1.9
Estado Civil de la Mujer								
Soltera	9	39.1	4	26.7	6	40	19	35.8
Unión libre	12	52.2	9	60	9	60	30	56.6
Casada	2	8.7	2	13.3	-	-	4	7.5

Nota: Se incluyen todos los hogares entrevistados. En los hogares con más de una mujer adulta, el término "mujer" se refiere a la cabeza de familia. El número de hijos e hijas incluye a todos los niños y niñas que habitan en el hogar, independientemente de si son hijos de la misma madre o no. El quintil de riqueza se determina considerando la suma de todos los ingresos del hogar. El guión (-) indica que no se registró ningún caso.

Se entrevistó a un total de 53 hogares, distribuidos en las comunidades rurales de Guasumita, Hoyo de Pun y Triple Ozama. En estos hogares, se logró entrevistar a un total de 55 mujeres, así como a adultos responsables de niños, para un total de 77 niños evaluados. Tres de las entrevistas con adultos responsables de niños y niñas fueron descartadas debido a que no cumplían con los criterios de inclusión establecidos o porque el formulario de entrevista se encontraba significativamente incompleto, lo que resultó en un total de 74 niños y niñas incluidos en el análisis. En la mayoría de los hogares entrevistados, la madre fue la persona entrevistada, y ambos padres residían en el hogar. La mayoría de las mujeres entrevistadas no estaban empleadas ni tenían un negocio propio, destacándose el mayor número de mujeres con negocios propios en Hoyo de Pun (27%) y el mayor número de mujeres sin empleo ni negocios propios en Triple Ozama (80%). Se observó una distribución similar entre los quintiles de riqueza. La mayoría de los hogares entrevistados tenían entre dos y cuatro niños y niñas (68%). Asimismo, la mayoría de las mujeres entrevistadas se encontraban en una unión libre (57%).

En la mayoría de los hogares entrevistados, la madre fue la persona entrevistada, y ambos padres residían en el hogar. La mayoría de las mujeres entrevistadas no estaban empleadas ni tenían un negocio propio.



Área 1: Estado Nutricional

Estado Nutricional de las Mujeres

Tabla 2. Estado nutricional de mujeres de 18 a 49 años en las comunidades rurales de Monte Plata, República Dominicana (N=54).

CARACTERÍSTICA	ÍNDICE DE MASA CORPORAL						Número total de mujeres (N)
	IMC promedio	<18.5 (Total bajo peso)	18.5-24.9 (Total normal)	>25.0 (Total con sobrepeso u obesidad)	25.0-29.9 (Sobrepeso)	> 30.0 (Obesidad)	
Comunidad							
Guasumita	27.3	15	20	65	35	30	20
Hoyo de Pun	31	-	23.5	76.5	17.7	58.8	17
Triple Ozama	26.3	17.7	29.4	52.9	23.5	29.4	17
Edad							
19-29	26.1	20	32	48	24	24	25
30-39	30.4	-	17.7	82.4	29.4	52.9	17
40-49	29.2	8.3	16.7	75	25	50	12
Quintil de Riqueza							
Inferior	29.7	-	33.3	66.7	16.7	50	12
Segundo	29.9	-	30	70	20	50	10
Intermedio	28.6	12.5	-	87.5	50	37.5	8
Cuarto	24.8	27.3	18.2	54.5	36.3	18.2	11
Superior	27.9	15.4	30.8	53.8	15.4	38.4	13
Total	28.1	11.1	24.1	64.8	25.9	38.9	54

Nota: Solo se registraron las medidas del IMC para 54 mujeres. El guión (-) indica que no se registró ningún caso.

El promedio de IMC en las mujeres de 18 a 49 años entrevistadas en las tres comunidades fue de 28.1 kg/m², lo que indica un estado nutricional de sobrepeso. El 65% de las mujeres se encontraban en un estado nutricional de sobrepeso u obesidad, mientras que solo el 24% estaba dentro del rango de peso normal según el IMC. En Hoyo de Pun y Triple Ozama, la mayoría de las mujeres presentaban obesidad,

con un 59% y un 29% de las mujeres entrevistadas en estas comunidades, respectivamente. En Guasumita, la mayoría de las mujeres tenían sobrepeso (35%), seguido de obesidad (30%). La mayor proporción de sobrepeso y obesidad se observó en el grupo de edad de 30 a 39 años (82%), así como en el quintil de riqueza intermedio (88%). No se registró bajo peso en los quintiles inferior y segundo.

Estado Nutricional de los Niños y Niñas

Tabla 3. Estado nutricional de niños y niñas de 0 a 10 años en las comunidades rurales de Monte Plata, República Dominicana (N=71).

CARACTERÍSTICA	ÍNDICE DE MASA CORPORAL					Número total de niños y niñas (N)
	Bajo Peso	Normal	Total con Sobrepeso u Obesidad	Sobrepeso	Obesidad	
Comunidad						
Guasumita	-	85.7	14.4	14.3	-	28
Hoyo de Pun	9.9	76.7	13.3	-	13.3	30
Triple Ozama	-	84.6	15.4	15.4	-	13
Sexo						
Masculino	-	92.3	7.7	7.7	-	26
Femenino	6.7	75.6	17.8	8.9	8.9	45
Edad						
0-5 meses	50	50	-	-	-	2
6-11 meses	-	66.7	33.3	33.3	-	3
12-23 meses	9.1	90.9	-	-	-	11
24-59 meses	-	92.3	7.8	3.9	3.9	26
5 años-10 años	3.5	72.4	24.1	13.8	10.3	29
Quintil de Riqueza						
Inferior	-	100	-	-	-	14
Segundo	6.7	86.7	6.7	-	6.7	15
Intermedio	-	50	50	12.5	37.5	8
Cuarto	6.3	68.8	25	25	-	16
Superior	5.6	88.9	5.6	5.6	-	18
Estado Nutricional de la Madre						
Bajo peso (IMC < 18.5)	-	100	-	-	-	2
Normal (IMC 18.5-24.9)	10.5	89.5	-	-	-	19
Sobrepeso u obesidad (IMC > 25)	2.3	76.7	20.9	11.6	9.3	43
Total	4.2	81.7	14.1	8.5	5.6	71

Nota: Se registraron las medidas del IMC para 71 niños y niñas. Además, se registraron las medidas del IMC de la madre para 64 de estos niños. El guion (-) indica que no se registró ningún caso.

El 82% de los niños y niñas hasta los 10 años en las tres comunidades tuvo un estado nutricional adecuado, seguido por un 14% que presentaba sobrepeso u obesidad. Solo en Hoyo de Pun se registró bajo peso, afectando al 10% de los niños y niñas. El sobrepeso y la obesidad fueron más comunes en las niñas que en los niños, con un 18% de las niñas presentando sobrepeso y obesidad. Del mismo modo, el sobrepeso y la obesidad fueron más frecuentes en el grupo de edad de 6 a 11 meses, así como en el quintil de riqueza intermedio, este último dato similar a lo encontrado en las mujeres. Además, se observó que el 21% de las mujeres que tenían un IMC indicativo de sobrepeso u obesidad también tenían un hijo o hija con sobrepeso u obesidad.



Estado Nutricional en las Embarazadas

Tabla 4. Estado nutricional durante el último embarazo en mujeres de 18-49 años en las comunidades rurales de Monte Plata, República Dominicana (N=30).

INDICADOR. DURANTE EL ÚLTIMO EMBARAZO...	COMUNIDAD							
	Guasumita (N=15)		Hoyo De Pun (N=9)		Triple Ozama (N=6)		Total (N=30)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Tomó alcohol	1	6.7	3	33.3	-	-	4	13.3
Recibió orientación sobre alimentación y nutrición	12	80	5	55.6	3	50	20	66.7
Recibió un diagnóstico de sobrepeso u obesidad	2	13.3	-	-	2	33.3	4	13.3
Recibió un diagnóstico de bajo peso	3	20	4	44.4	-	-	7	23.3

Nota: Estos indicadores fueron preguntados únicamente a las mujeres que habían tenido un embarazo en los últimos cinco años, con respecto a su último embarazo. El guión (-) indica que no se registró ningún caso.

El 13% de las mujeres que han estado embarazadas en los últimos cinco años reportaron haber consumido alcohol durante el embarazo, con una proporción mayor en Hoyo de Pun (33%). El 67% indicó haber recibido orientación sobre la adecuada alimentación y nutrición durante el embarazo, aunque al desglosar por comunidad, se observan diferencias: 80% en Guasumita, seguido de 56% en Hoyo de Pun y 50% en Triple Ozama. Además, el 13% indicó haber recibido un diagnóstico de sobrepeso u obesidad en su último embarazo, mientras que el 23% reportó haber sido diagnosticada con bajo peso.



Consumo de Grupos de Alimentos

Tabla 5. Porcentajes de consumo de grupos de alimentos en niños y niñas de 0 a 10 años en comunidades rurales de Monte Plata, República Dominicana (N=73).

GUASUMITA						
EDAD	Líquidos					
	Leche Materna	Agua	Fórmula Infantil	Otra leche	Alimentos Líquidos No Lácteos	Bebidas Azucaradas Artificiales
0-5 meses	100	-	-	-	-	-
6-11 meses	33	100	100	-	67	-
12-23 meses	33	33	33	33	-	33
23-59 meses		77	8	15	62	38
5 años-10 años		73	9	9	45	45
Total Guasumita	43	71	19	13	48	35
HOYO DE PUN						
0-5 meses	-	100	100	-	-	-
6-11 meses	-	100	100	-	-	-
12-23 meses	-	60	20	40	60	0
23-59 meses		91	-	18	45	27
5 años-10 años		83	-	25	58	25
Total Hoyo de Pun	-	83	10	23	50	20
TRIPLE OZAMA						
0-5 meses	100	-	-	-	-	-
6-11 meses	-	-	-	-	-	-
12-23 meses	-	100	33	67	-	67
23-59 meses		100	50	50	50	50
5 años-10 años		100	0	33	17	67
Total Triple Ozama	25	92	17	42	17	58
Total	22	79	15	22	44	33

Nota: El consumo de grupos de alimentos se registró a través de un recuento de las últimas 24 horas, proporcionado por el adulto a cargo de responder la entrevista. No se pudo obtener el recuento para uno de los niños. Es importante señalar que el consumo de leche materna solo se contabilizó para los niños y niñas de entre 0 y 23 meses de edad. El guión (-) indica que no se registró ningún caso.

