

Percepción materna del estado nutricional infantil de niños menores de tres años en el distrito de Ocongate, Cusco

MATERNAL PERCEPTION OF THE NUTRITIONAL STATUS OF CHILDREN UNDER THREE YEARS OLD AT OCONGATE, CUSCO

BADO PEREZ RICARDO¹, VARAS CASTRILLO NILDA², MEDINA GARAY ALDO³

RESUMEN

Objetivos: conocer la percepción materna del estado nutricional infantil. **Métodos:** se diseñó un estudio cross-sectional, donde se entrevistaron a madres de niños menores de tres años para investigar la percepción del estado nutricional de sus niños y otras variables que pudieran representar riesgos de desnutrición. **Resultados:** se realizaron 319 encuestas a madres de niños menores de tres años seleccionados al azar. El 29,1% de los niños tenían peso/edad (P/E) menor de -2 desviaciones estándar (DE), 4,1% con peso/talla (P/T) menor a -2DE y 52% con talla/edad (T/E) menor a -2DE. Las madres apreciaron correctamente la desnutrición (P/E < -2DE) en un 39%, y normalidad (P/E > -2DE) en un 76% ($p=0,037$). Las apreciaciones en T/E y P/T no fueron significativas. Respecto al P/E, el análisis multivariado mostró que de las madres que consideraron desnutrición, un 59,5% acertaron en los varones y 27,8% en mujeres ($p=0,014$), de las cuales el 65,6% pertenecían a organizaciones comunales de apoyo social; quienes no, fallaron en un 80% ($p=0,006$). Las madres que vivían a menos de una hora de distancia del Centro de Salud (CS) y que consideraron a sus niños como no desnutridos acertaron en un 92,3%, mientras las que vivían a mayor distancia lo hicieron en un 73,3% ($p=0,005$). No se encontraron diferencias significativas con el nivel socioeconómico ni con el analfabetismo. **Conclusión:** el 61% de las madres no percibieron la desnutrición infantil, particularmente en niñas. Las madres que pertenecían a organizaciones comunales dieron la categorización más aproximada, la cercanía al CS influye más en la percepción acertada de normalidad. En esta zona las intervenciones en desnutrición infantil, deben incluir a las organizaciones comunales. Los programas tipo desviación positiva pueden ser una opción acertada.

Palabras clave: percepción materna, desnutrición, nutrición, niños.

ABSTRACT

Objectives: to know the maternal perception of nutritional status of their children. **Methods:** a cross-sectional study was designed, where a survey was applied to mothers of children under three years old, in order to investigate if misperception of their nutritional status and other variables associated represent a risk factor for malnutrition. **Results:** 319 surveys were carried out to mothers in randomized way. Twenty five per cent of children had below -2SD weight/age (W/A), 4,1% below -2SD weight/height (W/H) and 52% below -2SD height/age (H/A). Mothers appreciated properly malnutrition (W/A < -2SD) in 39%, and normality (W/A > -2SD) in 76% of all cases ($p=0,037$). The findings in H/A and W/H indicators, were not significant. Multivariate analysis regarding the W/A indicator, showed that within mothers which perceived malnutrition, 59,5% of them made the correct appreciation if children were male ($p=0,006$), 27,8% if they were female; ($p=0,014$), of which 65,6% belonged to community organization or social support; those without, failed by 80% ($p=0,006$). Mothers who lived less than an hour away from the Health Centre (CS) perceived their children not malnourished in 92,3%, while those living at a greater distance they did in a 73,3% ($p=0,005$). There were no significant differences in socioeconomic status or illiteracy. **Conclusion:** 61% of the mothers don't perceive child malnutrition, particularly in girls. Mothers who belonged to community organizations gave most appropriate categorization; proximity to CS affects the accurate perception of normality. In this area interventions in child malnutrition should include the support from community organizations. Programmes such like positive deviation can be an option.

Key words: maternal perception, malnutrition, nutrition, children.

INTRODUCCIÓN

En nuestro medio uno de cada cuatro niños en edad preescolar padece de desnutrición ⁽¹⁾. Los adultos que han sobrevivido a la desnutrición

¹ Médico Consultor en Nutrición Pública. Instituto de Seguridad Alimentaria y Nutricional (ISAN). Fundación Gota de Leche. Lima-Perú.

² Antropóloga. ISAN. Lima-Perú.

