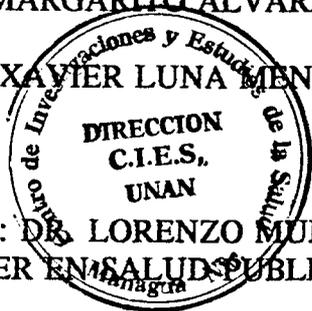
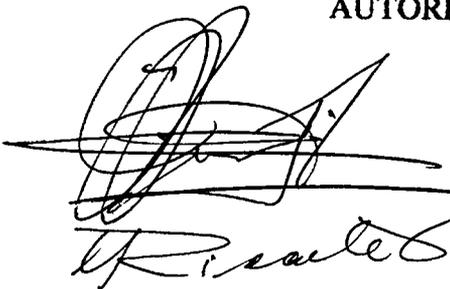


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA  
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE SALUD  
ESCUELA DE SALUD PUBLICA

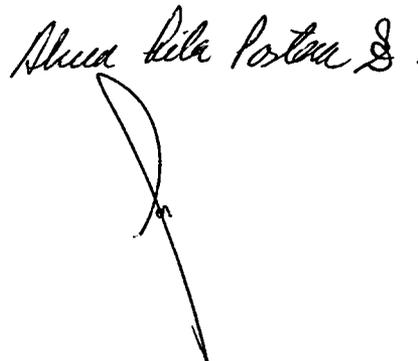
CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS DE LACTANCIA MATERNA  
Y ESTADO NUTRICIONAL  
EN NIÑOS / NIÑAS MENORES DE 2 AÑOS  
SILAIS CHONTALES, SEPTIEMBRE-NOVIEMBRE 1994.

AUTORES: DR. MARGARITO ALVARADO JARQUIN

DR. XAVIER LUNA IBENA



TUTOR: DR. LORENZO MUÑOZ  
MASTER EN SALUD PUBLICA

*Nubia Herrera*  


ASESORA: LIC. NUBIA HERRERA  
ASESORA OPS/INCAP

MANAGUA, NOVIEMBRE 1996.

## **AGRADECIMIENTO**

**Agradecemos infinitamente a Dios Padre Todo Poderoso por habernos apoyado diariamente en el desarrollo de nuestro trabajo monografico que será de gran interés en el beneficio de la atención a los niños del SILAIS Chontales.**

**Al Dr. Lorenzo Muñoz, Lic. Yadira Medrano y Dra. Margarita Pérez por la dedicación y paciencia que tuvieron para tutorear y hacer positiva y de calidad dicha investigación operativa.**

**A todas aquellas personas como el Lic Marcos Olivares, Sra. Carmen Guillén, Dr. Julio Blanco, Sra. Norma Lazo, Sr. Halil Navarrete y Lic Manuel Cruz que con la ayuda incondicional que aportaron de una u otra forma fue posible concluir este trabajo.**

**Dr MARGARITO ALVARADO J.**

**Dr. J. XAVIER LUNA MENA.**

## DEDICATORIA

**Dedicado:**

**En primer lugar a Dios, nuestro señor quien con su divina gracia espiritual me ayudo durante todos los años de estudio desde primaria hasta la especialidad de Master en salud publica logrando alcanzar la meta deseada.**

**A mis padres:           ARCADIO LUNA BLANDINO.**

**GLADYIS MENA SOBALVARRO DE LUNA.**

**Que con su apoyo y sacrificios me sirvieron de inspiración para hacer mi sueño una realidad para ayudar a los mas necesitados.**

**A mi Señora esposa: ANA ELIZABHET GAITAN LANZAS DE LUNA.**

**Que con su amor, colaboración y comprensión me motivaron a dar el paso a continuar profesionalizandome.**

**A mis hijos:           JOSE XAVIER LUNA GAITAN.**

**CARLOS FERNANDO LUNA GAITAN.**

**MARIA FERNANDA LUNA GAITAN.**

**Que con sus escasos años de vida y con un futuro positivo para prepararse y servirle a su patria me ha fortalecido para lograr cada día un mayor deseo de superación personal.**

**Dr. JOSE XAVIER LUNA MENA.**

## DEDICATORIA

**Dedicado:**

**En primer lugar al Altísimo quien con su don divino me fortaleció para lograr mi objetivo de profesionalización en la especialidad de Master en salud pública y aplicar los conocimientos en beneficio de los más necesitados.**

**A mis padres quienes están en la gracia del señor:**

**SEBASTIAN ALVARADO URBINA. (QEPD)**

**MARGARITA JARQUIN CASTILLO. (QEPD)**

**Quiénes fueron el pilar fundamental para lograr en mi persona la meta propuesta y así cumplir con mis sueños de servir a las personas en general.**

**A mis hermanos e hijo:**

**Que con su apoyo y colaboración me insentivaron a seguir preparándome.**

**Dr. MARGARITO ALVARADO J.**

## **RESUMEN**

El presente estudio transversal sobre conocimiento y practica de Lactancia Materna de las Madres con niños menores de dos años y su relación con el estado nutricional de los niños, realizado en el Silais Chontales en 1994.

Uno de los grandes retos en salud pública es impulsar la Lactancia Materna y disminuir la incidencia de mal nutrición en los niños, por lo que es necesario orientar los esfuerzos, para promover la Lactancia Materna y de ésta forma garantizar una alimentación optima, para el crecimiento y desarrollo de los niños.

El universo fue de 28,218 mujeres con igual cantidad de niños menores de dos años, seleccionandose una muestra de forma simple y aleatoria de 420 madres e hijos, geográficamente el Silais se estratificó en tres grupos : Urbanos once conglomerados, Rural accesible ocho conglomerados y Rural de difícil acceso once conglomerados.

Los resultados obtenidos en este estudio reflejo de alguna manera los aspectos socio culturales y formas de alimentar a los niños/niñas menores de dos años incidiendo en el estado nutricional, ademas los mismos servirán a los funcionarios locales del Silais para que realicen acciones concretas para enfrentar los malos hábitos de alimentar a los niños/niñas, aplicando las madres los buenos conocimientos que han obtenido de diferentes fuentes de información.

**Los resultados mas importantes encontrados son:**

- **El 71% de los niños tienen estado nutricional normal, 20% en riesgo y un 9% desnutridos.**
- **El 6% de los niños recibieron lactancia materna exclusiva, 43% lactancia mixta y 51% alimentación artificial.**
- **El 74% de las madres tenían conocimiento adecuado y 12% de practica adecuada.**

**Las recomendaciones mas importantes planteadas en el estudio fueron :**

- **Realizar campaña sistemática de forma masiva e individual sobre la importancia de la Lactancia Materna utilizando todos los recursos humanos y materiales disponibles en el Silais.**
- **Vigilar el estado nutricional de los niños en coordinación con las diferentes instituciones del estado y ONG que tienen dentro de sus planes acciones sobre la protección de la niñez.**

# INDICE

<b>I.</b>	<b>INTRODUCCION</b>	<b>1</b>
<b>II.</b>	<b>ANTECEDENTES</b>	<b>3</b>
<b>III.</b>	<b>JUSTIFICACION</b>	<b>7</b>
<b>IV.</b>	<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>8</b>
<b>V.</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>9</b>
<b>VI.</b>	<b>MARCO TEORICO</b>	<b>10</b>
<b>VII.</b>	<b>DISEÑO METODOLOGICO</b>	<b>33</b>
<b>VIII.</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>39</b>
<b>IX.</b>	<b>DISCUSION Y ANALISIS</b>	<b>47</b>
<b>X.</b>	<b>CONCLUSIONES</b>	<b>52</b>
<b>XI.</b>	<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>54</b>
<b>XII.</b>	<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>56</b>
<b>XIII.</b>	<b>ANEXOS</b>	

## **1. INTRODUCCION**

El estado nutricional está condicionado por múltiples factores relacionados entre sí, siendo algunos de ellos la situación socioeconómica y los aspectos socioculturales de la población, los que repercuten directamente en los grupos más vulnerables, que son los niños y niñas menores de dos años, constituyéndose factores determinantes en su desarrollo.

La malnutrición infantil provoca trastornos o disturbios funcionales, disminuyendo el rendimiento físico, la capacidad de aprendizaje y productividad, incrementando la demanda de los servicios de salud por las excesivas tasas de morbilidad y mortalidad infantil que producen u ocasionan.

La alimentación del niño menor de dos años con leche materna es un aspecto esencial en la nutrición infantil debido a que le confiere anticuerpos contra muchas enfermedades, le protege contra la malnutrición, y le brinda apoyo psicológico en la relación madre niño.

En los últimos años la práctica de alimentar al bebé con leche materna, ha disminuido considerablemente y ha sido sustituida por la alimentación artificial, consecuencia de los nuevos patrones de vida del mundo moderno y de la aparición en el mercado de leches industrializadas cuyo uso ha sido favorecido por la propaganda, la

**campaña contra la lactancia materna y las malas políticas que apoyan la no utilización de la lactancia materna en los diferentes países de la Región.**

**Actualmente está claramente demostrado que la leche humana es el alimento más completo e insustituible para la alimentación de los niños durante sus primeros seis meses de vida y que la práctica de la lactancia materna es esencial hasta el primer año de vida, e incluso hasta el segundo año de vida, según lo recomienda la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los gobiernos suscritos a la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia.**

**El gobierno de Nicaragua, consciente de la necesidad de la lactancia materna ha impulsado por medio del Ministerio de Salud (MINSAL), una resolución ministerial para fomentar la lactancia materna a todos los niños menores de dos años de edad.<sup>1</sup>**

**Cuando el niño o la niña no son alimentados con leche materna tienen mayor riesgo de afección de su estado nutricional, esto se incrementa en aquellos que provienen de familias numerosas y/o con escasos recursos económicos ya que la cantidad y calidad de los alimentos se disminuye, aumentando así las probabilidades de contaminación y se facilitan las malas técnicas de preparación y conservación de los alimentos.**

## 2. ANTECEDENTES

En un estudio sobre Estado Nutricional<sup>2</sup> realizado en los Departamentos de Rivas, Granada, Carazo y Masaya; en niños menores de seis meses, se encontró que de 600 niños que se estudiaron el 78% no recibieron lactancia materna, de los cuales el 32% se encontraron con bajo riesgo de desnutrición y el 11.53% desnutrido. El 52.89% de los menores de tres meses recibieron lactancia materna, el 36.48% de los 3-6 meses, el 49.30% de los 7 meses a un año y en los grupos mayores de un año la lactancia fue de un 51.37%.