Consumo de Grupos de Alimentos

Tabla 5. Continuación

GUASUMITA															
EDAD	Alimentos sólidos o semisólidos											Número de Niños/Niñas			
	Alimentos Fortificados	Alimentos Hechos de Granos	Frutas	Vegetales	Alimentos Hechos de Raíces y Tubérculos	Alimentos Hechos de Legumbres y Nueces	Carnes, Pescados, Aves de corral y Vísceras	Huevos	Productos Lácteos	Meriendas de Funditas	Azúcar Añadida a Alimentos		Sal Añadida a Alimentos	Dulces	Frituras
0-5 meses	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
6-11 meses	-	67	67	67	33	0	33	67	-	-	67	67	33	-	3
12-23 meses	-	100	33	0	33	67	33	33	-	-	33	67	33	-	3
23-59 meses	8	77	38	15	38	38	77	54	-	62	69	54	38	-	13
5 años-10 años	-	100	27	18	45	45	55	18	18	73	45	64	18	9	11
Total Guasumita	3	84	35	19	39	39	58	39	6	52	55	58	29	3	31
HOYO DE PUN															
0-5 meses	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
6-11 meses	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
12-23 meses	-	60	20	40	40	60	20	40	20	20	60	60	20	-	5
23-59 meses	-	100	55	18	45	55	64	55	-	36	73	91	27	9	11
5 años-10 años	-	92	58	8	42	50	92	33	17	25	83	67	33	17	12
Total Hoyo de Pun	-	83	47	17	40	50	63	40	10	27	70	70	27	10	30
TRIPLE OZAMA															
0-5 meses	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
6-11 meses	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12-23 meses	33	67	-	-	33	33	33	67	-	67	33	100	-	33	3
23-59 meses	50	100	50	-	50	50	50	100	50	50	100	50	50	100	2
5 años-10 años	17	100	17	33	67	50	67	83	33	67	50	83	50	83	6
Total Triple Ozama	25	83	17	17	50	42	50	75	25	58	50	75	33	67	12
Total	5	84	37	18	41	44	59	45	11	42	60	66	29	16	73

Consumo de Alimentos Líquidos en Niños y Niñas

El 22% de los niños y niñas mencionaron consumir leche, siendo este porcentaje mayor en Triple Ozama (42%). Además, el 44% reportó consumir algún alimento líquido no lácteo, como la sopa, y el 33% señaló consumir bebidas azucaradas artificiales, como refrescos y jugos. Se observó que el mayor consumo de estas últimas se registró en Triple Ozama, donde el 58% de los niños y niñas las consumieron. Cabe mencionar que el consumo de leche materna y fórmula infantil se abordará en otras secciones.

Consumo de Alimentos Sólidos o Semisólidos en Niños y Niñas

En cuanto a los alimentos a base de granos, como el arroz, el 84% de los encuestados afirmó el consumo de este tipo de alimentos. Respecto a las frutas y vegetales, se observó que el 37% y el 18% de los niños y niñas participantes en el programa las consumieron, respectivamente, en las tres comunidades estudiadas. Hoyo de Pun registró el mayor consumo de frutas (47%), mientras que Triple Ozama mostró el más bajo (17%). En cuanto a los vegetales, Guasumita presentó el mayor consumo (19%), mientras que Hoyo de Pun y Triple Ozama tuvieron el más bajo, con un 17% en cada comunidad. El 41% de los niños y niñas en ambas comunidades consumían alimentos elaborados con raíces y tubérculos, y un 44% indicó consumir alimentos a base de legumbres (incluyendo habichuelas) y nueces. Con relación a las carnes, pescados, aves de corral y vísceras, el 59% de los entrevistados reportó su consumo, mientras que el 45% consumió huevos. El consumo de lácteos fue menor, con solo un 11% de los niños y niñas reportándolo, siendo mayor en Triple Ozama, con un 25%. En cuanto a las meriendas pre-empacadas, el 42% de los niños y niñas las consumieron, siendo Triple Ozama la comunidad con mayor índice (58%), seguida de Guasumita (52%) y Hoyo de Pun (25%). Más del 60% de los entrevistados consumen alimentos a los que se les agrega sal (66%) y azúcar (60%) de mesa. Por último, el 29% de los niños y niñas consumen dulces de diversos tipos, incluyendo galletas y bizcochos, y el 16% consumen frituras, destacando un mayor consumo en Triple Ozama, con el 67% de los niños y niñas.



Orientación sobre Alimentación y Nutrición

Tabla 6. Cuidadores de niños y niñas de 0 a 10 años en las comunidades rurales de Monte Plata, República Dominicana con orientación sobre alimentación y nutrición (N=74).

INDICADOR	COMUNIDAD							
	Guasumita (N=31)		Hoyo De Pun (N=30)		Triple Ozama (N=13)		Total (N=74)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Niños y niñas con cuidadores que han recibido orientación sobre alimentación y nutrición	20	64.5	15	50	5	38.5	40	54.1

Un 54% de los cuidadores ha recibido orientación sobre la adecuada alimentación y nutrición de sus niños y niñas de entre 0 y 10 años de edad.

Asistencia Alimentaria: Programa de Seguridad Alimentaria de BRA

Tabla 7. Seguridad alimentaria en los hogares de las comunidades rurales de Monte Plata, República Dominicana (N=53).

INDICADOR	COMUNIDAD							
	Guasumita (N=23)		Hoyo De Pun (N=15)		Triple Ozama (N=15)		Total (N=53)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Hogares con acceso permanente a alimentos	2	8.7	7	46.7	3	20	12	22.6
Hogares que han recibido asistencia alimentaria	14	60.9	8	53.3	13	86.7	35	66
Hogares informados sobre el Programa de Seguridad Alimentaria de BRA	23	100	15	100	15	100	53	100
Hogares que reciben beneficios del Programa de Seguridad Alimentaria de BRA	23	100	15	100	14	93.3	52	98.1



Únicamente el 23% de los hogares tiene acceso permanente a los alimentos que necesitan, con porcentajes marcadamente diferentes en cada comunidad: 9% en Guasumita, 47% en Hoyo de Pun y 20% en Triple Ozama. El 66% de los hogares reporta haber recibido algún tipo de asistencia alimentaria. Además, al preguntar específicamente sobre el Programa de Seguridad Alimentaria de BRA, el 100% afirmó conocerlo y el 98% indicó ser beneficiario.

Acceso a alimentos: facilidades y barreras en los hogares de las comunidades rurales de Monte Plata, República Dominicana

Al consultar en cada uno de los hogares sobre las fuentes de asistencia alimentaria, la mayoría de las entrevistadas manifestó haber recibido apoyo de BRA y también beneficios de subsidios sociales gubernamentales, concretamente a través de tarjetas como la Tarjeta Supérate y la Tarjeta de Incentivos Especiales. En menor medida, también se mencionó la recepción de ayuda por parte de las iglesias católicas y evangélicas.

Al explorar las facilidades que las entrevistadas identifican para obtener alimentos, además de las mencionadas anteriormente, compartieron las diversas fuentes de ingresos económicos que tienen para la compra de alimentos. Se destacaron aspectos como la gestión de negocios propios, resaltando la creación y venta de helados, empanadas y coconetes, seguido por la siembra de yuca, batata y cacao para su comercialización. Otras facilidades mencionadas incluyen el apoyo de familiares, como la pareja, los padres y los hijos, así como la manutención proporcionada por los padres de los hijos. Algunas entrevistadas también indicaron recurrir al trabajo doméstico y a otras ocupaciones informales.

En cuanto a las barreras para obtener alimentos, se subrayó el aspecto económico y los desafíos que enfrentan. Se comentaron aspectos como la falta de puntualidad en el sueldo o la manutención de los hijos, así como la irregularidad en la entrega de subsidios sociales por parte del gobierno. También se mencionaron la escasez de trabajo, la baja remuneración, el elevado costo de vida y las deudas en diversas ocasiones. Un número significativo de mujeres destacó la sobrecarga en su rol de cuidadoras, ya sea de los hijos, los adultos mayores u otros seres queridos en necesidad de cuidado, incluso padeciendo alguna enfermedad propia.

Es importante señalar que, a pesar de estas limitaciones, fue común escuchar que las entrevistadas se sienten conformes y agradecidas por lo que poseen. Además, expresaron su confianza en que los alimentos aparecerán en el momento que los necesiten.

Área 2: Lactancia Materna

Situación de la Lactancia

Tabla 8. Prácticas de lactancia materna entre mujeres de 18 a 49 años en las comunidades rurales de Monte Plata, República Dominicana (N=30).

INDICADOR	COMUNIDAD							
	Guasumita (N=15)		Hoyo De Pun (N=9)		Triple Ozama (N=6)		Total (N=30)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Alguna vez lactó	14	93.3	9	100	6	100	29	96.7

Nota: Estos indicadores fueron preguntados únicamente a las mujeres que habían tenido un embarazo en los últimos cinco años, con respecto a su último embarazo.

De las 30 mujeres entrevistadas que habían tenido un embarazo en los últimos cinco años, solo una indicó que nunca había amamantado a su bebé. En los casos de los niños que fueron amamantados, la duración promedio fue de 12 meses, con un rango que variaba entre un mes y 36 meses.

Tabla 9. Situación de la lactancia por edad en niños y niñas de 0 a 24 meses en las comunidades rurales de Monte Plata, República Dominicana (N=18).

EDAD EN MESES	SITUACIÓN DE LA LACTANCIA										
	No está lactando	Lactancia exclusiva	Lacta y consume solamente agua	Lacta y consume líquidos no lácteos	Lacta y consume otra leche (incluye fórmula)	Lacta y consume alimentos complementarios	No sabe, sin información	Total	Porcentaje lactando actualmente	Porcentaje alimentado con biberón	Número total de niños y niñas
0 - 5	33.3	66.7	-	-	-	-	-	100	66.7	66.7	3
6 - 23	86.7	-	6.7	-	6.7	-	-	100	13.4	86.7	15

Nota: Estos indicadores se preguntaron únicamente para niños nacidos en los últimos 24 meses. Se midió la lactancia materna y su situación a través de un recuento de las últimas 24 horas, proporcionado por el adulto a cargo de responder la entrevista. El guión (-) indica que no se registró ningún caso.