³ Ingeniero estadístico. ISAN. Lima-Perú.

son menos productivos física e intelectualmente, además padecen niveles elevados de enfermedades crónicas e incapacitantes, contribuyendo así a una pérdida inevitable de la productividad humana y a nivel nacional a una disminución del producto bruto interno (PBI); es decir, en la próxima generación uno de cada cuatro adultos peruanos tendrá mayor probabilidad de vivir en la pobreza. De otro lado, el riesgo atribuible a la desnutrición en la mortalidad infantil en Perú es de 30% ⁽²⁾.

En un esfuerzo por mitigar la desnutrición, los trabajadores locales de salud movilizan a las comunidades para que pesen a sus niños periódicamente; a pesar de estos esfuerzos desplegados por el Ministerio de Salud (MINSA), la cobertura en el control de crecimiento y desarrollo (CRED) en los menores de cinco años es del 45,3%, la cual es baja ⁽³⁾.

Uno de los componentes del programa CRED, es la consejería, que proporciona a la persona encargada del menor, la información sobre cómo mejorar sus hábitos nutricionales. Probablemente, a pesar de la buena voluntad, el tiempo dedicado no sea suficiente para explicar los temas de lactancia materna, alimentación complementaria, y otros de interés sobre puericultura. En este caso, la madre o la persona encargada del menor sale de la sesión desconociendo o sin recordar los pasos prácticos de cuidados del menor ⁽⁴⁾.

Este componente se torna aún más complejo en un ambiente pluricultural. En este sentido, la diversidad cultural y geográfica del Perú ofrece un entorno desafiante para el mejoramiento de prácticas sostenibles de salud y nutrición. La promoción del adecuado crecimiento y desarrollo de los niños exige entender las barreras específicas y los motivos de la conducta social en cada comunidad ⁽⁵⁾. Al no considerar este hecho, los programas nutricionales podrían pasar desapercibidos para las madres o cuidadores de los niños, más aún, si considerasen a sus hijos como adecuadamente nutridos, aun cuando no lo estuviesen.

En este contexto la percepción materna del estado nutricional, podría restar la debida importancia a diversos cuidados particulares respecto a la desnutrición infantil ⁽⁶⁾, pudiendo incluso afectar la alimentación ^(7,8); así, la

prevención de la desnutrición no podría ser exitosa si ésta no es identificada como un problema por parte de las madres ⁽⁹⁾. Diferentes autores han reportado tanto exactitud de las madres acerca del estado nutricional de sus hijos ^(10,11), así como sub-estimación del mismo ^(12,13).

El presente estudio tiene como objetivo conocer la percepción materna del estado nutricional de los niños menores de tres años en el Distrito de Ocongate, Cusco y relacionar el acierto con sus características socioeconómicas.

MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio de tipo transversal se llevó a cabo en el distrito de Ocongate, provincia de Quispicanchi, departamento de Cusco, a 4 200 metros sobre el nivel del mar, y a 75 Km de Urcos (capital de la provincia de Quispicanchi); cuenta con 36 comunidades y una población de 13 417 habitantes ⁽¹⁴⁾. La población es esencialmente rural, y sus actividades económicas principales son la agricultura y la ganadería. La zona se caracteriza por desarrollar una agricultura de secano de alto riesgo, pero gracias a sus diferentes ecosistemas se han establecido patrones de producción. Según el mapa de pobreza es un distrito catalogado como muy pobre ⁽¹⁵⁾.

La selección de los conglomerados abarcó a 32 de las 36 comunidades del Distrito, los nombres de los niños fueron previamente tomados al azar del Registro del Programa Ampliado de Inmunizaciones del Centro de salud Ocongate.

Solo fueron incluidos los niños de 0 a 3 años naturales y residentes de la zona, además, fueron excluidos los niños con alguna enfermedad congénita o incapacitante.

La antropometría fue realizada con un equipo de tallímetro del centro de salud (modelo UNICEF) y una balanza digital marca Seca. La balanza, así como el tallímetro, fueron calibrados antes de la salida a la comunidad. El peso fue ajustado a los 100 g mientras que la talla a 1 mm.

Dado el clima frío en la zona, la antropometría fue realizada en el local comunal de los centros poblados visitados, a fin de poder desvestir al niño.

En caso de negativa de la madre para desvestir al niño, el peso de las prendas fue calculado según tablas estándares de peso de la ropa del Centro de salud.