Un estudio realizado en el Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera de Managua, sobre el estado nutricional en mil niños menores de seis meses<sup>3</sup> demostró que de 527 niños eutróficos el 48% no recibió lactancia materna, de los desnutridos con segundo y tercer grado el 49% y el 56% respectivamente no recibieron lactancia materna. Solamente el 50% recibieron lactancia materna y el 52% inició la ablactación antes de los 3 meses.

La incidencia y duración de la lactancia materna estudio<sup>4</sup> en 50 madres encontrándose que el 100% de estas iniciaron la lactancia materna durante el primer año de vida del niño. Sólo el 12% dio lactancia materna exclusiva.

Los factores que incidieron para iniciar la alimentación complementaria fueron: el 27.2% por que el pecho no sustenta al niño, o enseñan a los hijos a comer otros alimentos, el 11.3% no le baja la leche, el 2.27% por problema del pezón, le baja mucha leche y se escapa de ahogar (2.27% c/u).

El 42% de los niños fueron destetados antes de los 3 meses de edad y entre las razones para el destete precoz fueron, al primer mes: utilización de fármacos y no producción de leche; al segundo mes el 58.3% de las madres tenían que trabajar, el 25% por enfermedad de la madre y el 2% por planificación familiar; al tercer mes, el 37.5% por planificación, el 25% por la no producción de leche, el 12,5% por trabajar, náuseas y fallecimiento del niño.

Un estudio realizado en la Región I de Nicaragua,<sup>5</sup> mostró que más del 61% de los menores de 2 meses estaban recibiendo lactancia materna, en cambio en el grupo de edad de 6 a 8 meses sólo el 58.1% la estaba recibiendo. El 37.7% de niños del área rural y el 27.1% del área urbana, recibían lactancia materna exclusiva, siendo la edad promedio en menores de 2 meses de edad. Se encontró que a mayor escolaridad de la madre menor porcentaje de lactantes.

El motivo más frecuente para la interrupción de la lactancia en ambas áreas era que el niño ya no quería, que la leche era insuficiente o enfermedad de la madre o del niño. La introducción temprana de otros alimentos, es más marcada en el área urbana, donde el 43.1% de los menores de 2 meses ya reciben otros líquidos.

En un estudio realizado en San Lorenzo, Boaco<sup>6</sup> en niños menores de dos años se encontró que sólo el 6.6% tenían lactancia materna y de éstos sólo el 3% recibía lactancia exclusiva. El 85% de las madres que no daban lactancia eran menores de 30 años. El 68.7% de las madres destetaron a sus hijos por: poca leche, rechazo del niño, niño enfermo y la leche enferma al niño. El 11.2% recibió información del personal médico y paramédico, el 4.9% por parteras, brigadistas y familiares y el 2.8% por medios de comunicación.

En un estudio realizado en Managua sobre alimentación en menores de un año<sup>7</sup> se encontró que de un total de 80 niños el 2.5% recibió lactancia mixta, 11.3% recibió lactancia exclusiva y el 2.6% recibió lactancia artificial. El 94.7% inició la ablactación antes de los cuatro meses.

En una encuesta realizada sobre salud familiar en Nicaragua por PROFAMILIA durante 1992 y 1993<sup>8</sup> se encontró que de 3,161 niños menores de 5 de años de edad, el 92% fue alimentado con el pecho materno. Entre las razones para no haber iniciado nunca la lactancia, el 15% por fallecimiento del niño, el 39% rechazo el pecho, y el 10% estuvo muy enfermo para mamar; el 12% refirió enfermedad materna, 6% problemas en el pezón y el 4% restante por que la madre estaba trabajando.

El promedio global de duración de cualquier tipo de lactancia fue de 12.3 meses, la lactancia exclusiva tuvo un promedio de sólo 6 meses. La duración promedio de lactancia fue mayor en las áreas rurales, en mujeres con menor educación y de hogares con menor nivel socioeconómico.

Un estudio realizado sobre Caracterización de los conocimientos del personal de salud y de las madres que favorecen la lactancia materna<sup>9</sup> se encontró que en general las madres reflejaron conocimientos aceptables en relación a las ventajas de la lactancia materna, el 47% sabían que los niños deben alimentarse sin horario, el 31% saben que las veces que un niño llora no sólo es por hambre, un 27% conoce el concepto de lactancia exclusiva, el 7% sabe que un niño no necesita agua mientras es alimentado al pecho, el 91% sabe el valor nutritivo de la lactancia materna, el 93% conoce que favorece la relación madre e hijo, el 82% conoce que la lactancia materna protege al niño de enfermedades, el 78% sabe el valor del calostro y en general las madres desconocen que hacer para tener bastante leche.

**PREVALENCIA DEL ESTADO NUTRICIONAL EN MENORES DE UN AÑO  
SILAIS CHONTALES 1992-1994(10)**

AÑOS	SOBRE/ PESO	NORMAL	RIESGO	DESNUT.
1992	6.8%	69.8%	3.3%	3.8%
1993	5.3%	77.4%	12%	5.2%
1994	4.3%	68.6%	12.3%	5.4%

Fuente: estadísticas SILAIS Chontales.

### **3. JUSTIFICACION**

El estado nutricional está determinado por factores culturales, sociales y económicos. Dentro de éstos factores hay una serie de elementos que inciden en la prevalencia o ausencia de la lactancia materna, elemento fundamental para satisfacer las necesidades nutricionales, principalmente de los niños menores de 6 meses. Entre ellos, se identifican el nivel académico, ubicación geográfica, estado civil de la madre, creencias y costumbres en relación al estado nutricional del niño y la niña.

Uno de los problemas más sensibles que se han detectado en el área que comprende el SILAIS Chontales, es el estado de malnutrición de los menores de dos años, lo que provoca un aumento de la morbilidad y mortalidad infantil, y secuelas fisiológicas irreversibles en los niños/niñas menores de dos años, situación que requiere de acciones de intervención que modifiquen este problema.

Uno de los posibles factores que incidieron en el estado nutricional del niño, es el nivel de conocimientos y prácticas sobre lactancia materna de parte de las madres con hijos menores de dos años y su estado nutricional; elementos que se obtuvieron a través del presente estudio, lo que facilitará el diseño de una intervención que posibilite un proceso lógico y acertado en la toma de decisiones de las autoridades interesadas en el mejoramiento del problema estudiado.

#### **4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El conocimiento y la práctica de la lactancia materna está asociada a variables de tipo sociodemográficas, entre de las cuales sobresalen la educación procedencia y religión de las mujeres, además la experiencia en embarazos o partos anteriores. Otros elementos que influyen son los medios de comunicación colectivo.

Una mala práctica y conocimientos de lactancia materna y la presencia de algunas patologías asociadas trae como consecuencia un deterioro en el estado nutricional de los niños en estudio.

Es por eso que se pretendió dar respuesta a la siguiente interrogante:

Cuál fue la relación del conocimiento y práctica de la lactancia materna de la madre con el estado nutricional de los niños menores de 2 años de las comunidades seleccionadas en el estudio realizado en el SILAIS CHONTALES septiembre- noviembre de 1994.

## **5. OBJETIVOS**

### **General**

Identificar la relación existente entre el conocimiento y práctica de las madres sobre lactancia materna con el estado nutricional de los niños menores de 2 años estudiados en el SILAIS Chontales, septiembre-noviembre 1994.

### **Específicos**

- 1- Identificar características socio culturales de las madres de los niños/niñas del estudio.
- 2- Identificar el nivel de conocimiento de lactancia materna de las madres de los niños/niñas del estudio.
- 3- Identificar las características de las prácticas de lactancia materna de las madres de los niños/niñas del estudio.
- 4- Determinar formas de alimentación y estado nutricional de los niños\niñas del estudio.

## **6. MARCO TEORICO**

### **Lactancia Materna:**

La lactancia materna es reconocida en todo el mundo como un factor determinante de sobrevivencia infantil. Es la mejor opción para alimentar al niño en los primeros meses de vida, desde el punto de vista nutricional, inmunológico, emocional y preventivo de morbilidad y mortalidad infantil.

No hay plazo absoluto para indicar el término de la lactancia materna, esto dependerá de la velocidad del crecimiento del niño y del estado nutricional de la madre. En general se recomienda comenzar a reemplazar gradualmente el pecho por fórmulas lácteas alrededor de los 12 meses de edad, aún cuando podría ser en etapas posteriores.<sup>11</sup>

La leche materna es el alimento más completo que un lactante puede recibir ya que contiene todos los nutrientes esenciales que necesita para un crecimiento y desarrollo adecuado, proporcionando beneficios a la madre y al niño; desarrolla una mejor relación afectiva con su hijo acercándola más a éste, es más económica y práctica, siempre está disponible y no se requiere nada para su preparación. Existen estudios en Centroamérica y al norte de Canadá <sup>12-13</sup> que han demostrado el papel protector de la lactancia materna contra la desnutrición, enfermedades gastrointestinales, respiratorias, reacciones alérgicas. El hecho de alimentar al bebé con el pecho le permite al infante una transición suave entre la dependencia completa de su madre, y crear su propia resistencia a medida que entre en contacto con agentes externos.

En relación a la práctica de alimentación del lactante, la Organización Mundial de la Salud<sup>14</sup> ha recomendado lo siguiente:

- 1) Todos los lactantes deberían ser alimentados exclusivamente con pecho materno desde el nacimiento hasta la edad de 4-6 meses.
- 2) La alimentación complementaria debería ser introducida durante el quinto y sexto mes, después de los 6 meses la leche materna por sí sola nunca es nutricionalmente adecuada, por lo que posteriormente necesitará alimentación adicional.
- 3) Los niños deberían continuar con la lactancia materna por lo menos hasta los 2 años de edad.