El 67% de los niños y niñas de 0 a 5 meses recibe lactancia materna exclusiva. Después de los seis meses, sólo el 13% continúa siendo amamantado. De este 13%, es importante mencionar que se reportó que no habían iniciado la alimentación complementaria, ya que además de la leche materna, solo estaban consumiendo agua o fórmula infantil. El uso de biberón aumentó con la edad, siendo utilizado por el 67% de los niños y niñas de 0 a 5 meses y por el 87% de los niños y niñas de 6 a 23 meses.

Tabla 10. Situación de la lactancia inicial por edad en niños y niñas de 0 a 24 meses en las comunidades rurales de Monte Plata, República Dominicana (N=17).

CARACTERÍSTICA	SITUACIÓN DE LA LACTANCIA INICIAL					
	Entre los últimos nacidos vivos en los últimos dos años:				Entre los últimos nacidos vivos en los últimos dos años que alguna vez recibieron lactancia:	
	Porcentaje que alguna vez lactó	Porcentaje que empezó la lactancia dentro de la primera hora de nacido	Porcentaje que empezó la lactancia durante el primer día de nacido	Número de últimos nacidos vivos	Porcentaje que recibieron alimentación prelactancia	Número de últimos nacimientos que fueron amamantados
Sexo						
Masculino	100	40	60	5	60	5
Femenino	91.7	66.7	75	12	33.3	11
Quintil de Riqueza						
Inferior	100	50	75	4	25	4
Segundo	100	66.7	100	3	33.3	3
Intermedio	100	100	100	1	-	1
Cuarto	66.7	66.7	66.7	3	-	2
Superior	100	50	50	6	83.3	6
Total	94.1	58.8	70.6	17	43.8	16

Nota: Estos indicadores se preguntaron únicamente para niños nacidos en los últimos 24 meses, que vivieran con su madre y fueran el menor de sus hogares. El guión (-) indica que no se registró ningún caso.



Entre los niños y niñas nacidos en los últimos 24 meses, el 94% fue amamantado al menos una vez. El 59% recibió lactancia materna dentro de la primera hora de nacido, seguido por un 71% que comenzó la lactancia en algún momento durante el primer día de vida. Ambos indicadores fueron menos comunes en los quintiles de riqueza cuarto y superior, y también menos comunes en los niños que en las niñas. Entre aquellos amamantados, el 44% recibió algún otro alimento, como fórmula u otro alimento líquido o semisólido, antes de ser amamantados, siendo esta práctica más común en niños que en niñas y en el quintil de riqueza superior.

Orientación sobre Lactancia Materna

Tabla 11. Mujeres de 18 a 49 años en las comunidades rurales de Monte Plata, República Dominicana con orientación sobre lactancia materna (N=30).

INDICADOR	COMUNIDAD							
	Guasumita (N=15)		Hoyo De Pun (N=9)		Triple Ozama (N=6)		Total (N=30)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Mujeres que han recibido orientación sobre lactancia materna	12	80	8	88.9	4	66.7	24	80

Nota: Estos indicadores fueron preguntados únicamente a las mujeres que habían tenido un embarazo en los últimos cinco años, con respecto a su último embarazo.

Cuatro de cada cinco mujeres que habían tenido un embarazo en los últimos cinco años recibieron asesoramiento sobre la lactancia materna.

Motivaciones para amamantar en mujeres de 18 a 49 años que han estado embarazadas en los últimos cinco años en comunidades rurales de Monte Plata, República Dominicana

Al explorar las razones por las cuales las mujeres de entre 18 y 49 años, que han estado embarazadas en los últimos cinco años, optaron por amamantar a sus bebés, se observó que la práctica de la lactancia materna es considerada la norma. Esta elección es común en las comunidades, impulsada tanto por las recomendaciones del personal de salud como por los beneficios evidentes tanto para la madre como para el bebé, destacando especialmente su contribución a una nutrición y desarrollo adecuados. En una instancia específica, una mujer mencionó haber tomado la decisión de amamantar debido a la limitación de recursos para adquirir fórmula infantil.

En el único caso en el que no se llevó a cabo la lactancia materna, se señaló que la falta de producción de leche materna fue un factor determinante en la elección, y también se mencionó que el lactante rechazó la leche materna, lo cual influyó en la decisión de no practicar la lactancia.

Las oportunidades más frecuentes de asesoramiento sobre la lactancia materna incluyeron las charlas informativas organizadas por BRA, así como charlas en lugares como el Hospital Provincial de Monte Plata Dr. Ángel Contreras Mejía, el Centro de Diagnóstico y Primer Nivel de Atención Don Juan, el Hospital Municipal de Yamasá y el Centro de Primer Nivel de Atención Cinco Casa.

Las mujeres entrevistadas compartieron la importancia que atribuyen a la lactancia materna, destacando su capacidad para proporcionar los nutrientes esenciales que contribuyen al crecimiento y desarrollo adecuados de los lactantes. También señalaron los beneficios gastrointestinales y la protección contra enfermedades, destacando además los beneficios para la salud de la madre.

Uso de Fórmula Infantil en los Hospitales

Tabla 12. Consentimiento para el uso de fórmula infantil en hospitales en los niños y niñas nacidos en los últimos 24 meses en las comunidades rurales de Monte Plata, República Dominicana (N=17).

INDICADOR	COMUNIDAD							
	Guasumita (N=7)		Hoyo De Pun (N=6)		Triple Ozama (N=4)		Total (N=17)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Consentimiento para uso de fórmula en el hospital	3	42.9	2	33.3	2	50	7	41.2

Nota: Estos indicadores se preguntaron únicamente para niños nacidos en los últimos 24 meses, que vivieran con su madre. Solo se registraron respuestas para 17 niños.

Entre los niños y niñas nacidos en los últimos 24 meses, el 59% recibió fórmula infantil en los hospitales sin el consentimiento de sus padres o cuidadores.



Área 3: Suplementación con Micronutrientes

Suplementación con Micronutrientes en las Mujeres

Tabla 13. Ingesta de micronutrientes entre mujeres de 18 a 49 años en las comunidades rurales de Monte Plata, República Dominicana (N=30).

CARACTERÍSTICA	Número de días que la mujer tomó hierro y ácido fólico durante el embarazo de su último nacimiento				Número de días que la mujer tomó suplementos prenatales durante el embarazo de su último nacimiento					Número de Mujeres (N)
	0 - 3	3 - 6	> 6 meses	Total	0 - 3	3 - 6	> 6 meses	No Sabe	Total	
Comunidad										
Guasumita	6.7	26.7	66.7	100	6.7	20	66.7	6.7	100	15
Hoyo de Pun	44.4	11.1	44.4	100	33.3	11.1	55.6	-	100	9
Triple Ozama	-	50	50	100	-	66.7	33.3	-	100	6
Edad										
20-29	16.7	27.8	55.6	100	11.1	22.2	61.1	5.6	100	18
30-39	18.2	18.2	63.6	100	18.2	27.3	54.5	-	100	11
40-49	-	-	-	100	-	100	-	-	100	1
Quintil de Riqueza										
Inferior	11.1	11.1	77.8	100	11.1	22.2	66.7	-	100	9
Segundo	25	25	50	100	25	25	50	-	100	4
Intermedio	25	25	50	100	25	25	50	-	100	4
Cuarto	12.5	50	37.5	100	12.5	37.5	37.5	12.5	100	8
Superior	20	20	60	100	-	20	80	-	100	5
Total	16.7	26.7	56.7	100	13.3	26.7	56.7	3.3	100	30

Nota: Estos indicadores fueron preguntados únicamente a las mujeres que habían tenido un embarazo en los últimos cinco años, con respecto a su último embarazo. El guión (-) indica que no se registró ningún caso.

Entre las mujeres de 18 a 49 años que habían tenido un embarazo en los últimos cinco años, el 57% tomó suplementos de hierro y ácido fólico por más de seis meses, así como suplementos prenatales. Esta práctica fue más común en Guasumita en comparación con otras comunidades, así como en los quintiles inferior y superior de riqueza.



Suplementación con Micronutrientes en los Niños y Niñas

Tabla 14. Ingesta de micronutrientes entre los niños y niñas de 0 a 59 meses en las comunidades rurales de Monte Plata, República Dominicana (N=42).

CARACTERÍSTICA	Porcentaje que recibió suplementos de vitamina A en los últimos 6 meses	Número total de niños y niñas (N=42)
Edad en Meses		
06 - 08	-	2
09 - 11	-	2
12 - 17	25	4
18 - 23	57.1	7
24 - 35	22.2	9
36 - 47	20	10
48 - 59	25	8
Sexo		
Masculino	18.8	16
Femenino	30.7	26
Edad de la Madre		
15-19	-	1
20-29	22.6	31
30-39	44.4	9
40-49	-	1
Comunidad		
Guasumita	31.6	19
Hoyo de Pun	17.7	17
Triple Ozama	33.3	6
Educación de la Madre		
Primaria 1-4	66.7	3
Primaria 4-8	-	8
Secundaria	28.6	28
Superior	33.3	3
Quintil de Riqueza		
Inferior	33.3	9
Segundo	66.7	6
Intermedio	-	5
Cuarto	9.1	11
Superior	27.3	11
Total	26.2	42

Nota: La suplementación con vitamina A está destinada a niños y niñas de entre 6 y 59 meses de edad. El guión (-) indica que no se registró ningún caso.

El 26% de los niños y niñas de entre 6 y 59 meses recibió suplementos de vitamina A en los últimos seis meses. Esta práctica fue más común entre los niños y niñas de 18 a 23 meses, así como en las niñas en comparación con los niños. También se observó una mayor frecuencia en hijos e hijas de madres de entre 30 y 39 años, con educación primaria entre los niveles primero y cuarto, y en el segundo quintil de riqueza. La suplementación con vitamina A fue menos frecuente en Hoyo de Pun en comparación con las comunidades de Guasumita y Triple Ozama.