Las madres de los niños con menos de -2 DE P/T (cartilla CRED-MINSA PERU), recibieron consejería exhaustiva; además se les pidió controles periódicos en el centro de salud.

Se realizaron 319 encuestas (previamente validadas) a las madres de los niños en el periodo comprendido entre junio y septiembre del 2003.

El estudio fue realizado a través del centro de salud CLAS (Centro Local de Administración de Salud) Ocongate, para lo cual se recibió la autorización previa del jefe de la Red de Servicios de Salud Quispicanchi – Acomayo. El personal de salud fue informado del motivo del estudio, además recibió entrenamiento en el llenado de las encuestas así como estandarización antropométrica. Las hojas de encuesta fueron financiadas por el CLAS Ocongate, mientras que las salidas a comunidad, fueron realizadas durante las visitas comunitarias de rutina del personal de salud. Las madres de los niños seleccionados fueron citadas a estas visitas del personal de salud.

A cada madre se le solicitó un consentimiento informado, en caso de analfabetismo, se le leyó el contenido del documento. Cuando no se aceptó participar en el estudio se procedió a encuestar a la madre del siguiente niño.

Las encuestas así como el diagnóstico situacional de la comunidad, fueron entregadas al final del estudio al CS, así como a la Municipalidad de Ocongate. Otros aspectos del diagnóstico fueron compartidos y analizados por los internos de enfermería, nutrición y medicina de la Universidad San Antonio Abad del Cusco, así como la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, esto debido al apoyo recibido para el trabajo de campo.

Los datos fueron codificados y vaciados al programa Nutrisurvey (Ehrad 2001) y luego exportados al programa SPSS V12.0.

El análisis estadístico incluyó Chi cuadrado en cada ítem respondido sobre el porcentaje de acierto

o no del diagnóstico nutricional de las madres. Por medio de este método pudo determinarse la sensibilidad y especificidad de las respuestas.

Se realizó un análisis multivariado por árbol de clasificación (Programa SPSS V13.0).

RESULTADOS

Las características generales de las familias encuestadas, se detallan en la Tabla 1. La media del P/E fue de -1,39 DE, mientras que la media del P/T fue de -0,299 DE, y de la T/E -1,88 DE, tal como lo detalla el Figura 1.

El 24% de los niños presentaron desnutrición global, mientras que el 52% presentaron retraso en el crecimiento. El porcentaje de niños con desnutrición aguda fue de 4,1%. Un 28% de las madres calificaron a sus hijos como desnutridos (“mal alimentados” según lenguaje local).

El 76% de las madres percibieron con exactitud que sus niños estaban eutróficos con respecto al indicador P/E, mientras que un 39% percibió desnutrición ($p < 0,05$). Con respecto al indicador P/T, el 72% percibieron normalidad cuando de verdad existía, mientras que 38% percibió desnutrición cuando ésta estaba presente, sin embargo, este indicador no mostró significancia (Tabla 2).

El indicador T/E, no fue percibido como desnutrición en un 72% de los casos, aunque esta variable tampoco fue significativa.

Siendo el indicador Peso/Edad el único que mostró significancia estadística (Tabla 3).

Sobre el P/E, el análisis multivariado mostró que de las madres que consideraron desnutrición, un 59,5% acertaron si eran varones mientras que este porcentaje disminuyó en el caso de las niñas llegando al 27,8% ($p=0,014$), este hecho aún es más llamativo si las madres pertenecen a organizaciones comunales de apoyo social de los cuales el 65,6% acertaron, quienes no pertenecen a organizaciones comunales fallaron en un 80% ($p=0,006$) (Figura 2).

Las madres que consideraron normalidad, acertaron en un 92,3% si habitan a menos de

Tabla 1. Características de las familias encuestadas (n=39).