#### **Componentes de la leche humana:**

La leche humana es el nutriente básico que contiene una serie de componentes entre ellos tenemos:

**La inmunoglobulina A secretora (Ig As),** cuya función principal es proteger el tracto gastrointestinal mediante la neutralización de antígenos específicos, disminuyendo el riesgo de las alergias. Además contiene leucocitos vivos, principalmente macrófagos y lisozimas que inhiben el crecimiento y la adhesión a la superficie de la mucosa intestinal de la E. Coli, Salmonella, donde la E. Coli libera las enterotoxinas que son las responsables de las diarreas.

**La lipasa,** estimulada por las sales biliares de la leche materna favorece la capacidad

del lactante para la digestión de las grasas y también ayuda a protegerlo frente a las infecciones parasitarias, ejemplo Giardia Lambia.

En la leche materna y el calostro encontramos anticuerpos del virus de la poliomielitis. Durante los primeros doce meses, el bebe es dependiente de los anticuerpos recibidos a través de la placenta, el calostro y la leche materna.

El calostro, que es la primera secreción de la glándula mamaria, esta diseñado para satisfacer las necesidades fisiológicas del neonato y sirve para limpiar el tracto gastrointestinal de meconio del infante.

Tiene un alto contenido de Ig A, proteínas, globulinas, cenizas, sodio, potasio, vitaminas A y E y caroteno, cabe señalar que dado su naturaleza cambiante es imposible asignarles valores nutritivos específicos.

**Proteínas:** La leche humana contiene una concentración 1.1% en comparación 3.3% de la vaca, dentro de las proteínas están la a-lactoalbúmina, lactoferrina y la caseína que son sintetizadas por la glándula mamaria, éstas proteínas cambian su concentración a medida que avanza la lactancia. Su importancia es que facilitan la digestión, aumentan la absorción y ablandan las heces del niño.

**Carbohidratos:** siendo el principal carbohidrato la lactosa con una concentración de

6.5 a 7% en comparación con la leche de vaca que es de 4.5 a 5%, disminuye el pH intestinal, mejora la absorción de nitrógeno, magnesio y calcio, favorece el crecimiento de bacterias fermentadas disminuyendo de esta forma las alteraciones gastrointestinales y dermatitis perinatales.

**Lípidos:** son los macronutrientes más variables de la leche humana, ya que están influenciados por la alimentación de la madre.

Aportan el 50% de las calorías, y la absorción de éstas es del 85-90% en comparación a la leche de vaca que es del 70%. Se considera que una madre produce aproximadamente 850 ml. de leche diario y que en promedio el contenido energético de la leche humana es de 0.71 kcal/día, el aporte calórico total será aproximadamente 612 Kcal/día, considerando que las necesidades calóricas de un niño son de 116 Kcal/Kg/día en el primer trimestre de la vida y de 99 Kcal/Kg/día en el segundo trimestre, la leche materna cubre las necesidades energéticas del niño hasta el segundo trimestre de vida.

**Vitaminas:** La leche humana contiene aproximadamente el doble de vitamina A, niacina y el cuádruple de ácido ascórbico y tocoferol en comparación con la leche de vaca, pero contiene bajas concentraciones de vitamina K en relación a ésta.

**La lactancia materna exclusiva, es más protectora que la lactancia parcial, la que en cambio es más que la lactancia artificial, ya que la lactancia disminuye la exposición a alimentos y líquidos contaminados, presentándose además peligros del bebé alimentado con fórmulas: gran susceptibilidad e incidencia de infecciones gastrointestinales, mayor incidencia de enfermedades respiratorias producto de la ingesta de antígenos por la contaminación de éstas fórmulas en el momento de su preparación o almacenamiento.**

**La lactancia materna ha declinado considerablemente en áreas periurbanas lo que conduce a un aumento en la incidencia de la desnutrición principalmente el Marasmo, esta declinación ha estado influenciada por factores socio-dinámicos como: inadecuados servicios de salud, inapropiada capacitación del personal de salud en éste tema, organización de los servicios materno-infantil y además por campañas publicitarias de productos lácteos, acceso de la mujer al trabajo, mayor disponibilidad de leches artificiales, población marginal, desnutrición, infecciones de la madre, tensión ambiental. Deben considerarse algunas actitudes maternas que conducen a las madres a suspender o no amamantar a los niños <sup>15</sup>**

- 1- Los pechos son considerados un símbolo primario del sexo,**
- 2- Senos muy pequeños**
- 3- Senos se deforman al dar el pecho al bebé.**
- 4- Pérdida de la confianza o el sentimiento de que el niño no obtiene suficiente alimento, aunque no hay signos obvios de subalimentación. Si se dispone de una leche artificial con frecuencia se inicia en el biberón particularmente cuando el niño llora por la noche.**

- 5- Factores económicos debido a que muchas de las madres tienen que trabajar fuera de casa y con frecuencia se deja al niño con una pariente.
- 6- Falta de información y de apoyo a la madre como resultado de conflictos familiares de manera que no tienen a nadie que los apoye.
- 7- Prácticas inapropiadas de salud como la separación del bebé del lado de la madre en el momento del parto.
- 8- Educación de la madre respecto a las ventajas de la lactancia materna.

**Existen algunas contraindicaciones relativas de no lactancia materna tales como:**

Infecciones agudas en las madres, si el recién nacido no padece la infección, mastitis, fisuras y grietas de los pezones, recién nacido con bajo peso al nacer que esté demasiado débil para succionar el pecho, labio leporino, SIDA, citomegalovirus, Hepatitis B, absceso de la mama, enfermedades virales como: rubéola, varicela, sarampión.

**Algunas contraindicaciones permanentes son:**

Septicemia.

Nefritis.

Eclampsia.

Hemorragia profusa.

Tuberculosis activa.

Fiebre tifoidea.

Drogadicción.

Neurosis.

Psicosis post-parto.<sup>16</sup>

El adecuado conocimiento de las necesidades nutricionales es especialmente válido en la infancia, período de gran velocidad de crecimiento, de mayores necesidades relativas y con mayor riesgo de desviarse hacia el déficit o el exceso. La alimentación exclusiva con leche materna no cubre las necesidades nutricionales ni los requerimientos energéticos entre los 4-8 meses de vida, produciéndose una caída del peso edad, por lo que en el 2do. semestre se requiere introducir nuevos alimentos que no sean maternos.<sup>17</sup>

### **El destete:**

Es el proceso por el cual el lactante se acostumbra gradualmente a la dieta del adulto , pasando de alimentarse con leche materna a la alimentación Familiar esto implica debilitar la relación estrecha que se inició en el útero y continuó después del parto através de la Lactancia Materna.<sup>18</sup>

El destete es un período peligroso para los lactantes y niños pequeños ya que se conoce que hay una proporción más alta de infecciones particularmente de enfermedades diarreicas la cual es mas significativo durante el periodo de destete que en otro período de la vida.

Esto es debido a que la dieta cambia de leche Materna limpia que contiene factores antiinfectiosos a alimentos que se preparan y se dan frecuntemente de manera antihigiénica.<sup>19</sup>

En el destete decisivo, debe tomarse en cuenta el modo y la edad de inicio del destete, de tal manera que sea una experiencia agradable para ambos y para esto es vital los elogios,cuidados y caricias de las madres hacia el hijo.

Al iniciar la introducción de alimentos complementarios es importante considerar las necesidades de energía y nutrientes del niño, la capacidad gástrica, las características de las etapas de desarrollo del niño, relacionadas con la capacidad de succionar y tragar líquidos, deglución, aumento del uso de la musculatura masticatoria, la percepción sensorial del niño, que se incrementa en forma paulatina permitiéndole identificar diferencias de temperatura, sabor, calor, olor, textura y consistencia, de modo que puede comenzar a manifestar preferencias y/o rechazos.

El destete debe iniciarse sustituyendo parte de una tomada por una fórmula o por leche de vaca, poco a poco se terminará por sustituir toda la tomada, a lo largo de los días se va sustituyendo tomada por tomada para suspenderse por completo la alimentación con el seno materno.

Cuando se introducen alimentos complementarios, se debe ir añadiendo a la dieta uno en uno y a intervalos que permita evaluar la tolerancia del niño, los intervalos deben ser aproximadamente cada cuatro días.

La introducción de leche de vaca completa debe iniciarse en la dieta del lactante hasta el final del primer año de su vida y su ingesta debe limitarse a menos de novecientos mililitros al día. Las cantidades mayores pueden limitar la ingesta de otro tipo de alimento y provocar desequilibrios gastrointestinales.<sup>20</sup>

### Malnutrición proteico-energético

El término Malnutrición proteica-energético es relativamente nuevo y se utiliza para describir una amplia variedad de situaciones clínicas que oscilan desde muy graves a las leves .

En los extremos tenemos el Kwashiorkor y el Marasmo nutricional, cuya principal manifestación clínica identificable en los niños es el retraso del crecimiento, puede aparecer en cualquier edad pero es más frecuente en la primera infancia, contribuyendo a los elevados índices de morbilidad y mortalidad infantil. Ambas pueden prevenirse con alimentación al pecho materno durante los dos primeros años de vida del niño, evitar la introducción de alimentación complementaria durante ese período, evitando las infecciones y enfermedades inmunoprevenibles.

La malnutrición sigue siendo una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad infantil en los países en desarrollo de todo el mundo. De cada cinco niños, cuatro sufren algún grado de desnutrición durante el destete.

En los países industrializados como los Estados Unidos, el principal problema de malnutrición es el exceso, en virtud del cual la gran cantidad de calorías y grasa presentes en la dieta contribuye a un aumento desproporcionado de la prevalencia de las enfermedades metabólicas.

En los países subdesarrollados la incidencia de malnutrición va desde el Marasmo hasta la obesidad en niños y está ocasionada por múltiples y complejos factores tales como: falta de lactancia materna, destete temprano, introducción de sustitutos de leche materna con biberón, bajo ingreso, falta de instrucción, ambiente insano, servicios de salud inadecuados, malos hábitos de alimentación, ingesta impropia o inadecuada o a una deficiente absorción de los alimentos, ciertos factores emocionales, infecciones como las enfermedades diarreicas, respiratorias, problemas de la piel, sarampión varicela etc. que provocan una mayor demanda de proteínas y calorías en el niño.