Asistencia con Micronutrientes: Programa de Micronutrientes de BRA

Tabla 15. Obtención de micronutrientes en los hogares de las comunidades rurales de Monte Plata, República Dominicana (N=53).

INDICADOR	COMUNIDAD							
	Guasumita (N=23)		Hoyo De Pun (N=15)		Triple Ozama (N=15)		Total (N=53)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Hogares que han recibido asistencia para obtener micronutrientes	9	39.1	6	40	1	6.7	16	30.2
Hogares informados sobre el Programa de Micronutrientes de BRA	19	82.6	13	86.7	8	53.3	40	75.5
Hogares que reciben beneficios del Programa de Micronutrientes de BRA	12	52.2	9	60	6	40	27	50.9

El 76% de los hogares indicó conocer el Programa de Micronutrientes de BRA, mientras que el 51% afirmó ser beneficiario del mismo. Contradictoriamente, solo el 30% de los hogares reportó recibir algún tipo de asistencia para obtener micronutrientes para las mujeres y los niños y niñas. En comparación con las otras dos comunidades, en Triple Ozama una proporción menor conocía y se beneficiaba del Programa de Micronutrientes de BRA.

Fuentes de micronutrientes en los hogares de las comunidades rurales de Monte Plata, República Dominicana

BRA se destacó como el principal proveedor de suplementos de micronutrientes. En circunstancias específicas, se mencionó que los familiares, líderes comunitarios, otras organizaciones no gubernamentales y el Centro de Diagnóstico y de Primer Nivel de Atención Don Juan también suministraban micronutrientes.

Área 4: Desparasitación

Desparasitación en Niños y Niñas

Tabla 16. Ingesta de desparasitantes entre los niños y niñas de 18 a 59 meses en las comunidades rurales de Monte Plata, República Dominicana (N=34).

	Porcentaje que recibió un medicamento para prevenir o tratar los parásitos en los últimos 6 meses	Número total de niños y niñas (N=34)
Edad en Meses		
18 - 23	71.4	7
24 - 35	66.7	9
36 - 47	60	10
48 - 59	87.5	7
Sexo		
Femenino	85.7	21
Masculino	46.2	13
Edad de la Madre		
15-19	100	1
20-29	84	25
30-39	28.6	7
40-49	-	1
Comunidad		
Guasumita	60	15
Hoyo de Pun	85.7	14
Triple Ozama	60	5
Educación de la Madre		
Primaria 1-4	33	3
Primaria 4-8	100	6
Secundaria	69.6	23
Superior	50	2
Quintil de Riqueza		
Inferior	66.7	6
Segundo	80	5
Intermedio	50	4
Cuarto	70	10
Superior	77.8	9
Total	70.6	34

Nota: La ingesta de desparasitantes está destinada a niños y niñas de entre 18 y 59 meses de edad. El guión (-) indica que no se registró ningún caso.



El 71% de los niños y niñas entre 18 y 59 meses ingirió algún desparasitante en los últimos seis meses. Esta práctica fue más común entre los niños y niñas de 48 a 59 meses, especialmente en las niñas. Además, se observó una mayor frecuencia en la comunidad de Hoyo de Pun, así como en madres menores de 30 años con educación primaria entre el cuarto y el octavo nivel, y en los quintiles de riqueza segundo y superior.

Fuentes de desparasitantes en los hogares de las comunidades rurales de Monte Plata, República Dominicana

BRA se destacó como el principal proveedor de desparasitantes. En casos puntuales, también se mencionó la obtención de desparasitantes en el Centro de Diagnóstico y de Primer Nivel de Atención Don Juan, en el Centro de Primer Nivel de Atención de Sabana de Payabo y en las escuelas.

Parasitosis en Niños y Niñas

Tabla 17. Parasitosis en los niños y niñas de 0 a 10 años en las comunidades rurales de Monte Plata, República Dominicana (N=74).

INDICADOR	COMUNIDAD							
	Guasumita (N=31)		Hoyo De Pun (N=30)		Triple Ozama (N=13)		Total (N=74)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Episodio de diarrea causada por parásitos u otra enfermedad parasitaria								
Sí, en la última semana	8	25.8	4	13.3	1	7.7	13	17.6
Sí, en los últimos tres meses	2	6.5	5	16.7	1	7.7	8	10.8
Sí, en los últimos seis meses	-	-	1	3.3	-	-	1	1.4
Total	10	32.3	10	33.3	2	15.4	22	29.7
Presencia de parásitos visibles en las heces								
Sí, en los últimos tres meses	2	6.5	-	-	-	-	2	2.7
Sí, en los últimos seis meses	-	-	1	3.3	-	-	1	1.4
Total	2	6.5	1	3.3	-	-	3	4.1

Nota: El guión (-) indica que no se registró ningún caso.

El 30% de los niños y niñas sufrió de parasitosis en los últimos seis meses, siendo los números más bajos reportados en Triple Ozama. La presencia de parásitos visibles a simple vista en las heces fue baja, representando solo el 4%.

Asistencia con Desparasitantes: Programa de Desparasitantes de BRA

Tabla 18. Obtención de desparasitantes en los hogares de las comunidades rurales de Monte Plata, República Dominicana (N=37).

INDICADOR	COMUNIDAD							
	Guasumita (N=18)		Hoyo De Pun (N=12)		Triple Ozama (N=7)		Total (N=37)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Hogares que han recibido asistencia para obtener desparasitantes	11	61.1	4	33.3	1	14.3	16	43.2
Hogares informados sobre el Programa de Desparasitantes de BRA	12	66.7	8	66.7	1	14.3	21	56.8
Hogares que reciben beneficios del Programa de Desparasitantes de BRA	8	44.5	6	50	-	-	14	37.8

Nota: Se consideraron únicamente los hogares cuyos cuidadores indicaron que sus niños y niñas ingerían desparasitantes. El guión (-) indica que no se registró ningún caso.

El 43% de los hogares indicó recibir algún tipo de asistencia para obtener desparasitantes. De estos, el 57% conoce los Programas de Desparasitantes de BRA, mientras que el 38% reportó ser beneficiario de los mismos. Sin embargo, en Triple Ozama, solo el 14% de los hogares conoce los Programas de Desparasitantes de BRA y ningún hogar reportó ser beneficiario.

Área 5: Otras Informaciones

Tabla 19. Tipo de parto en las madres de los niños y niñas de 0 a 10 años en las comunidades rurales de Monte Plata, República Dominicana (N=74).

INDICADOR	COMUNIDAD							
	Guasumita (N=31)		Hoyo De Pun (N=30)		Triple Ozama (N=13)		Total (N=74)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Tipo de Parto								
Parto Vaginal	18	58.1	20	66.6	1	7.7	39	52.7
Cesárea	13	41.9	10	33.3	12	92.3	35	47.3

El 47% de los partos documentados ocurrió por cesárea, siendo este número notablemente alto en Triple Ozama, donde alcanzó el 92%.



04 Observaciones de Campo

Se evidenció una notable abundancia de alimentos en las comunidades visitadas. La amplia variedad de cultivos de frutas y vegetales que rodeaban los hogares era evidente: guayabas, naranjas agrias, carambolas, limoncillos, cacao, auyamas, limones, lechosas, guanábanas, aguacates, cerezas, mangos, entre otros. Asimismo, era común avistar pollos, gallinas y cerdos correteando en los alrededores. Los alimentos que no estaban disponibles en los cultivos propios o de los vecinos y allegados podían ser adquiridos en los atrapacheles, nombre dado a las casetas y otros establecimientos de la comunidad donde se vendían principalmente frutas, vegetales, víveres y tubérculos. También se disponía de camionetas mercaderas o plataneras, donde se comercializaban estos mismos productos, así como de camionetas específicas para la venta de leche, pollo, huevos e incluso pasteles en hoja. Los colmados también representaban una fuente común de alimentos. En las viviendas, se podía apreciar en las cocinas la presencia del alimento fortificado Harvest Lentil Pro, proporcionado por BRA en colaboración con la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Además, se observó que el gobierno, a través del Instituto Nacional de Bienestar Estudiantil, distribuía preparados lácteos fortificados.





A pesar de la abundancia de alimentos en la comunidad, era frecuente encontrar hogares que reportaban no tener qué comer, sin poder brindar desayuno a su familia, sino hasta después de salir en búsqueda de los medios para adquirir los alimentos del día. De hecho, algunas personas se mostraban emocionales al hablar sobre las barreras que les impedían obtener alimentos. En el caso de una joven madre de dos hijas, una en edad escolar y otra menor de un año, ella comentó entre lágrimas que no tenía los recursos para comprar alimentos para su familia. Había sido apenas días antes que había conseguido un empleo doméstico, donde ganaría cerca de RD\$5,000 (aproximadamente US\$85). Además, tampoco sabía con certeza qué comía su hija más pequeña, ya que mientras realizaba el trabajo doméstico, la dejaba al cuidado de su hija mayor, quien no asistía a la escuela. Afirmó que en ocasiones no tenía más que ofrecerle que leche materna. También pudo observarse el caso de otras familias que no iniciaban la alimentación complementaria a los seis meses y continuaban ofreciendo leche materna como único alimento, aun pasada esa etapa, debido a la imposibilidad de acceder a otros alimentos.

Frecuentemente, se observaba cómo las familias optaban por vender los alimentos que cultivaban en sus hogares, tanto dentro de la provincia como fuera de ella, algunos de ellos en el Merca Santo Domingo, en lugar de consumirlos ellos mismos. A pesar de tener vacas para la obtención de leche, especialmente en la comunidad de Triple Ozama, la mayoría de las familias colocaba los múltiples bidones de leche en las puertas de sus hogares, esperando que las grandes compañías de leche los recogieran para su comercialización. Al vender estos alimentos frescos, muchas familias utilizaban el dinero para comprar alimentos procesados y ultraprocesados, como refrescos, meriendas pre-empacadas y productos de repostería, así como productos de primera necesidad. Además, se observó que la variedad de alimentos en los hogares era limitada, optando principalmente por aquellos que pudieran rendir, como el arroz, a veces sin acompañamiento de otros grupos alimentarios, y consumiéndose en varios momentos del día en grandes porciones. Una limitación importante, especialmente para conservar alimentos frescos en casa, es la falta de suministro eléctrico en los hogares. Durante el periodo de recolección de datos, tras cuatro días sin suministro eléctrico, muchas familias expresaron preocupación por el deterioro de los alimentos almacenados en sus neveras.