		N	%
Sexo del niño	Masculino	140	43,9
	Femenino	179	56,1
Nivel socioeconómico (Posesión de ganado)	Menos de veinte cabezas	260	81,5
	Más de veinte cabezas	59	18,5
Nivel de instrucción de la madre	Analfabeta (Menos de 3 años instrucción)	170	53,3
	Alfabeto (de 3 a más años instrucción)	149	46,7
Demora en el acceso a los servicios de salud	Menos de 1 hora	36	11,3
	De 1 a 2 horas	100	31,3
	De 2 a 4 horas	140	43,9
	De 4 a 6 horas	42	13,2
	Más de 8 horas	1	0,3
Primer contacto ante enfermedad	Curandero	3	0,9
	Promotor de salud	188	58,9
	Centro de salud	109	34,2
	Familiar	11	3,4
	Otro / No responde	8	2,5
Percepción del estado nutricional del niño	Adecuado a regular	228	71,5
	Deficiente	91	28,5
Estado Nutricional	<- 2 DE P/E	93	29,1
	<- 2 DE T/E	166	52,0
	<- 2 DE P/T	13	4,1
Apoyo social	Pertenece a alguna organización	259	81,2
	No pertenece a ninguna organización	60	18,8

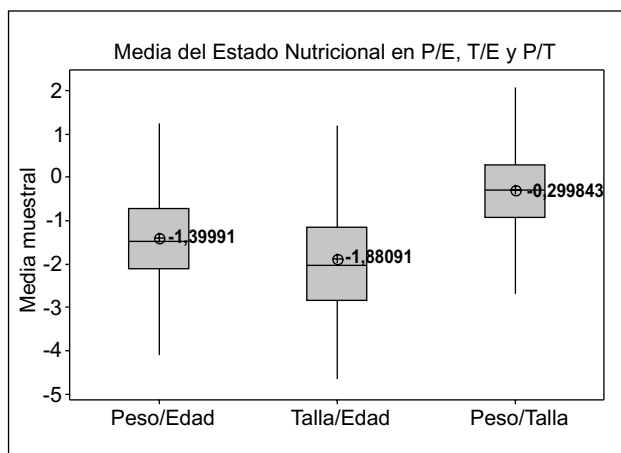


Figura 1. Media del Estado nutricional según tres tipos de indicadores antropométricos.

una hora del CS, y 73,3% si viven a más de una hora de distancia del establecimiento de salud ($p=0,005$).

No se encontraron diferencias significativas con el nivel socioeconómico ni con el analfabetismo ni con el primer contacto en salud.

DISCUSIÓN

En el año 1978, la Organización Mundial de la Salud (OMS) llevó a cabo la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en Alma Ata, en la cual, la atención primaria de la salud fue declarada como “el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y las

Tabla 2. Percepción de la madre con respecto al estado nutricional del niño.

Peso / Edad	< -2 DE P/E	> -2 DE P/E
Percibe desnutrición	37	54
Percibe normalidad	56	172
Peso / Talla	< -2 DE P/E	> -2 DE P/E
Percibe desnutrición	5	86
Percibe normalidad	8	220
Talla / Edad	< -2 DE P/E	> -2 DE P/E
Percibe desnutrición	46	46
Percibe normalidad	117	110

comunidades con el sistema nacional de salud, acercando la atención sanitaria al máximo posible al lugar donde las personas viven y trabajan, constituyendo el primer elemento del proceso de atención sanitaria continuada”⁽¹⁶⁾. Después de más de veinte años de tal compromiso internacional, en el Perú el 57,5% de la población no tiene acceso a los servicios formales de salud (Fondo Nacional de Compensación y Desarrollo Social 2000).

Una manera viable de garantizar el acceso a los servicios de salud de la población, es el nexo con la comunidad, particularmente con los agentes primarios de la salud, también llamados promotores. En nuestro medio, los promotores de salud, garantizan el primer contacto con los servicios de salud, en territorios donde la estructura formal no alcanza.

Así, específicamente con relación a la vigilancia nutricional comunitaria, implicaría tanto diagnóstico

Tabla 3. Sensibilidad y especificidad en la percepción de la madre con respecto al estado nutricional del niño.

	Sensibilidad	Especificidad	VPP	VPN	p
P/E	0,39	0,76	0,75	0,41	0,0037
P/T	0,38	0,72	0,96	0,05	0,2994
T/E	0,28	0,71	0,48	0,50	0,4641

como toma de acciones por los promotores de salud comunitarios y la comunidad en general. Sin embargo, no en todas las comunidades pueden encontrarse los equipos suficientes para poder realizar tales diagnósticos, e incluso cuando los hay, tanto los promotores como los miembros de la comunidad no son exactos en el diagnóstico antropométrico⁽¹⁷⁾.