La pobreza puede poner varios alimentos fuera del alcance del presupuesto familiar, por lo tanto ciertos alimentos pueden no ser accesibles en cantidades adecuadas. Usualmente hay una falta de conocimientos o erróneos de los mejores alimentos para los diferentes grupos de edades incluyendo la lactancia materna, la forma de preparar los alimentos, horario, formando parte de la cultura local.<sup>21</sup>

Se debe considerar además que el estado nutricional está determinado por la interacción de la potencialidad del niño como persona y con la interrelación con factores determinantes tales como:

Económico.

Biológicos.

Socioculturales

Presencia de algunas patologías.

Niveles de desarrollo educacional.

Entre otros.

### **Factores económicos**

El desarrollo de un país influye directa e indirectamente en la situación económica de las familias, afectando éste factor el estado nutricional de la familia principalmente a los niños los cuales son los mas vulnerables.

La pobreza y el estancamiento económico es motivo de gran preocupación en grandes sectores poblacionales, el 40-60% de ellos están por debajo del límite de la pobreza, este índice está aumentando y se calcula que alcanzará un 70-75% hacia finales del siglo.

La falta de empleo y subempleo prevalecen en los sectores tanto industrial como agrícola. Esto se une a la creciente tasa de inflación teniendo gran repercusión sobre la salud de las poblaciones de países en vías de desarrollo.

Un número cada vez más grande de familias se está movilizándose hacia las ciudades y pueblos donde se encuentra mucha desnutrición principalmente en las áreas periurbanas de bajo ingreso. Las causas de este problema son la pobreza que asociada a la ignorancia repercuten en la desnutrición, ya que estos factores limitan los recursos económicos para la capacidad de comprar los alimentos.

Asociado a estos factores encontramos la mala distribución de los alimentos en los miembros de una familia sobre todo en los niños en sus primeras etapas de la vida donde sus requerimientos nutricionales son mayores. Esta situación se agrava cuando la madre trabaja fuera de casa. Esto viene a reflejar que el nivel de instrucción nutricional en la madre es esencial y que está en dependencia de la situación socioeconómica de la familia.

### **Factores biológicos**

Estos factores en gran parte dependen de una nutrición materna adecuada desde la vida intrauterina del niño, hasta los primeros seis años en la cual es totalmente su dieta dependiente de sus padres. De ahí que se identifican factores de riesgo que en medida directa o indirecta determinan el estado nutricional del niño.

**a.- Edad:** El riesgo de malnutrición proteica energética es grande entre los 6 y 18 meses de edad, cuando el niño está en una etapa de crecimiento rápido y si el alimento que suele dar no es el adecuado. Por añadidura son frecuentes las enfermedades infecciosas.

**b.- Sexo:** En muchas culturas se valoran más a los niños que a las niñas por razones sociales y económicas, conciente o inconcientemente se desatienden a las niñas.

**c.- Número de hijos:** En las familias numerosas es frecuente la falta de disponibilidad y la mala distribución de los alimentos. A veces se descuidan a los niños más pequeños por exceso de trabajo de las madres. Si una madre queda gestante cuando su último hijo tiene, por ejemplo, 6 meses, es posible que lo desatienda. La leche materna disminuirá y el tiempo y la atención se centrarán más en el nuevo bebé.

**d.- Gemelos:** En estos niños confluyen varios factores de riesgo elevado, son pequeños y tal vez reciban solo una parte de los cuidados que la madre podría dar a un solo niño.

**e.- Crecimiento insuficiente en los Primeros Meses:** Esto solo se puede detectar pesando al niño regularmente. Un niño debe ganar por lo menos 500 gramos durante cada uno de los tres primeros meses de vida. Muchos niños que ganan menos de esto acaban desnutridos. Las causas pueden ser diversas, pero la más importante es la falta o interrupción de lactancia materna.

### **Factores socioculturales.**

**a- Educación de las madres:** La malnutrición se presenta en la población total de los países en desarrollo y particularmente en mujeres en edad fértil. Hay estudios que evidencian que si la mujer gestante mejora su dieta durante los primeros meses del embarazo o bien a principios de la vida, habrán efectos favorables e importantes en el peso al nacer, en la tasa subsiguiente de crecimiento y en la conducta posterior.

Así mismo una dieta insuficiente de la madre puede conllevar a anemias nutricionales siendo esto propenso a infecciones lo que al final viene a repercutir en los requerimientos nutricionales de su hijo. Es por ello que se hace necesario la evaluación del nivel de nutrición de toda mujer embarazada, determinando una historia dietética en lo que se considere su estilo de vida, situación familiar y hábitos dietéticos.

**b- Actividad Laboral:** El factor trabajo de la madre se relaciona con la duración del amamantamiento, como ha sido evidencia en diversos estudios realizados, tanto en sectores de altos como de bajos ingresos.

Desafortunadamente en los países en desarrollo existe una inclinación a reducir la duración de la lactancia materna y a usar más los sustitutos de la leche. Esta tendencia se está extendiendo de las clases privilegiadas a las menos privilegiadas, especialmente en las ciudades. Jelliffe comenta, que la tendencia de abandonar el amamantamiento para reemplazar la leche materna con alimentación artificial generalmente con el biberón es una de las exportaciones más desastrosas del mundo occidental en años recientes.

**c- Status social:** En muchos países las clases sociales más bajas no participan de los aspectos y actividades importantes de la vida nacional a pesar de los esfuerzos de las agencias de voluntarios y de los gobiernos. Estas personas viven aisladas en sus propios ambientes socioculturales lo que les impide alcanzar el progreso en los aspectos socioeconómicos, culturales y educacional.

**DIFICULTADES DEMOGRAFICAS:** Las familias numerosas son el patrón de las comunidades subdesarrolladas: 35-40% de la población está por debajo de los 15 años de edad y alrededor del 20% es menor de 6 años. Tan alto porcentaje contribuye a la prevalencia de malnutrición protéica calórica, enfermedades transmisibles y altos índices de mortalidad.

**d- Límite educacional:** Una buena proporción de los habitantes de las comunidades subdesarrolladas son analfabetas por las pocas facilidades educacionales. Algunas de estas también se han tornado hostiles a los programas de educación, porque sus miembros educados frecuentemente los abandonan y llegan a ser culturalmente extraños.

**e- Comunicación inadecuada:** Las características sociales y culturales de las poblaciones rurales y las deficiencias en medios de comunicación, hacen que las relaciones con ellos sean difíciles y contribuyen a deficiencias culturales y analfabetismo. Frecuentemente no existen, o son inadecuadas las carreteras que conectan la población rural con las áreas urbanas. Los únicos medios de transporte pueden ser tan escasos y difíciles que las poblaciones pueden quedar completamente aislados de los centros sanitarios.

## **Presencia de algunas patologías.**

### **Elevada Tendencia a las Infecciones.**

La nutrición deficiente, falta de servicios sanitarios, higiene deficiente e inmunización incompleta, llevan a una alta incidencia de las enfermedades contagiosas, como gastroenteritis, infecciones en las vías respiratoria, tuberculosis, y otras enfermedades bacterianas, virales y parasitarias. Las enfermedades infecciosas pueden ser causa directa o indirecta de malnutrición, ya que a menudo es creencia de las madres que un niño enfermo debe comer menos que un niño sano. A su vez la desnutrición severa contribuye significativamente a una deficiencia inmunitaria que conduce a una susceptibilidad aumentada para las infecciones y a una evolución inadecuada de las que generalmente son enfermedades prevenibles.

Una práctica muy corriente en muchas comunidades es reducir la alimentación de los niños cuando presentan infecciones gastrointestinales y otras. En ocasiones se deja de amamantar al bebé ya que algunas madres temen que la ingesta de líquidos agraven el proceso patológico de la diarrea. Actualmente esto carece de argumento científico ya que se ha demostrado por diversos estudios que en la mayoría de las enfermedades infecciosas una dieta adecuada es tan importante como cualquier medicamento y más importante que los contribuyentes.

## **Nivel de desarrollo educacional de la población.**

### **a.- Aspectos sociales del Amamantamiento:**

El éxito del amamantamiento, más que el de muchos otros procesos normales y fisiológicos, dependen de la confianza de la madre en su propia habilidad para la lactancia. En gran parte es un problema de actitud. La madre tiene que experimentar por sí misma que lactar es algo natural, placentero y positivo, y sentir realmente que ello es indispensable para su hijo, en el cual se logra una mejor nutrición, mayor cercanía sensual y estimulación infantil.

Cuando existe una disminución de la ingesta de calorías por parte de la madre se reduce bruscamente la producción de leche. Esta situación se observa en mujeres de diferentes estados nutricionales, estimándose que es más grave en las madres mal nutridas.

### **b- La falta o interrupción de la lactancia Natural:**

Esta es inevitable si la madre muere poco tiempo después de nacer el niño, sin embargo, ocurre a menudo que la madre deja de dar el pecho porque cree equivocadamente que la alimentación con biberón es moderna y buena.

A veces tiene que empezar a trabajar fuera del hogar muy pronto después del alumbramiento y en el centro de trabajo no hay facilidades para amamantar a su hijo.

### **c- Creencia y Supersticiones:**

Muchos factores influyen en el tipo de comidas preparadas en casa y los alimentos que se le dan al niño. Estos incluyen el costo de los mismos, su disponibilidad, las preferencias de la familia, el combustible disponible, los utensilios y del tiempo que la madre disponga para la preparación de los alimentos. Puede que la madre misma decida qué alimentos consumir o no; la frecuencia con que ella cocina cada día, depende en gran parte del trabajo de su marido, la distancia que este tiene que recorrer y las facilidades de que disponga para comer fuera de la casa, deciden cuando se sirve la comida principal del día.

Las costumbres y creencias locales también influyen en el consumo de los alimentos. Desafortunadamente, algunas de estas creencias limitan el consumo de ciertos alimentos como el pescado, huevo, carne, etc. en la dieta de los niños.

La influencia persuasiva de la televisión y la radio puede ser fuerte y muchas personas aunque son inteligentes, no pueden leer para evaluar el valor de los productos que se anuncian. Ciertamente las virtudes atribuidas a algunos alimentos no están amenablemente justificadas.

En las comunidades agrícolas, la educación no debe limitarse a las mujeres, los padres en particular deben ser estimulados para que participen en programas educativos. Es posible que los agricultores se interesen más en sus cultivos, si notan qué tan importantes son estos para sus hijos. Esto refleja que la educación está íntimamente ligada a los esquemas de entrenamiento agrícola que muestra cómo aumentar la producción.