Se pudo observar también algunas de las costumbres locales para combatir la deficiencia de micronutrientes, como el consumo de jugo de habichuelas negras y remolacha para tratar la anemia, así como el uso de botellas o mezclas herbarias para suplir otras necesidades de micronutrientes.

05 Discusiones

Área 1: Estado Nutricional

Los resultados de este informe revelan la transición nutricional experimentada por los habitantes de las comunidades rurales. Mientras que anteriormente la preocupación principal era el bajo peso en mujeres en edad reproductiva y en niños y niñas, ahora existe una mayor preocupación por el creciente aumento del sobrepeso y la obesidad. Estos factores aumentan la susceptibilidad al desarrollo de enfermedades no transmisibles, como las enfermedades cardiovasculares y la diabetes, así como a las consecuencias psicosociales asociadas (11).

En general, se encontró que la mayoría de las mujeres en edad reproductiva, entre 18 y 49 años, presentaban sobrepeso u obesidad (65%), con una incidencia más alta de obesidad (39%), especialmente en el grupo de edad de 30 a 39 años. Esta proporción de sobrepeso y obesidad fue considerablemente mayor en comparación con los resultados de la Encuesta Sociodemográfica y sobre VIH/SIDA en los Bateyes Estatales de la República Dominicana de 2013 (BATEYES 2013), donde el 46% de las mujeres

presentaban sobrepeso u obesidad, y de estas, solo el 18% tenía obesidad (7). Es importante mencionar que, a diferencia de este estudio, en BATEYES 2013, la muestra incluyó mujeres desde los 15 hasta los 49 años de edad.

En cuanto a los niños y niñas, la mayoría tenía un peso normal (82%); sin embargo, es importante destacar que un 14% presentaba sobrepeso u obesidad, siendo más común en los hijos de madres con sobrepeso y obesidad, así como en las niñas. Esta cifra de sobrepeso y obesidad en la encuesta actual también fue notablemente mayor que la registrada hace una década en BATEYES 2013, donde solo el 3% de los niños y niñas presentaban sobrepeso y obesidad (7). En comparación con el contexto nacional, la cifra encontrada en esta encuesta sigue siendo alta, ya que según la Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples de 2019 (ENHOGAR-MICS 2019), la incidencia de sobrepeso y obesidad fue del 8% (4). Sin embargo, es importante mencionar que estas dos encuestas mencionadas sólo abarcaron a la población menor de cinco años, mientras que la presente encuesta incluyó niños y niñas de hasta diez años.



Con respecto al estado nutricional durante el embarazo, se registró que el 13% de las mujeres había consumido alcohol durante su último embarazo. Sin embargo, datos compartidos por los medios de comunicación locales a nivel nacional exponen una cifra significativamente más alta de consumo de alcohol durante el embarazo, superando el 50% de las embarazadas (12). Aunque la cifra registrada no sea tan alta como la nacional, sigue siendo un indicador importante debido a las repercusiones negativas que tiene el consumo de alcohol durante el embarazo en el crecimiento y desarrollo del feto (13). La mayoría de las mujeres entrevistadas para este reporte recibió orientación sobre alimentación y nutrición durante esta etapa; sin embargo, el 23% fue diagnosticada con bajo peso y el 13% con sobrepeso u obesidad. Un estudio previo en otros bateyes y comunidades rurales de la República Dominicana había reportado una cifra menor de bajo peso (11%) y una incidencia similar de sobrepeso (14%) durante el embarazo (5).

A pesar de la abundante disponibilidad de alimentos mínimamente procesados y altamente nutritivos, se registró un alto consumo de alimentos procesados y ultraprocesados.

En relación al consumo de alimentos en niños y niñas, a pesar de la abundante disponibilidad de alimentos mínimamente procesados y altamente nutritivos en las comunidades, se registró un alto consumo de alimentos procesados y ultraprocesados. La mayoría reportó consumir alimentos a base de granos (84%) y carnes, pescados, aves y vísceras (59%). Sin embargo, se reportó un menor consumo de otros grupos alimenticios como huevos (45%), legumbres y nueces (44%), raíces y tubérculos (41%), frutas (37%), leche (22%), vegetales (18%), y otros lácteos (11%). El bajo consumo de frutas, vegetales, leche y lácteos fue sorprendente, dado que durante la visita a las tres comunidades se observó una amplia disponibilidad de estos alimentos. Se notó un alto consumo de alimentos ultraprocesados y ricos en nutrientes críticos como sodio, azúcares y grasas, como meriendas preempacadas (42%), bebidas azucaradas artificiales como refrescos y jugos (33%), dulces de diversos tipos (29%) y frituras (16%). Es importante destacar que un gran número de personas también agregan azúcar y sal a los alimentos ya preparados. La mitad de los cuidadores entrevistados habían recibido orientación sobre alimentación y nutrición para sus hijos e hijas.

A pesar de la aparente disponibilidad de alimentos en las comunidades, solo dos de cada diez hogares entrevistados tienen acceso permanente a alimentos. Las dificultades económicas fueron mencionadas como la principal barrera, lo que puede explicar la dependencia en alimentos de fácil acceso, como los ultraprocesados. En este contexto, cobra gran importancia el Programa de Seguridad Alimentaria de BRA, el cual era conocido por todos los hogares entrevistados y del cual el 98% de los entrevistados había sido beneficiado.

Área 2: Lactancia Materna

En las comunidades entrevistadas, la lactancia materna es ampliamente considerada como la norma de alimentación para los lactantes debido a sus numerosos beneficios tanto para el bebé como para la madre. El 97% de las mujeres encuestadas han amamantado a sus bebés al menos una vez, con una duración promedio de la lactancia materna de 12 meses. Entre los bebés nacidos en los últimos dos años, la mayoría fue amamantado dentro de la primera hora de nacido (59%) o dentro del primer día (71%). Sin embargo, un 44% recibió algún otro alimento antes de la lactancia materna. Con excepción del indicador de inicio de la lactancia durante el primer día de vida, los resultados obtenidos para este informe fueron más favorables que los reportados en BATEYES 2013. En dicho estudio, el 90% de las mujeres lactaron en algún momento, el 54% inició la lactancia durante la primera hora, el 77% lo hizo en el primer día y el 48% de los lactantes recibió alimentación pre-lactancia (7). Además, el indicador de iniciación de la lactancia durante la primera hora de vida también fue más favorable que el reportado a nivel nacional, donde ENHOGAR-MICS 2019 informó un 42% (4).

Cuatro de cada cinco mujeres recibieron orientación sobre la lactancia materna, destacándose las charlas informativas proporcionadas por los trabajadores de salud comunitaria de BRA. Sin embargo, una amenaza importante para estas actitudes y prácticas positivas hacia la lactancia es que, en los nacimientos ocurridos en los últimos dos años, el 59% de los lactantes recibieron fórmula infantil en el hospital sin el consentimiento de los padres. Este hallazgo contrasta con lo reportado por las madres entrevistadas, quienes mencionaron que una de sus principales motivaciones para amamantar es la recomendación del personal de salud.



Área 3: Suplementación con Micronutrientes

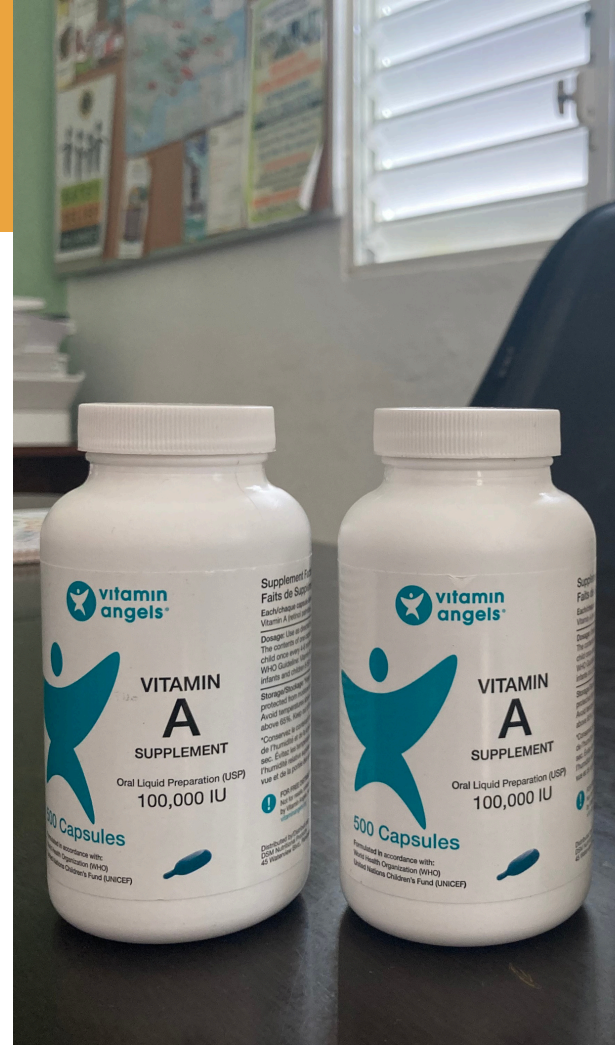
Un poco más de la mitad de las mujeres (57%) que habían tenido un embarazo en los últimos cinco años informaron haber consumido hierro, ácido fólico y suplementos prenatales durante más de seis meses. En cuanto a la suplementación en los niños y niñas, el 26% de aquellos entre 6 y 59 meses recibieron vitamina A, una cifra menor a la reportada por BATEYES 2013, que fue del 36% (7). Aproximadamente el 75% de los hogares entrevistados conocían el Programa de Micronutrientes de BRA, y el 51% indicó ser beneficiario, siendo BRA el principal proveedor de micronutrientes en los hogares entrevistados.