A pesar de lo anterior, el presente estudio ha podido encontrar que las familias que cuentan con apoyo social de las organizaciones comunales, muestran mayor aproximación en la percepción del estado nutricional; lo que podría explicarse por el nexo de estos servicios con las organizaciones de base de la comunidad, particularmente en el caso Ocongote (centro de salud CLAS); de otro lado la baja percepción de la desnutrición por las madres de las comunidades se debería en parte a la debilidad de los mensajes directos, además de la baja cobertura de los servicios de salud.

Las madres con mayor grado de escolaridad están más dispuestas a practicar los cuidados de salud disponibles y otros servicios en la comunidad frente a las mujeres con menores grados de educación, además tienen mayor habilidad de procesar información, adquirir habilidades y se encuentran disponibles a moldear su comportamiento⁽¹⁸⁾.

El nivel de escolaridad de la madre es la variable socioeconómica y sociocultural que mejor contribuye a explicar su nivel de conocimientos alimentarios y nutricionales⁽¹⁹⁾; aunque en áreas rurales, las madres con mayor escolaridad explican más detalladamente los desórdenes nutricionales, las interpretaciones se mantienen aún en las teorías tradicionales⁽²⁰⁾.

En el presente estudio, no se encontraron diferencias significativas en el grupo de mujeres analfabetas frente a las alfabetas, que diagnosticaron desnutrición, lo que implica que las teorías tradicionales, como parte de la propia cultura, se mantienen independientemente del nivel de escolaridad.

Por otro lado, Roy⁽¹¹⁾ encontró en Dhaka que las madres con mayor nivel socioeconómico no acertaban correctamente la desnutrición en sus niños, debido a que ellas esperaban que sus hijos tengan mejor estado nutricional. En el presente