**d- Retraso en Incorporación a la Dieta de Alimentos Complementarios.**

Lo mejor en la alimentación del niño es la leche materna, hasta los dos primeros años de edad. Sin embargo a partir del 4to. mes de edad se deben agregar otros alimentos y aumentar su cantidad a medida que el niño crece. De lo contrario el crecimiento será más lento, lo que puede ser el comienzo de la malnutrición.<sup>22</sup>

**Evaluación Del estado nutricional**

Para evaluar el estado nutricional de los niños existen métodos directos e indirectos:

**Métodos directos:**

Método Clínico

Método Bioquímico

Método Alimentario (Encuestas Alimentarias)

Método Antropométrico.

**Métodos indirectos:**

Estadísticas Demográficas

Tasas de Mortalidad por Grupos de Edad.

Morbilidad y mortalidad por Causas Específicas

Hoja de Balance de Alimento.

El estado nutricional se valora por el métodos Antropométricos por su mayor sensibilidad, fácil interpretación y sencillez de tecnología que se usa para su obtención. Este método es una expresión más directa de crecimiento y desarrollo, goza de una amplia aceptación para ser utilizado con fines de monitoreo de la situación nutricional de la escala poblacional.

Esta evaluación se basa en medidas de peso y talla y en información sobre la edad para calcular 3 indicadores.

Al formar indicadores de grupo en cuanto a la edad, peso y talla se han de tener en cuenta tres relaciones:

- Peso por edad
- Talla por edad
- Peso por talla.

Estos indicadores se comparan con los obtenidos de una población internacional de referencia. Los datos recomendados para este fin son los acopiados por el Centro Nacional de Estadísticas Sanitarias de Estados Unidos.

Además de hacer posible la evaluación de los efectos nutricionales, la comparación permitirá a las autoridades médicas nacionales diagnosticar el problema de la mal nutrición en un sentido epidemiológico (antes de pedir suplemento alimentarios), permitirá además identificar, dentro de cada grupo de edad, a los niños que necesitan alimentación suplementaria.

**Peso para la Edad:** Como un indicador global se compone de las clasificaciones Gómez la cual categoriza niños normales o desnutrición I, II, III grados, según su déficit ponderal.

**Talla para la Edad:** Como un indicador de la historia nutricional pasada, la estatura es afectada más lentamente y por lo tanto, una baja estatura para la edad indican insuficiencia alimentaria crónica.

**Peso para la Talla:** Como un indicador del estado nutricional actual, se refiere el peso que el individuo debería tener en determinada talla. El déficit de peso a una talla determinada habla de una desnutrición aguda.<sup>23</sup>

El comité de expertos de la OMS reunidos en 1977 y nuevamente en 1983 consideró que por razones de naturaleza estadística, las medidas antropométricas de una población debería compararse a la población de referencia de la OMS, en base a punteo de la desviación standar (punteo Z) y no como adecuaciones a la mediana de la población de referencia. Pero aunque existe una mejor justificación estadística para ello, la mayoría de la gente entiende más fácilmente el significado del porcentaje en relación a la mediana y los trabajadores del campo también lo pueden calcular con más facilidad.

El cálculo del puntaje Z compara el valor antropométrico de un individuo con la distribución, por medio de la expresión de la diferencia entre el resultado individual y el promedio de la población de referencia dividido entre la desviación estándar de la población de referencia.

$$Z = \frac{\text{Valor de la medida antropométrica} - \text{Valor de la mediana de la Pobl. de referencia}}{\text{Desviación estándar de la población de referencia}}$$
$$\frac{X - \bar{X}}{DE}$$

Cuando el valor de la medida antropométrica sea menor al valor de la mediana de la población de referencia, el valor de la DE se obtendrá restando -1 del valor de la mediana, y cuando el valor de la medida antropométrica sea mayor que la mediana, la DE se obtendrá restando de +1 DE, el valor de la mediana. Por lo que cuando el valor de la medición antropométrica es menor que la mediana, el puntaje Z será negativo, mientras cuando es mayor que la mediana tendrá signo positivo. Por lo que cuando el valor de la medición antropométrica es menor que la mediana de la población de referencia, el puntaje Z será negativo, mientras que cuando es mayor que la mediana obtendrá signo positivo.

Es importante recordar que la relación que existe entre la desviación estándar y el área de distribución de casos en la curva normal es fija y bien definida. La curva normal es en realidad una distribución simétrica, de donde puede establecerse que:

Dentro de 1D.E., es decir, entre más una y menos una desviación standar, a ambos lados del promedio, se encuentra el 95.5% de las observaciones.

Dentro de 3 D.E. a ambos lados del promedio se encuentra el 99.7% de las observaciones.<sup>24</sup>

## **7.- DISEÑO METODOLOGICO**

El presente estudio fue descriptivo, de corte transversal, realizado en el SILAIS Chontales, durante el período de septiembre a noviembre de 1994.

Universo estuvo constituido por 28,218 madres con igual cantidad de niños menores de dos años, SILAIS CHONTALES septiembre - noviembre 1994.<sup>10</sup>

Muestra se obtuvo a través de la conformación de 3 estratos y de éstos se obtuvieron 30 conglomerados de forma simple y aleatoria de los cuales fueron once urbanos, ocho rural accesible y once rural de difícil acceso desde el punto de vista geográfico. Para facilitar la ubicación de las viviendas de donde se obtuvo la muestra se utilizaron mapas cartográficos y croquis de los diferentes municipios del SILAIS CHONTALES. Para asegurar la representatividad de la muestra se utilizó la siguiente fórmula:

$$n^* = Z^2(P.q) / E^2$$

Nivel de confianza (Z) 1.96

Nivel de precisión (E) 0.5

Variabilidad P= 0.5 y q= 0.5

El tamaño de la muestra de acuerdo a "n" fue de 385 niños, y considerando un 9% de margen de error, totalizó 420 niños ( ver mapa en anexo).

**Los criterios que se utilizaron para la inclusión y exclusión de la muestra fueron:**

- si una madre tenía dos niños menores de dos años solamente se incluía en la muestra el niño menor en edad.
- Para recoger la información tenía que estar presente la madre y el niño o niña para asegurar la veracidad de la información.
- la madre debería contar con algún documento que soportara la edad del niño o niña.
- Si en la vivienda seleccionada no se encontraba madre e hijo menor de 2 años se pasaba a la vivienda siguiente y de igual forma se hizo si en el conglomerado seleccionado no se lograba obtener la muestra completa se pasaba al conglomerado vecino.

## **UNIDAD DE ANALISIS**

- Madres con hijos menores de dos años

## **TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS**

**La obtención de la información fue a travez de fuentes:**

### **PRIMARIA:**

- Madres con niños/niñas menores de dos años.

## **SECUNDARIA:**

- Tarjetas de inmunización y/o partida de nacimiento del niño o niña y estadísticas del SILAIS.

El instrumento de recolección de la información fue un cuestionario, dirigido a las madres con niños menores de 2 años.( ver anexo)

## **VARIABLES DEL ESTUDIO**

Las variables directas del estudio fueron las siguientes:

- conocimientos y prácticas sobre lactancia materna en las madres con hijos/hijas menores de dos años.

La variable indirecta fue:

- Estado nutricional de los niños/niñas menores de dos años.

Para darle salida a los objetivos del estudio se utilizaron las siguientes variables:

Para el objetivo uno:

- Edad en años cumplidos de la madre.
- Procedencia.
- Escolaridad
- Religión.
- Números de partos

**Para el objetivo dos:**

- Nivel de conocimientos sobre lactancia materna

**Para el objetivo tres:**

- Nivel de prácticas sobre lactancia materna
- Causas de suspensión de la lactancia materna.

**Para el objetivo cuatro:**

- Edad en meses del niño/niña
- Sexo
- Estado nutricional.
- Formas de alimentación

### **PLAN DE TABULACION**

Los datos obtenidos fueron codificados y procesados en computadora, con el programa EPI-INFO 5 y anexo de antropometría, y se presentan en tablas y gráficos para lo cual se utilizó el programa Harvard Graphics.

## **PLAN DE ANALISIS.**

**-Edad materna / Estado nutricional de los niños/niñas.**

**-Procedencia / Estado Nutricional de los niños/niñas.**

**-Escolaridad de la madre / Estado nutricional de los niños/niñas.**

**-Religión de las madres / Formas de la alimentación de los niños/niñas del estudio.**

**-Números de partos de la madre / Formas de alimentación de los niños/niñas del estudio.**

**-Nivel de conocimientos de las madres sobre lactancia materna / Estado nutricional de los niños/niñas del estudio.**

**-Nivel de conocimiento de las madres sobre lactancia materna / nivel académico de las madres.**

**-Nivel de práctica de las madres sobre Lactancia Materna / Estado Nutricional de los niños/niñas del estudio.**

**-Formas de alimentación / Estado nutricional de los niños/niñas del estudio.**

**-Causas de suspensión de la lactancia materna.**

**-Sexo de los niños - niñas / Estado nutricional de los mismos.**

**-Grupos étnicos / Estado nutricional de los niños - niñas del estudio.**

## RESULTADOS

En el cuadro # 1 donde se cruza la edad materna con el estado nutricional de los niños/niñas estudiados encontramos que el 71% estaban con estado nutricional normal, 20% en riesgo y 9% desnutrido, al mismo tiempo se observó una distribución etárea de las madres 16% para el grupo de 15 - 19 años, 33% de 20 a 24 años, 22% de 25 a 29 años, 24% de 30 a 39 años y 5% para el grupo de 40 a 44 años.

En la relación estado nutricional edad se encontraron datos relevantes en el total de niños en riesgo como lo es el grupo de madres de 20 a 24 años con el 32% (27) , en el grupo de 30 a 39 años el 33% (28) en riesgo y 26% (10) desnutridos, en los grupos de 15 a 19 y 25 a 29 se encontraron el mayor porcentaje de desnutridos con 27% (10) y 29% (11) respectivamente.

En el cuadro # 2 donde se cruza los diferentes tipos de religión con los tipos de lactancia materna encontramos que el 6% (24) de las madres le dieron lactancia materna exclusiva a los niños/niños, 43% (180) dieron lactancia mixta y el 51% la alimentación fue artificial. Al observar la distribución de las madres por tipo de religión encontramos que el 85% (355) de las madres son católicas, el 18% 76 protestantes, el 8% (35) ateos y otros con el 1 % 4.