Área 4: Desparasitación

El 71% de los niños y niñas de entre 18 y 59 meses han tomado algún desparasitante en los últimos seis meses. Esta cifra es mayor que la reportada por BATEYES 2013 (53%), aunque es importante destacar que su grupo de edad incluía a los niños desde los 6 hasta los 59 meses (7). A pesar de que el 30% de estos niños y niñas sufrió de alguna parasitosis, la incidencia de parásitos visibles a simple vista en las heces fue solo del 4%. Además, el 57% de los hogares entrevistados manifestó estar familiarizado con el Programa de Desparasitantes de BRA, mientras que el 38% señaló ser beneficiario del mismo. En este contexto, BRA se destacó como el principal proveedor de desparasitantes.

Área 5: Otras Informaciones

El 47% de los partos documentados ocurrieron por cesárea, siendo la indicación más frecuente la cesárea anterior. Este porcentaje fue considerablemente mayor que el reportado por BATEYES 2013, que fue del 31% (7). Sin embargo, datos más recientes a nivel nacional indican una incidencia de cesáreas del 63% (4).



Fortalezas y Limitaciones

Este estudio formativo ha revelado la situación actual de indicadores importantes de nutrición en las comunidades rurales de Guasumita, Hoyo de Pun y Triple Ozama en Monte Plata, República Dominicana. Entre las fortalezas de este estudio se destaca su enfoque colaborativo, ya que durante todas las fases - desde la planificación hasta el análisis de resultados - BRA y la Universidad de Minnesota mantuvieron una comunicación constante, con contribuciones y aprendizaje mutuos en todo momento, bajo la dirección de BRA en la identificación de necesidades, selección de indicadores a estudiar y desarrollo de actividades. Además, el trabajo de campo fue liderado por los trabajadores de salud comunitaria de BRA. Los recolectores de datos recibieron entrenamiento con el fin de estandarizar su enfoque al llevar a cabo entrevistas y tomar medidas antropométricas. Otra fortaleza incluye la inclusión de variables cualitativas en la recolección de datos, lo que permitió escuchar las voces de la comunidad y comprender más a fondo la situación actual.

Sin embargo, es crucial continuar recopilando información para consolidar estos hallazgos. Los resultados no pueden ser necesariamente extrapolados a otras comunidades rurales, además de aquellas que fueron objeto de estudio. Entre las limitaciones, se destaca el hecho de que se optó por un muestreo no aleatorio por conveniencia, dada la dificultad física y logística de acceder aleatoriamente a los hogares. Es importante señalar que no se logró entrevistar a una cantidad significativa de mujeres embarazadas o en período de lactancia, lo que impidió el análisis de variables relacionadas con este estado, subrayando la necesidad de futuros estudios que aborden estas poblaciones específicas. Tampoco se incluyeron entrevistas con adolescentes debido a la decisión de limitarlas a adultos. En cuanto a las medidas antropométricas, las limitaciones abarcan desde la dificultad para obtener superficies estables y regulares donde colocar los equipos hasta la inquietud de algunos niños y niñas durante la toma de medidas, así como la resistencia de otros a ser medidos. Además, ciertos peinados inmóviles obstaculizaron la precisión de las mediciones. Por último, la falta de intérpretes de Creole limitó la posibilidad de entrevistar a algunos miembros de la comunidad que hablaban este idioma.



06 Recomendaciones



Apoyar el éxito de la lactancia materna. Se sugiere reconocer, respaldar y elevar las buenas prácticas existentes en la lactancia materna, como iniciarla dentro del primer día de vida, a través de las siguientes acciones:

- Continuar apoyando la capacitación de las trabajadoras de salud comunitaria de BRA para ofrecer asesoramiento personalizado a las mujeres que enfrentan desafíos en su proceso de lactancia, particularmente aquellas que buscan mantener la lactancia materna exclusiva.
- Capacitar de tres a cinco mujeres cada año que hayan tenido éxito en la lactancia materna con herramientas para convertirlas en consejeras de lactancia comunitarias, capacitadas para motivar y apoyar a otras mujeres en sus comunidades durante este proceso.



Proteger la participación de las madres y los padres en la toma de decisiones sobre la alimentación infantil en los establecimientos de salud. La Ley No. 8-95, que declara la promoción y el fomento de la lactancia materna como prioridad nacional, establece en su artículo 13 que los agentes de salud, instituciones y servicios relacionados deben estimular y proteger esta práctica (14). Sin embargo, dado que el 59% de las madres encuestadas informaron que sus hijos recibieron fórmula en los hospitales sin su consentimiento, se sugiere realizar investigaciones adicionales para describir las prácticas de alimentación infantil en los centros de salud y evaluar la participación de los cuidadores en la toma de decisiones.



Concienciar y educar en torno al sobrepeso y obesidad.

Dado el aumento sostenido del sobrepeso y obesidad tanto en mujeres como en niños y niñas, tanto a nivel comunitario como nacional, se sugiere:

- Mantener un apoyo constante a los programas de BRA que se centran en mejorar la seguridad socioeconómica, alimentaria y nutricional de las familias en las zonas rurales.
- Identificar y poner en práctica estrategias efectivas de difusión de educación y concienciación sobre la importancia de priorizar el consumo de alimentos frescos y mínimamente procesados sobre los alimentos altamente procesados y ultraprocesados.



Continuar con la desparasitación. Dado el amplio uso reportado por los hogares entrevistados del programa de desparasitación de BRA y sus efectos positivos en la reducción de la prevalencia de parásitos visibles en las heces, se sugiere complementar estos esfuerzos para mantenerlos a largo plazo mediante:

- Incrementar la educación y la concienciación sobre la importancia de la higiene para continuar previniendo las enfermedades parasitarias. Esto puede lograrse mediante iniciativas como establecer estaciones de lavado de manos en lugares de alto tráfico como escuelas, iglesias, parques, entre otros, y proporcionar oportunidades de empoderamiento a los miembros de la comunidad para que compartan información sobre medidas preventivas contra las enfermedades parasitarias.

Anexos

Anexo 1. Encuesta para los adultos responsables de niños (0-10 años)

Anexo 2. Encuesta para mujeres en edad reproductiva (18-49 años)

Anexo 3. Evaluación nutricional Programa de Salud Materno Infantil (Julio 2023)



Mejorando los resultados de nutrición en los bateyes: Un enfoque en niños menores de cinco años y mujeres en edad fértil en Monte Plata, República Dominicana.

Hoja de Información y Consentimiento Informado

Este cuestionario forma parte de un proyecto para mejorar la alimentación y nutrición de las familias en comunidades rurales de Monte Plata. El cuestionario se hará en hogares habitados por mujeres en edad reproductiva (18-49 años) y niños pequeños (0-10 años). Le pedimos que por favor participe en este cuestionario, a modo de conversación conmigo, el cual tomará aproximadamente 30 minutos. Como parte de este cuestionario, tomaremos medidas de mujeres en edad reproductivas y niños pequeños.

Toda la información será anónima, su nombre no estará en el cuestionario, este se registrará con un número y **no** se compartirá información de identificación como su dirección o número de teléfono. Los resultados del proyecto serán compartidos de manera general con *Batey Relief Alliance* (BRA), pero nunca diremos información que pueda revelar su identidad.

Su participación en todo momento debe ser voluntaria. Su participación ayudará a que *Batey Relief Alliance* (BRA) obtenga información sobre la alimentación y nutrición en las comunidades rurales de Monte Plata, para así crear intervenciones más efectivas para ayudar a la comunidad. Si en algún momento piensa que participar en este proyecto le traería algún problema, podemos parar el cuestionario o puede no responder algunas preguntas. Si alguna de las preguntas le causa incomodidad, usted no está obligado a responder y puede dejar el cuestionario en cualquier momento que lo desee.

Este proyecto no forma parte de los servicios que usted podría recibir por *Batey Relief Alliance* (BRA) y usted no pierde ninguno de sus derechos por negarse a participar en él. Si decide ayudarnos, le pedimos responder con la mayor sinceridad a cada una de las preguntas.

Si tiene alguna observación o pregunta sobre este proyecto o su participación en el mismo, puede hacerla ahora o, si así lo prefiere, puede contactar más adelante a la Lic. Matilde Marcial, oficial de proyectos de *Batey Relief Alliance* (BRA), al teléfono (849) 262-1535. Si lo desea, usted puede recibir una copia de este formulario de consentimiento para su uso personal. También puede consultarlo con familiares, otros profesionales o amigos antes de firmarlo.

Si está de acuerdo con participar, por favor, **escriba su nombre y firma** en la línea más abajo, para otorgar su **consentimiento informado**. Esto indica que ha decidido participar voluntariamente en el cuestionario y que entiende el objetivo de este y sus derechos.

Nombre del/a entrevistador

Nombre del/a participante

Firma del/a entrevistador

Firma del/a participante

Mejorando los resultados de nutrición en los bateyes: Un enfoque en niños menores de cinco años y mujeres en edad fértil en Monte Plata, República Dominicana.

Encuesta para Niños (0-10 años)

No. de Hogar: _____. No. de Encuesta Niños: _____.