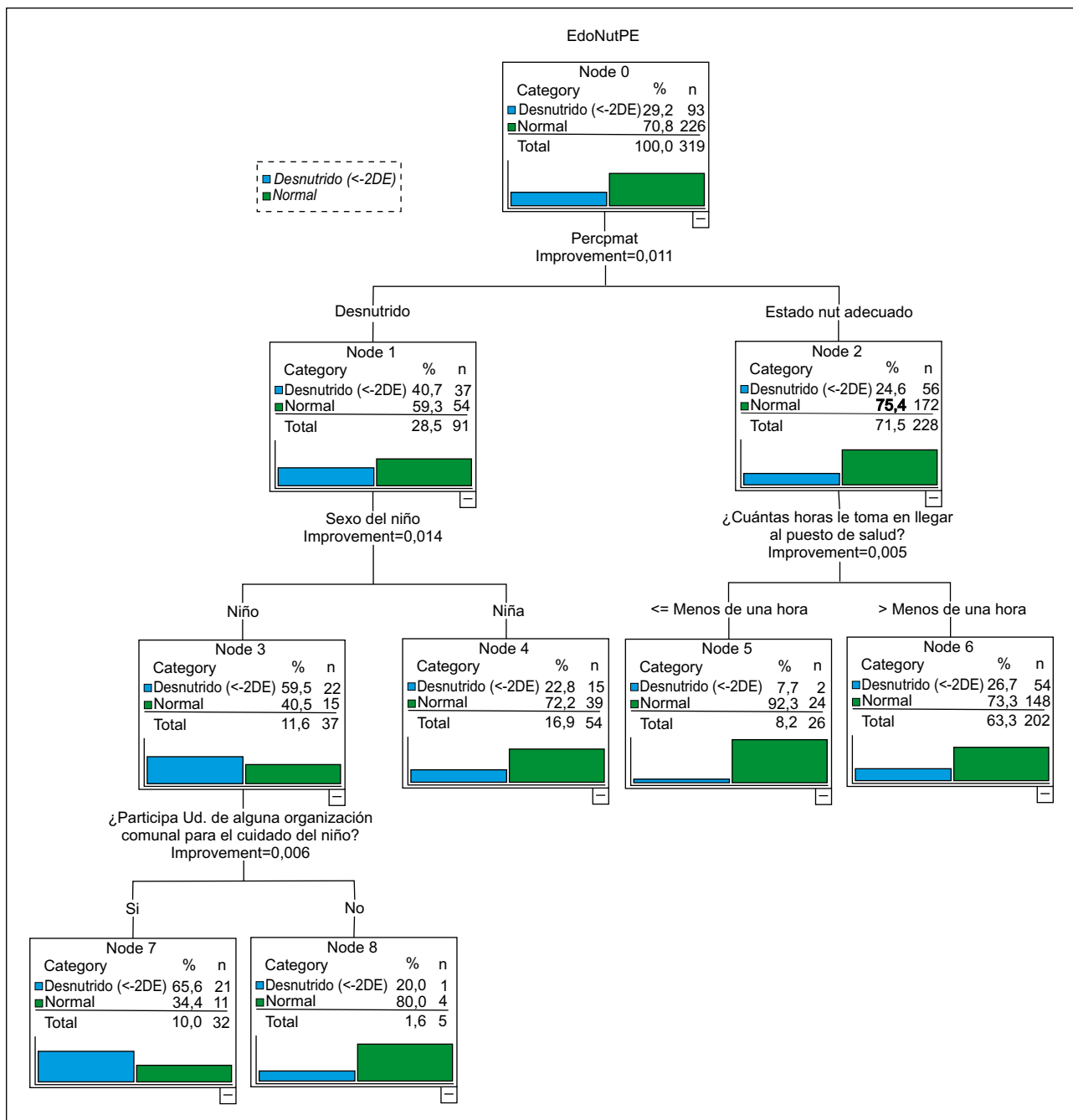


Figura 2. Análisis multivariado por árbol de clasificación según percepción materna del estado nutricional.

estudio, no hubo diferencias significativas entre ambos niveles socioeconómicos para la identificación correcta tanto de desnutrición, así como para el estado nutricional adecuado.

Con respecto al sexo del niño, tal como ha sido descrito previamente, las madres podrían tener

criterios dispares para la clasificación del estado nutricional de sus hijos respecto al sexo de los mismos ⁽²¹⁾. Ozheki ⁽²²⁾ encontró que la percepción materna erraba negativamente más para las niñas que para los niños. Así, un dato resaltante del presente estudio, es que el porcentaje de madres que no perciben desnutrición en las niñas cuando

realmente están desnutridas es del 72%, mientras que la percepción de la desnutrición en los niños cuando verdaderamente lo están llegó a un 59,5%. Este hallazgo pudiera deberse a la concepción local de que las niñas deberían presentar un menor estándar nutricional frente a los niños.

Cabe destacar que la sensibilidad y especificidad en cuanto a P/T y T/E, no mostró exactitud con la percepción materna del estado nutricional. Este hecho es de suma importancia al contar con una prevalencia de retraso en el crecimiento de 52% en la zona, aunque mediante diálogos informales con los pobladores, manifestaron repetidas veces el concepto que la talla del niño tenía relación directa con la talla de los padres, no mencionando factores nutricionales (menos aún no nutricionales) como posibles determinantes de la talla.

Un porcentaje de 4,1% de desnutrición aguda, cuadruplica el promedio nacional. Anteriormente ha sido reportada la subutilización y diagnóstico de los casos de desnutrición aguda en nuestro medio, particularmente, debido al “aparente” bajo número de casos. Ante este hecho, los hogares provenientes de zonas pobres y/o rurales, además de contar con menor acceso a los servicios de salud, esconden aún más los casos de desnutrición aguda, por lo que la identificación y búsqueda de casos de desnutridos agudos, deberían partir desde la organización de las comunidades. Dada la dificultad en la exactitud en el diagnóstico de la desnutrición aguda, recientemente la OMS, ha adoptado el indicador perímetro braquial para uso comunitario, a fin de detectar oportunamente estos casos, dado su riesgo inmediato de mortalidad ⁽²³⁾.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El 61% de las madres no perciben la desnutrición infantil, particularmente en niñas.

La categorización acertada la dieron mayormente las madres vinculadas con las organizaciones comunales, mientras que la cercanía al establecimiento de salud influye más en la percepción acertada de normalidad.

El nivel de alfabetismo y el status económico, no influyeron en la percepción acertada o no del estado nutricional.

En la zona estudiada las intervenciones en desnutrición infantil, deben incluir a las organizaciones comunales, programas tipo desviación positiva pueden ser una opción acertada.