En la relación religión y tipos de lactancia podemos decir que las mujeres católicas practican el 67% (16) lactancia exclusiva, 70 % (127) dieron lactancia mixta y el 74% (162) lactancia artificial, las madres protestantes 25% (6) practicaron lactancia exclusiva, 19% (34) mixta

y el 17% (36) artificial, las madres denominadas ateas practicaron un 8% (2) lactancia exclusiva, 9% (16) mixta y 8% (17) artificial y otras denominaciones 0% lactancia exclusiva, 2% (3) mixta y 1% (1) artificial.

En el cuadro # 3 donde se cruza el número de partos con los diferentes tipos de lactancia materna encontramos que el 6% (24) de las madres le dieron lactancia materna exclusiva a los niños, 43% (180) dieron lactancia mixta y el 51% la alimentación fue artificial.

Al observar la distribución de las madres por números de partos encontramos que en el grupo de 1 a 2 partos fue el 35% (147), de 3 a 4 partos 24% (100), y de 5 a más partos 41% (173).

En la relación partos y tipos de lactancia podemos decir que la las mujeres del grupo de 1 a 2 parto dieron el 33% (8) lactancia exclusiva, 34 % (62) dieron lactancia mixta y el 36% (77) lactancia artificial, en el grupo de 3 a 4 partos el 38% (9) practicaron lactancia exclusiva, 22% (40) mixta y el 24% (51) artificial, y en el grupo de madres de 5 a más partos practicaron un 29% (7) lactancia exclusiva, 44% (78) mixta y 40% (88) artificial.

En el cuadro # 3 A encontramos que de las 420 madres estudiadas el 33% se encontraron en el grupo etáreo de 20 a 24 años, 17% en el grupo de 15 a 19 años y un 42% de ellas tuvieron 5 o más partos siendo el grupo mas afectado el de 30 a 39 años.

En el cuadro # 4 encontramos que de los 420 niños estudiados según índice peso / edad y su relación entre las procedencias el 71 % son niños eutróficos, el 20% se encontraban en riesgo de desnutrición y un 9 % desnutrido.

(15)  
x

Los niños/niñas del área urbana y de difícil acceso se encontraron en 38% y 39% respectivamente en riesgo de desnutrición y en un 24% los del área rural accesible.

En el cuadro 4 A, el estado nutricional, según índice peso/edad, de los 153 niños encuestados procedentes del area urbana el 72% (110) presentaron peso normal, el 21% (32) se encontraron en riesgo y el 7% (11) presentaron desnutricion.

El mayor dato de relevancia se encontró en los grupos etáreos de 7 a 9 meses con 7 casos en riesgo de desnutrición y el de 16 a 23 meses con 11 casos en riesgo mas 6 casos desnutridos lo que de 46 casos para dicho grupo 17 se encontraron en riesgo.

En el cuadro # 4 B encontramos que de los 420 niños en estudio, (112 casos) el 26.7% son del area rural accesible, observándose que el 71% (80 casos) de los niños se encontraron eutróficos, el 18% (20 casos) se encontraron en riesgo y el 11% (12 casos ) de los niños menores de 2 años se encontraron desnutridos.

En los grupos etáreos los niños mas afectados son los de 10 a 12 meses en donde de 16 casos 8 (50%) se encontraron con riesgo, en el grupo de 16 a 23 meses de 35 niños 13 (37%) se encontraron con algún grado de desnutrición.

En el cuadro # 4 C encontramos que de los 420 niños en estudio según índice peso /edad (155 casos) el 37% son del area rural de difícil acceso; observándose que el 69% (107 casos) se encontraron eutróficos, el 21% (33 casos) se encontraron en riesgo y el 10% (15 casos ) de los niños menores de 2 años se encontraron desnutridos.

En lo referente a los grupos etáreos los mas afectados son a partir de los 7 meses se encontró mayor cantidad de niños con algún grado de desnutrición siendo el mas relevante el de 16 a 23 meses donde de 40 niños para ese grupo 18 ( 45%) se encontraron en riesgo de desnutrición

En el cuadro # 5 de 420 madres encuestada sobre el nivel académico encontramos que el 71% (297) tenían niños eutróficos, el 20% (85) tenían niños en riesgo y 9% (38) fueron desnutridos.

Por nivel académico se encontró que el 32% ( 135) de la muestra se encontraron con primaria incompleta y de éste grupo 38 (28%) de las madres tenían niños con algún riesgo de desnutrición

Otro grupo es el de madres analfabetas que es el 32% de la muestra y de éste total 38% (51) tienen algún grado de desnutrición.

En el cuadro # 6 de las 420 madres encuestadas para valorar el nivel de conocimiento sobre lactancia materna y su relación con el estado nutricional de los niños menores de 2 años, el 74% de las madres tenían conocimientos adecuados y un 26% tenían conocimientos inadecuados.

De las 312 madres con conocimientos adecuados el 71% (222 niños) se encontraron eutróficos, el 21% (66 niños) se encontraron en riesgo y 8% desnutridos.

De las 108 madres con conocimientos inadecuados el 68% de los niños (74) se encontraron eutróficos, el 19% (20) se encontraron en riesgo y el 13% (14) desnutridos.

En el cuadro # 6 "A" de las 9 preguntas aplicadas en la valoración de conocimientos sobre lactancia materna solo 2 de ellas tuvieron contestaciones inadecuadas las que son: "EDAD EN MESES PARA INTRODUCIR OTRO ALIMENTO COMPLEMENTARIO" con solo un 9% que contestaron adecuadamente la pregunta, de igual manera se comportaron las madres en la contestación de la pregunta " PORQUE NO DIO EL PECHO" con solamente un 7% que contestaron adecuadamente, pudiendo decir que en la realidad las madres estudiadas tienen un 78% preguntas contestadas adecuadamente sobre lactancia materna.

En el cuadro # 6 "B" de las 420 madres encuestadas para valorar el nivel de conocimientos sobre lactancia materna, el 70% (293) tienen adecuados conocimientos y el 30% (127) poseen conocimientos inadecuados.

En el cuadro # 7 observamos que el 92% (387) de las madres tienen conocimientos adecuados indistintamente del nivel de escolaridad y solamente 8% (33) tienen conocimientos inadecuados.

Según el grado de escolaridad de las madres éste no influye en el nivel de conocimiento sobre la lactancia materna dado todos los porcentajes están por encima del 80%.

En el cuadro # 8 de las 420 madres del estudio el 71% de los niños tenían estado nutricional normal, el 20% en riesgo y el 9% desnutrido.

El 88% de las madres tenían prácticas de lactancia maternas inadecuadas y el 12% prácticas adecuadas.

A pesar de existir practicas inadecuadas, el 87% de los niños tenían estado nutricional normal.

En el cuadro # 9 observamos que de las 420 madres del estudio el 44% (185) suspendieron la lactancia materna a sus niños (a) y las causas mas importantes fueron: "El niño no quiso el pecho" con el 25%, "Insuficiente leche" con 13% y "Se le secó la leche" y "Por embarazo" en 10% respectivamente tambien hay otras causas que no hacemos referencias por considerarlas con muy pocos casos.

Analizando los grupos etáreos de las madres que suspendieron la lactancia encontramos que el 38% de ellas corresponde al grupo etáreo entre 20 y 24 años y solamente un 4% correspondió al grupo de 40 a 49 años.

En el cuadro # 10 observamos que de 420 niños del estudio según índice peso / edad y su relación con el sexo se encontró el 71% de niños eutróficos, 20.0% en riesgo y 9.0% desnutrido indistintamente del sexo.

De 204 niños masculinos el 70% se encontraron eutróficos, 23.0% en riesgo y 7% desnutrido.

De 216 niñas el 72.0% se encontraron eutróficas, el 17% en riesgo y 11% de desnutrición.

En el cuadro # 10 A observamos que 204 niños masculinos significaron el 49% de la muestra total y de éste grupo el 70% se encontraron eutróficos el 23% en riesgo y el 7 % desnutrido.

Al observar por grupos etáreos encontramos que los mas afectados estan a partir de los 7 meses en adelante pero el grupo de 16 a 23 meses de 56 niños el 61% ( 34) fue el mas relevante con mayor índice de desnutrición.

En el cuadro # 10 B observamos que 216 niñas significaron el 51% de la muestra y de éste grupo el 72% se encontraron eutróficas, el 17% en riesgo y el 11% desnutrido.

Al observar por grupos etáreos encontramos que los mas afectados estan a partir de los 7 meses en adelante pero el grupo de 16 a 23 meses de 65 niñas 52% ( 34) tambien fue el mas relevante por tener mayores índices de desnutrición.

En el cuadro # 11 encontramos que de 420 niños muestreados indiferente del grupo etáreo el 71% eran eutróficos, 20% en riesgo y el 9% desnutridos.

Al observar por grupos etáreos encontramos que a partir de los 7 meses de edad en adelante el estado de riesgo y de desnutrición es mas relevante.

En el cuadro # 12 observamos que de 420 niños en estudio según índice peso/edad el 71% se encontraron eutróficos, 20% en riesgo y 9% desnutrido indistintamente la forma de alimentacion.

De los 24 niños que recibieron lactancia exclusiva el 92% son eutróficos, 8% en riesgo y 0 % desnutrido.

De los 179 niños que fueron alimentados con lactancia mixta el 72% son eutróficos, 21% en estado de riesgo y 7% desnutrido.

De los 217 niños alimentados artificialmente el 65% son eutróficos, 23% en riesgo y 12% desnutrido.

En el cuadro 12 "A" de los 24 niños que estaban recibiendo lactancia materna exclusiva, el estado nutricional que presentaron según el indicador peso/edad, fue el siguiente: 92% (22) estaban con estado nutricional normal, no encontrándose niños desnutridos. Los dos únicos niños con riesgo de desnutrición pertenecían al grupo etareo de 0-29 días.

En el cuadro 12 "B" de los 179 niños que recibieron lactancia mixta al momento de la encuesta, el estado nutricional, según el índice peso/edad, fue el siguiente: el 72% (129) fue normal, el 20% (37) se encontraron en riesgo de desnutrición y solo un 8% (13) presentaron algún grado de desnutrición.