1. ¿Cuál es la fecha de nacimiento del niño? _____.
_____ años, _____ meses.
2. ¿Es niño o niña?
 - a. Femenino
 - b. Masculino
3. ¿La madre se encuentra en el hogar?
 - a. Sí, es la entrevistada.
 - b. No, pero está presente en el hogar.
 - c. No y no está presente en el hogar.
4. ¿Con quién vive el niño?
 - a. Con ambos padres
 - b. Con una madre soltera
 - c. Con un padre soltero
 - d. Con ninguno de los padres, especificar:
_____.
5. ¿Cuánto dinero en total entra a su hogar cada mes?
_____ pesos.
6. Si vive con la madre, ¿cuál es el nivel educativo de la madre?
 - a. Sin educación formal
 - b. Primaria 1-4
 - c. Primaria 4-8
 - d. Secundaria
 - e. Superior
 - f. No sabe / no aplica.
7. Si vive con la madre, ¿cuántos años tiene la madre?
_____ años.
8. Si vive con la madre, ¿la madre es empleada, tiene un negocio propio o no trabaja? *Seleccione las que apliquen:*
 - a. Empleada
 - b. Negocio propio
 - c. No trabaja
 - d. No sabe / no aplica.
9. ¿Este niño es el menor?
 - a. Sí
 - b. No
10. Peso: _____ kg.
11. Estatura: _____ cm.
12. Circunferencia braquial: _____ cm. *(Solo 6m-5años)*
13. Circunferencia cefálica: _____ cm. *(Solo 0m-5años)*
14. ¿Tiene suficiente para comer?
 - a. Siempre tengo suficiente para comer
 - b. A veces tengo suficiente para comer
 - c. Nunca tengo suficiente para comer
15. Diagnóstico nutricional:
 - a. Desnutrición aguda
 - b. Desnutrición crónica
 - c. Desnutrición global
 - d. Peso adecuado
 - e. Sobrepeso
16. ¿Ha recibido alguna orientación sobre alimentación y nutrición? *(De parte de un médico, enfermera, promotora)*
 - a. Sí
 - b. No
 - c. No sé
17. En el día o noche anterior, ¿qué comió? *Seleccione todas las que correspondan.*
 - a. Leche materna *(dar el seno)*
 - b. Agua
 - c. Fórmula infantil *(ej. leche de potecito)*
 - d. Otra leche *(ej. leche animal, enlatada o polvo)*
 - e. Alimentos líquidos no lácteos *(ej. jugo natural, té, caldo claro)*
 - f. Alimentos infantiles fortificados *(ej. sopa BRA)*
 - g. Alimentos hechos de granos *(ej. arroz)*
 - h. Frutas
 - i. Vegetales
 - j. Alimentos hechos de raíces y tubérculos
 - k. Alimentos hechos de legumbres y nueces *(ej. habichuelas)*
 - l. Carnes, pescado, aves de corral y vísceras
 - m. Huevos
 - n. Productos lácteos *(ej. queso, yogurt)*
 - o. Cualquier alimento sólido o semisólido
 - p. Bebidas azucaradas artificiales *(ej. refresco y jugos artificiales)*
 - q. Meriendas de funditas *(Ej. Cheetos, papitas, chucherías, galletas de funditas)*
 - r. Azúcar añadida a alimentos
 - s. Sal añadida a alimentos
 - t. Dulces *(Ej. galletas, bizcochos)*
 - u. Frituras
 - v. No sabe
 - w. Otros: _____.
18. ¿Cuántas veces al día recibe comida sólida o semisólida?
_____ veces.
19. ¿Tomó vitamina A (perlitaz azules o rojas) en los últimos seis meses?
 - a. Sí
 - b. No
 - c. No sabe
 - d. No aplica *(menor de 6 meses o mayor de 5 años)*
20. ¿Tomó hierro en los últimos siete días?
 - a. Sí
 - b. No
 - c. No sabe
21. ¿Alguna vez se le dio el seno?
 - a. Sí
 - b. No
 - c. No sabe
22. ¿Por cuánto tiempo le dio el seno? _____ meses.

23. ¿Por qué le dio el seno?

 _____.
24. ¿Por qué **no** le dio el seno?

 _____.
25. Si fue amamantado, ¿tomó el seno dentro de la primera hora de vida?
 c. Sí
 d. No
 e. No sabe
 f. No fue amamantado
26. Si fue amamantado, ¿tomó el seno durante el primer día de nacido?
 a. Sí
 b. No
 c. No sabe
 d. No fue amamantado
27. Si fue amamantado, ¿recibió algún otro alimento antes de tomar la leche del seno?
 a. Sí
 b. No
 c. No sabe
 d. No fue amamantado
28. Si le dieron leche de potecitos en la clínica (fórmula infantil), ¿pidieron permiso a la madre antes de?
 a. Sí
 b. No
 c. No sabe
 d. No recibió fórmula infantil en la clínica
29. Si es menor de dos años, ¿es alimentado con biberón?
 a. Sí
 b. No
 c. No aplica
30. ¿Tomó un medicamento para prevenir o tratar los parásitos en los últimos 6 meses?
 a. Sí
 b. No
 c. No aplica (*es menor de 18 meses, no le toca*)
 d. No sabe
31. ¿Tuvo algún episodio de diarrea causada por parásitos u otra enfermedad por parásitos?
 a. Sí, en la última semana
 b. Sí, en los últimos tres meses
 c. Sí, en los últimos seis meses
 d. No
 e. No sabe
32. ¿Ha tenido lombrices visibles en las heces?
 a. Sí, en la última semana
 b. Sí, en los últimos tres meses
 c. Sí, en los últimos seis meses
 d. No
 e. No sabe
33. ¿Nació por cesárea o parto natural?
 a. Cesárea
 b. Parto natural
34. Si nació por cesárea, ¿por qué nació por cesárea?

 _____.
35. ¿Ha recibido algún tipo de ayuda para conseguir medicamentos para prevenir o tratar los parásitos?
 a. Sí
 b. No
36. En caso de responder sí a la pregunta anterior, ¿de quién o de cuál institución ha recibido algún tipo de ayuda para conseguir medicamentos para los parásitos?

 _____.
37. ¿Conoce los programas de desparasitación de BRA?
 a. Sí
 b. No
38. ¿Ha recibido medicamentos para prevenir o tratar parásitos por parte de BRA?
 a. Sí
 b. No
- Obviar las siguientes preguntas si ya se entrevistó a la madre:**
39. ¿Ha recibido algún tipo de ayuda para conseguir alimentos?
 a. Sí
 b. No
40. En caso de responder sí a la pregunta anterior, ¿de quién o de cuál institución ha recibido algún tipo de ayuda para conseguir alimentos?

 _____.
41. ¿Conoce la sopa de BRA?
 a. Sí
 b. No
42. ¿Ha recibido la sopa de BRA?
 a. Sí
 b. No
43. ¿Qué facilidades tienen para conseguir alimentos?

 _____.
44. ¿Qué dificultades tienen para conseguir alimentos?

 _____.
45. ¿Ha recibido vitaminas?
 a. Sí
 b. No
46. En caso de responder sí a la pregunta anterior, ¿de quién o de cuál institución ha recibido algún tipo de ayuda para conseguir vitaminas?

 _____.
47. ¿Conoce los programas de vitaminas de BRA? (*Vitaminas prenatales, vitamina A*)
 a. Sí
 b. No
48. ¿Ha recibido vitaminas por parte de BRA?
 a. Sí
 b. No
- Comentarios Adicionales*

 _____.

Mejorando los resultados de nutrición en los bateyes: Un enfoque en niños menores de cinco años y mujeres en edad fértil en Monte Plata, República Dominicana.

Hoja de Información y Consentimiento Informado

Este cuestionario forma parte de un proyecto para mejorar la alimentación y nutrición de las familias en comunidades rurales de Monte Plata. El cuestionario se hará en hogares habitados por mujeres en edad reproductiva (18-49 años) y niños pequeños (0-10 años). Le pedimos que por favor participe en este cuestionario, a modo de conversación conmigo, el cual tomará aproximadamente 30 minutos. Como parte de este cuestionario, tomaremos medidas de mujeres en edad reproductivas y niños pequeños.

Toda la información será anónima, su nombre no estará en el cuestionario, este se registrará con un número y **no** se compartirá información de identificación como su dirección o número de teléfono. Los resultados del proyecto serán compartidos de manera general con *Batey Relief Alliance* (BRA), pero nunca diremos información que pueda revelar su identidad.

Su participación en todo momento debe ser voluntaria. Su participación ayudará a que *Batey Relief Alliance* (BRA) obtenga información sobre la alimentación y nutrición en las comunidades rurales de Monte Plata, para así crear intervenciones más efectivas para ayudar a la comunidad. Si en algún momento piensa que participar en este proyecto le traería algún problema, podemos parar el cuestionario o puede no responder algunas preguntas. Si alguna de las preguntas le causa incomodidad, usted no está obligado a responder y puede dejar el cuestionario en cualquier momento que lo desee.

Este proyecto no forma parte de los servicios que usted podría recibir por *Batey Relief Alliance* (BRA) y usted no pierde ninguno de sus derechos por negarse a participar en él. Si decide ayudarnos, le pedimos responder con la mayor sinceridad a cada una de las preguntas.

Si tiene alguna observación o pregunta sobre este proyecto o su participación en el mismo, puede hacerla ahora o, si así lo prefiere, puede contactar más adelante a la Lic. Matilde Marcial, oficial de proyectos de *Batey Relief Alliance* (BRA), al teléfono (849) 262-1535. Si lo desea, usted puede recibir una copia de este formulario de consentimiento para su uso personal. También puede consultarlo con familiares, otros profesionales o amigos antes de firmarlo.

Si está de acuerdo con participar, por favor, **escriba su nombre y firma** en la línea más abajo, para otorgar su **consentimiento informado**. Esto indica que ha decidido participar voluntariamente en el cuestionario y que entiende el objetivo de este y sus derechos.

Nombre del/a entrevistador

Nombre del/a participante

Firma del/a entrevistador

Firma del/a participante

Mejorando los resultados de nutrición en los bateyes: Un enfoque en niños menores de cinco años y mujeres en edad fértil en Monte Plata, República Dominicana.

Encuesta para Mujeres en Edad Reproductiva (18-49 años)

No. de Hogar: _____. No. de Encuesta Mujeres: _____.

1. ¿Cuántos años tiene? _____ años.
2. ¿Es empleada, tiene un negocio propio o no trabaja?
Seleccione todas las que apliquen:
 - a. Empleada
 - b. Negocio propio
 - c. No trabaja
3. ¿Cuánto dinero en total entra a su casa cada mes?
_____ pesos.
4. ¿Cuál es su estado civil?
 - a. Soltera
 - b. Casada
 - c. Unión Libre
 - d. Viuda
5. ¿Cuántos hijos ha tenido? _____ hijos.
6. ¿Cuántos hijos tiene vivos? _____ hijos.
7. Peso: _____ kg.
8. Talla: _____ cm.
9. Circunferencia braquial: _____ cm.
10. Diagnóstico nutricional:
 - a. Bajo peso
 - b. Peso adecuado
 - c. Sobrepeso
 - d. Obesidad
11. ¿Tiene suficiente para comer?
 - a. Siempre tengo suficiente para comer
 - b. A veces tiene suficiente para comer
 - c. Nunca tiene suficiente para comer
12. ¿Ha recibido algún tipo de ayuda para conseguir alimentos?
 - a. Sí
 - b. No
13. En caso de responder sí a la pregunta anterior, ¿de quién o de cuál institución ha recibido algún tipo de ayuda para conseguir alimentos?