Dada la mayor capacidad para percibir los niños eutróficos, los mensajes deberían orientarse hacia la duda de la madre acerca de la desnutrición de sus niños, a fin de que puedan acudir oportunamente a los servicios de salud, estos mensajes deberán mantenerse en estrecha coordinación con las organizaciones sociales de base de las comunidades dado el acceso más eficiente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ENDES 2000. Encuesta demográfica y de salud familiar. Lima: INEI; 2000.
2. Mendoza W. La desnutrición como causa de Mortalidad infantil en el Perú, Ponencia presentada en el I Congreso Internacional y VII Congreso peruano de Nutrición, Sociedad peruana de Nutrición. Lima, Perú. 2004.
3. MINSA. Evaluación del Impacto de Intervenciones Sanitarias de la DGSP 2002-2003. Lima: Ministerio de Salud; 2004.
4. Grupo de Colaboraciones y Recursos para la supervivencia infantil – CORE. Desviación Positiva / Talleres Hogareños: Una guía de recursos para la rehabilitación sostenible de niñas(o) desnutridas(os). Washington, DC: CORE; 2002.
5. Rogers B, Rajabiun S, Levinson J, Tucker K. Reducción de la desnutrición crónica en el Perú: propuesta para una estrategia nacional. Tufts University: 2001.
6. Jain A, Sherman SN, Chamberlin DL, Carter Y, Powers SW, Whitaker RC. Why don't low-income mothers worry about their preschoolers being overweight? *Pediatrics*. 2001;107:1138-46.
7. Simondon K, Simondon F. Infant feeding and nutritional status: The dilemma of mothers in rural Senegal. *Eur J Clin Nutr*. 1995;49:179-88.
8. Simondon K, Costes R, Delaunay V, Diallo A, Simondon F, Richard M. Child's height, health and appetite influence mothers' weaning decisions in rural Senegal. *Int J Epidemiol*. 2001;30:476-81.
9. Baughcum A, Chamberlin L, Deeks C, Powers S, Whitaker R. Maternal perceptions of overweight preschool children. *Pediatrics*. 2000;106:1380-6.
10. Davis H, Gergen P. Mexican-American mothers' reports of the weights and heights of children 6 months through 11 years old. *J Am Diet Assoc*. 1994;94:512-6.
11. Roy S, Rahman M, Mitra A, Ali M, Alam A, Akbar M. Can mothers identify malnutrition in their children? *Health Policy Plan*. 1993;8:143-49.
12. Maynard L, Galuska D, Blanck H, Serdula M. Maternal perceptions of weight status of children. *Pediatrics*. 2003;111:1226-31.

13. Boutelle K, Fulkerson JA Neumark-Sztainer D, Story M. Mothers' perceptions of their adolescents' weight status: are they accurate? *Obes Res.* 2004;12:1754-7.
14. CLAS Ocongate. Evaluación anual Centro de Salud Ocongate. Cusco: Ministerio de Salud; 2004.
15. FONCODES. Mapa de pobreza del Perú. Lima: FONCODES; 2001.
16. OMS. Declaración de Alma Ata, Salud para todos. Alma Ata: OMS; 2003.
17. Myatt M, Khara T, Collins S. A review of methods to detect cases of severely malnourished children in the community for their admission into community based therapeutic care programs, background paper. Geneva: 2005.
18. Engle P, Menon P, Haddad L. Care and Nutrition: Concepts and measurements IFPRI, Washington DC: IFPRI; 2001.
19. Ivanovic D, Castro C, Ivanovic R. Conocimientos alimentarios y nutricionales de madres de escolares de educación básica y media de diferentes niveles socioeconómicos, *Arch. Latinoam Nutr.* 1997;47:248-55.
20. Sivaramakrishnan M, Patel V. Reasoning about childhood nutritional deficiencies by mothers in rural India: a cognitive analysis. *Soc Sci Med.* 1993;37:937-52.
21. Waihenya EW, Kogi-Makau W, Muita JW. Maternal nutritional knowledge and the nutritional status of preschool children in a Nairobi slum. *East Afr Med J.* 1996;73:417-8.
22. Ohzeki T, Ohtahara H, Hanaki K, Urashima H, Tsukuda T, Tanaka Y. Maternal perception of children's weight in relation to eating disorders. *Acta Psychiatr Scand.* 1996;94:279-80.
23. OMS. WHO, UNICEF and SCN Informal Consultation on Community-Based management of Severe Malnutrition in Children, Meeting report. Geneva: OMS; 2005.

Correspondencia:
Dr. Ricardo Bado Pérez
E-mail: ribadope@hotmail.com