El mayor porcentaje de niños con riesgo de desnutrición se presentó en el grupo etáreo de 10-12 meses con 26% (9) y de niños con desnutrición en el grupo de 16-23 meses 50% (11).

En el cuadro 12 "C" el estado nutricional según el indicador peso/edad, de los 217 niños que estaban siendo alimentados con leche artificial fue el siguiente: el 65% (141) se encontraron con un estado nutricional normal, el 23% (49) con riesgo de desnutrición y el 12% (27) con algún grado de desnutrición.

El mayor porcentaje de niños con riesgo o con algún grado de desnutrición se encontraron en los grupos etareos de 10 meses en adelante y de éstos el grupo más afectado fue de 16-23 meses con 35 casos de un total de 102 niños para un 34% tomando en cuenta riesgos y desnutridos.

## DISCUSION

En el presente estudio se resaltarán algunas características de las madres y niños seleccionados en las muestras de 30 conglomerados seleccionados que correspondieron al área urbana y rural de los diferentes municipios del SILAIS CHONTALES.

De los 420 niños y niñas sujetos de estudio según índice peso edad que valora la situación nutricional actual se encontró que el 71% de ellos tenían un estado nutricional normal, resultados que son coherentes con los datos sobre prevalencia del estado nutricional en menores de 1 año reportados por el departamento de estadísticas del SILAIS Chontales en los años: 1992, 69.8%; 1993, 77.4% y 1994 68.6%. Los desnutridos representaron el 9% en el estudio y datos reportados entre 92-94 se encontró que oscilaba entre 3.8 y 5.4%. Los niños en riesgo representaron el 20% en el estudio, y datos estadísticos de los años 92-94 se reportó entre el 3.3 y el 12.3%.<sup>10</sup>

En cuanto a la edad de la madre y el estado nutricional de los niños estudiados, las edades mas relevantes de las madres se encontró en el grupo etáreo de 20 a 24 con 33% y de 30 a 39 años con 24%.

Los niños eutróficos fueron de madres que oscilaron en las edades de 20 a 39 años y la mayor afectación de riesgo y desnutrido se encontró en las edades de 15 a 19 y 30 a 39 años las cuales son ambas edades extremos por lo que consideramos que en el grupo de temprana edad la prpblemática es dada por la inmadurez e inexperiencia de las madres en relación al cuidado de los niños y en el extremo superior podemos decir que puede estar determinado

por factores culturales en cuanto a la sustitución de la madre por los hijos mayores los cuales caen en la misma situación de las madres de edad temprana.

En relación a la religión y los tipos de alimentación que practicaron dichas madres encontramos que la religión católica fue la que predominó con un 85% del universo y del grupo de niños que recibieron lactancia materna exclusiva el 67% por lo que consideramos que los grupos religiosos juegan un papel fundamental para orientar sobre las prácticas correctas de la alimentación del niño en el primer año de vida con prioridad al menor de 6 meses.

En relación a partos y tipos de alimentación que practicaron las madres se encontró que los datos no son relevantes en los 3 grupos por tener una distribución equitativa lo que significa que el hecho de parir con mayor frecuencia no ayuda a mejorar las prácticas de la lactancia materna posiblemente esto se debe porque el 50% de las madres estudiadas son jóvenes.

En cuanto a la procedencia y el estado nutricional de los niños, en el estudio no se encontró diferencias entre los que viven en el área urbana y la rural, posiblemente por la facilidad de sustituir alimentos que son producidos para el autoconsumo por la familia al mismo tiempo no se encontró diferencias en los primeros 6 meses de vida entre los que viven en el área urbana y la rural.

Consideramos que los resultados obtenidos en el estudio no se escapan de la situación Nacional en el entendido que dicho problema es una situación multifactorial, pero sin

embargo podemos decir que la prevalencia de la desnutrición del Silais son mas bajas que las reportadas por las estadísticas nacionales.

Según la literatura revisada la malnutrición sigue siendo una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad infantil en los países en desarrollo de todo el mundo. De cada cinco niños, cuatro sufren algún grado de desnutrición durante el destete.<sup>22</sup>

Al asociar el grado de escolaridad de la madre con el estado nutricional del niño se encontró que casi el 80% de las mujeres eran entre analfabetas y primaria incompleta, sin embargo no se encontró asociación entre ambas variables.

El comportamiento de la escolaridad de las mujeres se puede posiblemente explicar por la baja accesibilidad a la educación formal y programas de educación de adultos así como también a la poca cultura de autoprepararse correlacionándose ésto con la literatura revisada donde se señala que la limitación educacional inciden directa e indirectamente en el estado nutricional de los niños.<sup>24</sup>

Al revisar en el estudio el nivel de conocimientos de las madres se encontró que eran adecuados lo que coincide en estudio realizado en Región Atlántico Norte y Sur sobre Caracterización de los conocimientos del personal de salud y de las madres que En referencia a la práctica sobre lactancia materna encontramos que son inadecuadas por tener porcentajes bajos en la utilización de la leche materna aunque superior al estudio realizado en San Lorenzo, Boaco en niños menores de dos años.(6) y estudio en la cuarta región Nov 1987 sobre evaluación del estado nutricional<sup>2</sup> lo que significa que de una u otra manera el trabajo educativo realizado á tenido algún impacto positivo ya que los conocimientos han sido asimilados más rápidamente que la práctica la que de una manera lenta se ha ido

aplicando siendo necesario señalar que existen una serie de factores que han incidido negativamente para que se cumplan las recomendaciones dadas por la O.M.S.(2)(18)(21)

La leche materna es el alimento más completo que un lactante puede recibir ya que contiene todos los nutrientes esenciales que necesita para un crecimiento y desarrollo adecuado, proporcionando beneficios a la madre y al niño; desarrolla una mejor relación afectiva con su hijo acercándola más a éste, es más económica y práctica, siempre está disponible y no se requiere nada para su preparación. Existen estudios en Centroamérica y al norte de Canadá que han demostrado el papel protector de la lactancia materna contra la desnutrición<sup>12-13</sup>.

Se puede decir que a pesar de que las madres tienen un adecuado nivel de conocimiento sobre lactancia materna (74%) la práctica es inadecuada ya que solamente el 6% de las mujeres administró lactancia exclusiva a sus niños siendo menor a lo encontrado en estudio realizado en Managua sobre ablactación y alimentación en 1993<sup>7</sup> y de éstos el 92% tenían estado nutricional normal; en los niños con lactancia mixta y no lactancia los índices de desnutridos y riesgo aumentaron de 8% a 27% y 34% respectivamente. Resultados con los que se podía decir que se encontró alguna asociación entre el estado nutricional de los niños y el tipo de lactancia.

Estos resultados se correlacionan con lo que dice la literatura de que la leche materna es el alimento mas completo que un lactante puede recibir ya que contiene todos los nutrientes esenciales que el niño necesita para un crecimiento y desarrollo adecuado. <sup>12</sup>.

Los valores de desnutrición están ligeramente mayores los de las niñas que las de los niños, pudiéndose explicar quizás por lo que en otros estudios se ha encontrado la preferencia de la madre para el niño varón por la sustitución de la figura masculina en el hogar o por la garantía de la fuerza de trabajo cuando el niño está en edad adecuada de realizarlo. <sup>24</sup>

No hay plazo absoluto para indicar el término de la lactancia materna, esto dependerá de la velocidad del crecimiento del niño y del estado nutricional de la madre. En general se recomienda comenzar a reemplazar gradualmente el pecho por fórmulas lácteas alrededor de los 12 meses de edad, aún cuando podría ser en etapas posteriores.(20)

Las causas de suspensión de la lactancia por parte de las madres fueron en orden de frecuencia: no quiso (25%), insuficiente leche (13%) secó leche, embarazo (10% c/u), trabajo (9%) entre otras.

El motivo más frecuente para la interrupción de la lactancia materna fué que el niño ya no quería, que la leche era insuficiente o enfermedad de la madre o del niño, siendo los grupos de madre jóvenes las que mas suspendieron la lactancia materna siendo lo contrario a las madres de mayor edad las que por su misma experiencia han adquirido los conocimientos y prácticas en la alimentación de los niños/niñas siendo ésto diferente a los resultados del estudio realizado por PROFAMILIA en 1992-1993<sup>8</sup>.

La introducción temprana de otros alimentos, es más marcada en el área urbana, donde el 43.1% de los menores de 2 meses ya reciben otros líquidos.

## CONCLUSIONES.

- 1- El mayor riesgo de desnutrición de los niños del estudio fue en las madres con edades extremos 15 a 19 y 30 a 39 años.
- 2- La mayor práctica de lactancia materna exclusiva de las madres del estudio se dió en las que profesan la religión católica.
- 3- El número de partos no fue relevante en la práctica de las madres en dar lactancia materna exclusiva
- 4- Los conocimientos de las madres fueron adecuados y a pesar de ésto las prácticas fueron inadecuadas.
- 5- Los grupos de niños mas afectados nutricionalmente fueron los de las madres analfabetas y con primaria incompleta.
- 6- En relación al sexo los niños se encontraron levemente mas afectados nutricionalmente que las niñas.
- 7- El problema de desnutrición afectó mas los niños y niñas a partir de los 7 meses de edad.

- 8- En los niños/niñas alimentados con lactancia materna exclusiva la afectación <sup>?</sup> nutricional fue mínima.
- 9- Se encontró mayor afectación nutricional en los niños de los sectores urbanos.
- 10- Las causas mas relevantes para la suspensión de la lactancia materna están dentro del marco de las creencias culturales que les transmiten los familiares o amigos a las madres.

## RECOMENDACIONES.

- 1- Existe la necesidad de fomentar la propagandización masiva de la lactancia materna exclusiva y educación alimentaria a las madres de los niños/niñas desde el nacimiento hasta la edad de dos años mediante campañas donde se involucre a los medios visuales, hablados y escritos.
- 2- Promover el trabajo directamente con las comunidades urbanos y rurales con la participación activa de los líderes de los diferentes grupos religiosos, voluntarios de salud comunal, O.N.G. y personal de salud de unidades básicas mediante la atención integral utilizando estrategias de atención primaria en las unidades y comunidades amigos de la mujer y niñez.
- 3- El personal de salud logren por medio de la organización de club de madres embarazadas pongan en practica los adecuados conocimientos sobre lactancia materna que tienen nuestras madres y se incida directamente en el problema de la desnutrición disminuyendo costos en la alimentación de los niños menores de 1 año con prioridad a los menores de 6 meses.