_____.
14. ¿Conoce la sopa de BRA?
 - a. Sí
 - b. No
15. ¿Ha recibido la sopa de BRA?
 - a. Sí
 - b. No
16. ¿Qué facilidades tiene para conseguir alimentos?

_____.
17. ¿Qué dificultades tiene para conseguir alimentos?

_____.
18. ¿Ha recibido vitaminas?
 - a. Sí
 - b. No
19. En caso de responder sí a la pregunta anterior, ¿de quién o de cuál institución ha recibido algún tipo de ayuda para conseguir vitaminas?
_____.
20. ¿Conoce los programas de vitaminas de BRA? (*Vitaminas prenatales, vitamina A*)
 - a. Sí
 - b. No
21. ¿Ha recibido vitaminas por parte de BRA?
 - a. Sí
 - b. No
22. **¿Ha estado embarazada en los últimos cinco años?** (*No cuenta si su primer embarazo es actualmente*)
 - a. Sí, fecha de nacimiento de su último hijo: _____ (*A partir de 2018*)
 - b. No (*Si está embarazada actualmente por primera vez, continuar a la pregunta 36*)
23. ¿Tomó alcohol (ej. ron, cerveza) en su último embarazo?
 - a. Sí
 - b. No
24. ¿Recibió alguna orientación sobre alimentación y nutrición en su último embarazo? (*De parte de un médico, enfermera, promotora*)
 - a. Sí
 - b. No
 - c. No sabe
25. ¿Tenía sobrepeso u obesidad último embarazo?
 - a. Sí
 - b. No
 - c. No sabe
26. ¿Tenía bajo peso o desnutrición en su último embarazo?
 - a. Sí
 - b. No
 - c. No sabe
27. ¿Cuántos días aproximadamente tomó pastillas o jarabe (líquido) de hierro y ácido fólico en su último embarazo?
_____ días.
28. ¿Cuántos días aproximadamente tomó vitaminas en su último embarazo? _____ días.
29. ¿Tomó un medicamento para prevenir o tratar los parásitos durante su último embarazo?
 - a. Sí
 - b. No
 - c. No sabe
30. ¿Le dio el seno a alguno de sus hijos?
 - a. Sí
 - b. No

31. ¿Por qué le dio el seno?

_____.
32. ¿Por qué **no** le dio el seno?

_____.
33. ¿Recibió información sobre dar el seno?
a. Sí
b. No
34. Si la respuesta a la pregunta anterior fue sí, ¿de dónde recibió información sobre dar el seno?

_____.
35. ¿Por qué cree que dar el seno es importante?

_____.
36. **¿Está embarazada o lactando actualmente?**
a. Sí, embarazada, número de semanas: _____ semanas.
b. Sí, lactando
c. No (*Si **NO** está **embarazada o lactando actualmente**, termine el cuestionario*).
37. ¿Está tomando alcohol (ej. ron, cerveza)?
a. Sí
b. No

38. ¿Está recibiendo alguna orientación sobre alimentación y nutrición en este embarazo o lactancia? (*De parte de un médico, enfermera, promotora*)
a. Sí
b. No
39. ¿Tomó pastillas o jarabe de hierro y ácido fólico en el día de ayer?
a. Sí
b. No
40. ¿Tomó vitaminas prenatales en el día de ayer?
a. Sí
b. No
41. ¿Ha tomado un medicamento para prevenir o tratar los parásitos durante este embarazo o lactancia?
a. Sí
b. No

Comentarios Adicionales



Evaluación Nutricional Programa de Salud Materno Infantil (Julio 2023)

Hogar No.:

Nombre:

Mujeres

Edad:	Peso:	Estatura:
Estado Nutricional	Desnutrición: Tiene un peso menor a lo recomendado. Su cuerpo no está recibiendo los nutrientes que necesita para mantenerse saludable. Normal: Está en buenas condiciones de nutrición. Está comiendo lo que necesita y su cuerpo está en buena forma. Sobrepeso/Obesidad: Tiene un peso mayor a lo recomendado. Una acumulación excesiva de grasa puede afectar la salud.	

Niños

Fecha de Nacimiento:	Sexo:	Peso:	Estatura:
Estado Nutricional	Desnutrición: Tiene un peso menor a lo recomendado. Su cuerpo no está recibiendo los nutrientes que necesita para mantenerse saludable. Normal: Está en buenas condiciones de nutrición. Está comiendo lo que necesita y su cuerpo está en buena forma. Sobrepeso/Obesidad: Tiene un peso mayor a lo recomendado. Una acumulación excesiva de grasa puede afectar la salud.		

Recomendaciones

Alimentación y Nutrición	Lactancia Materna
<ul style="list-style-type: none">● Coma alimentos naturales, como frutas, vegetales, víveres, lácteos, carnes con poca grasa, huevos y granos.● Coma menos frituras, dulces, meriendas de funditas, jugos artificiales y refrescos.● Tome por lo menos 8 vasos de agua al día.● Agregue la sopa de BRA como una de sus comidas.	<ul style="list-style-type: none">● Durante los primeros 6 meses de vida, el bebé solo debe tomar leche del seno.● Cuando el bebé cumpla 6 meses, empiece a darle otros alimentos y siga dándole leche del seno hasta los 2 años o más.
Desparasitación	Vitaminas
<ul style="list-style-type: none">● Aproveche los desparasitantes que BRA entrega para niños de 2 a 5 años.	<ul style="list-style-type: none">● Aproveche las vitaminas que BRA entrega para embarazadas y niños de 6 meses a 5 años.

Si tiene preguntas, acérquese a su promotor de salud de BRA o a su policlínica más cercana.

Referencias

1. Kirby, R. S., & Verbiest, S. (Eds.) (2021). *Kotch's Maternal and Child Health: Problems, Programs, and Policy in Public Health*. Jones & Bartlett Learning, LLC.
2. World Health Organization. (2021, June 9). *Malnutrition*. World Health Organization Factsheet. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>
3. Ministerio de Salud Pública. (2014). *República Dominicana: Encuesta Demográfica y de Salud 2013 (ENDESA 2013). Resultados Básicos*. <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/GF35/GF35.pdf>
4. Oficina Nacional de Estadística, Ministerio de Economía, & UNICEF. (2022). *Informe General ENHOGAR-MICS 2019*. <https://www.unicef.org/dominicanrepublic/media/6931/file/Informe%20general%20ENHOGAR%20MICS%202019%20-%20Apendices%20-%20Publicacion.pdf>
5. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2014). *Proyecto Inter-agencial Seguridad Humana en los Bateyes de República Dominicana*. <https://www.undp.org/es/dominican-republic/publications/reporte-de-estudio-de-l%C3%ADnea-base-bateyes>
6. UN Trust Fund for Human Security. (s.f.). *Improving human security in the bateyes of the Dominican Republic by securing documentation and ensuring that vulnerable people's needs are met*. <https://www.un.org/humansecurity/wp-content/uploads/2017/08/Programme-summary-75.pdf>
7. Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM) & ICF International. (2015). *Encuesta Sociodemográfica y sobre VIH/SIDA en los Bateyes Estatales de la República Dominicana 2013*. <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR303/FR303.pdf>
8. USAID. (1999). *Resumen Ejecutivo: Bateyes del Estado. Encuesta Socioeconómica y de Salud de la Población Materno-Infantil de los Bateyes Agrícolas del CEA, Diciembre 1999*. https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNACM063.pdf
9. World Health Organization. (s.f.). *Child Growth Standards. World Health Organization Tools and Toolkits*. <https://www.who.int/tools/child-growth-standards/standards>
10. Prasad, S., Aldrink, M., Compton, B., Lasker, J., Donkor, P., Weakliam, D., Rowthorn, V., Mantey, E., Martin, K., Omaswa, F., Benzian, H., Clagua-Guerra, E., Maractho, E., Agyire-Tettey, K., Crisp, N., & Balasubramaniam, R. (2022). Global Health Partnerships and the Brocher Declaration: Principles for Ethical Short-Term Engagements in Global Health. *Annals of global health*, 88(1), 31. <https://doi.org/10.5334/aogh.3577>
11. World Health Organization. (2024, March 1). *Obesity and Overweight*. World Health Organization Factsheet. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
12. Pantaleón, D. (2022, Junio 19). Es alto el consumo de alcohol durante el embarazo en el país, según investigación. *Listín Diario*. <https://listindiario.com/la-republica/2022/06/19/726473/es-alto-el-consumo-de-alcohol-durante-el-embarazo-en-el-pais-segun-investigacion.html>
13. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2022, Noviembre 14). *Consumo de Alcohol Durante el Embarazo*. Trastornos del Espectro Alcohólico Fetal (TEAF). <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/fasd/alcohol-use.html#:~:text=El%20consumo%20de%20alcohol%20en,durante%20cualquier%20etapa%20del%20embarazo>
14. Congreso Nacional de la República Dominicana. (1995). *Ley No.8-95 que declara como prioridad nacional la Promoción y Fomento de la Lactancia Materna*. <https://repositorio.msp.gob.do/bitstream/handle/123456789/761/LeyNo.8-95.PDF?sequence=1&isAllowed=y%23:~:text=Se%20declara%20como%20prioridad%20nacional,tambien%20proteccion%20inmunologica%20y%20apoyo>

Agradecimientos

Agradecemos sinceramente al equipo de Batey Relief Alliance, a los miembros de la comunidad y al cuerpo docente de la Universidad de Minnesota, especialmente a la Dra. Zobeida Bonilla, Sara Benning, Dra. Katie Arlinghaus y Dra. Jamie Stang, así como a nuestros financiadores, el Premio Martinson-Luepker para Viajes Estudiantiles y la Beca Internacional de Posgrado y Profesional Walter H. Judd, por su invaluable apoyo durante todo el proceso de trabajo de campo.