- 4- Que el SILAIS coordine con las comisiones de protección de la mujer y la niñez y Ministerio del Trabajo el cumplimiento de las leyes de promoción de la lactancia materna en los diferentes centros de trabajos públicos y privados.
  
- 5- Que el Silais ejecute en coordinación con el FONIF acciones de vigilancia y atención del estado nutricional en los comedores infantiles para que sean utilizados exclusivamente en la alimentación de niños en riesgo y desnutridos con prioridad al menor de dos años.

## BIBLIOGRAFIA.

- 1- Ministerio de Salud. Resolución ministerial 54-94. Diario la Prensa. Domingo 7 agosto 1994. Primera sección plana 6. Managua, Nicaragua.
- 2- Menocal B. Nelcys et al. 1987. Evaluación del estado nutricional en niños de 6 meses a 5 años en el área de la cuarta región, noviembre de 1987. Nicaragua.
- 3- Zamora Naxalia et al. 1988. Estado nutricional y patologías asociadas en el hospital Manuel de Jesus Rivera, primer semestre de 1988 en niños menores de 6 meses. Managua, Nicaragua.
- 4- Osorio Ellianne Solorzano Linda. 1988. Incidencia y duración de la lactancia materna durante un período de tres meses en el área de salud Carlos Rugama. mayo 1988. Managua Nicaragua.
- 5- CIES et al. 1992. Diarrea y esfermedades respiratorias agudas en Nicaragua, región I 1989-1992.
- 6- Crisanto C. Dilcia et al. 1992. Práctica y conocimiento sobre lactancia materna en madres con niños menores de dos años, Febrero 1991 - Febrero 1992.
- 7- Rodríguez Verónica, et al. 1993. Identificación del esquema de ablactación y alimentación que emplean las madres en los niños menores de un año que asisten al puesto médico René Cisnero, barrio Altagracia, Managua, Región III 1993.
- 8- Profamilia. 1993. Encuesta sobre salud familiar. Nicaragua.
- 9- Moralez B. Jaqueline. 1993. Caracterización de los conocimientos del personal de salud y de las madres en factores que influyen o favorecen la lactancia materna en los hospitales de la Región Autónoma Atlántico Norte RAAS y Rio San Juan, 1993, Nicaragua.
- 10- Estadísticas del Silais Chontales 1992-1994.
- 11- Olivares Sonia et al. Nutrición, Prevención de riesgos y tratamientos dietéticos. II edición 1991. Santiago de Chile.
- 12- Gerrad jhon et al. Lactancia materna primera consideración. Compendio clínica Santiaguito proyecto concern, Guatemala je/aab/ajem 79.

- 13- Weishart Carol M.D. Lactancia materna primera consideración. Compendio clínica Santiaguito proyecto concern, Guatemala je/aab/ajem 79.
- 14- Valores nutricionales de la lactancia materna establecidos por la Organización Mundial de la Salud 1985.
- 15- Ministerio de Salud, Dirección de higiene y epidemiología y Dirección de nutrición. Protocolo de investigación en tres regiones de Nicaragua, 1990.
- 16- Bell Virginia. 1983. Nutrición en el ciclo de vida. Universidad de Massachusetts. Ed Limusa.
- 17- USAID. Madres y Niños. Boletín sobre alimentación y nutrición materna. Vol 2. No.1 1992. Oficina de nutrición. División de ciencias y tecnología.
- 18- Meneghello J. Fanta E, Paris E, Rosselot J. Pediatría 4ta. edición 1991, Publicaciones técnicas Mediterráneas Santiago de Chile.
- 19- Carmeron Maegaret, Hofvander Yngve. Manual para alimentación de infantes y niños pequeños. Editorial Pax Mexico 1991.
- 20- Nelson Behrman Tratado de Peditría vol. No. I edición 14va.
- 21- Organización Panamericana de la Salud. Conocimientos actuales sobre nutrición. Publicación científica 532. 1991.
- 22- Jellife Derrick. Nutrición infantil en países en desarrollo. Editorial Limusa. 1989.
- 23- Behrman. Tratado de pediatría. Interamericana Mcgraw - Hill España 14va. Edición, volumen I. 1992.
- 24- Guillen Arcia Tirsa I. Estado Nutricional y Factores asociados en niños de 0 a 6 años en el municipio de Moyogalpa, Isla de Ometepe. Rivas, julio 1993.

**A N E X O S "A"**

CUADRO 1

ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS  
SEGUN EDAD MATERNA  
SILAIS CHONTALES, septiembre-noviembre 1994.

ESTADO NUTRICIONAL								
EDAD MATERNA	NORMAL		RIESGO		DESNUTRIDO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
15-19 a	45	15	13	15	10	27	68	16
20-24 a	107	36	27	32	6	16	140	33
25-29 a	68	23	13	15	11	29	92	22
30-39 a	63	21	28	33	10	26	101	24
40-44 a	14	5	4	5	1	3	19	5
TOTAL	297		85		38		420	
%	(71)		(20)		(9)		(100)	

Fuente: Encuesta de Lactancia Materna SILAIS Chontales.

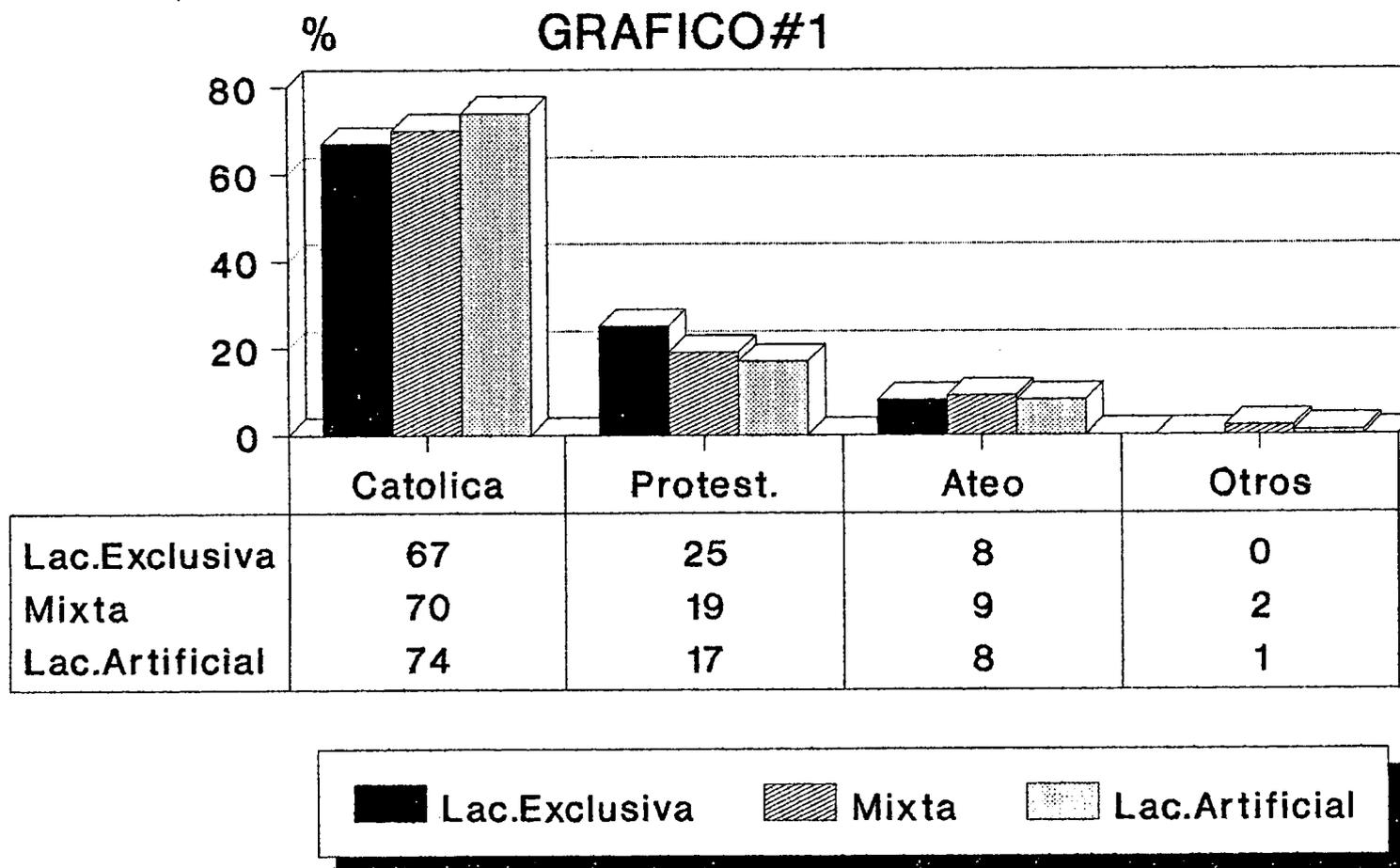
CUADRO 2

RELACION DE LA SITUACION RELIGIOSA DE LAS MADRES  
Y LOS TIPOS DE LACTANCIAS PRACTICADOS  
EN LOS NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS DEL SILAIS CHONTALES,  
septiembre-noviembre 1994.

FORMAS DE LACTANCIAS									
RELIGION	EXCLUS		MIXTA		L. ARTIF		TOTAL		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
CATOLICA	16	67	127	70	162	74	355	85	
PROTEST	6	25	34	19	36	17	76	18	
ATEO	2	8	16	9	17	8	35	8	
OTROS	0	0	3	2	1	1	4	1	
TOTAL	24		180		216		420		
%	(6)		(43)		(51)		100		

Fuente: Encuesta de Lactancia Materna SILAIS Chontales.

# RELAC. DE LA SITUAC. RELIG. DE LAS MAD Y TIPOS DE LACT. PRACT. EN NIÑOS < 2 AÑOS SEPT.- NOV. 1994, SILAIS CHONTALES



Fuente: Encuesta de Lactancia Materna

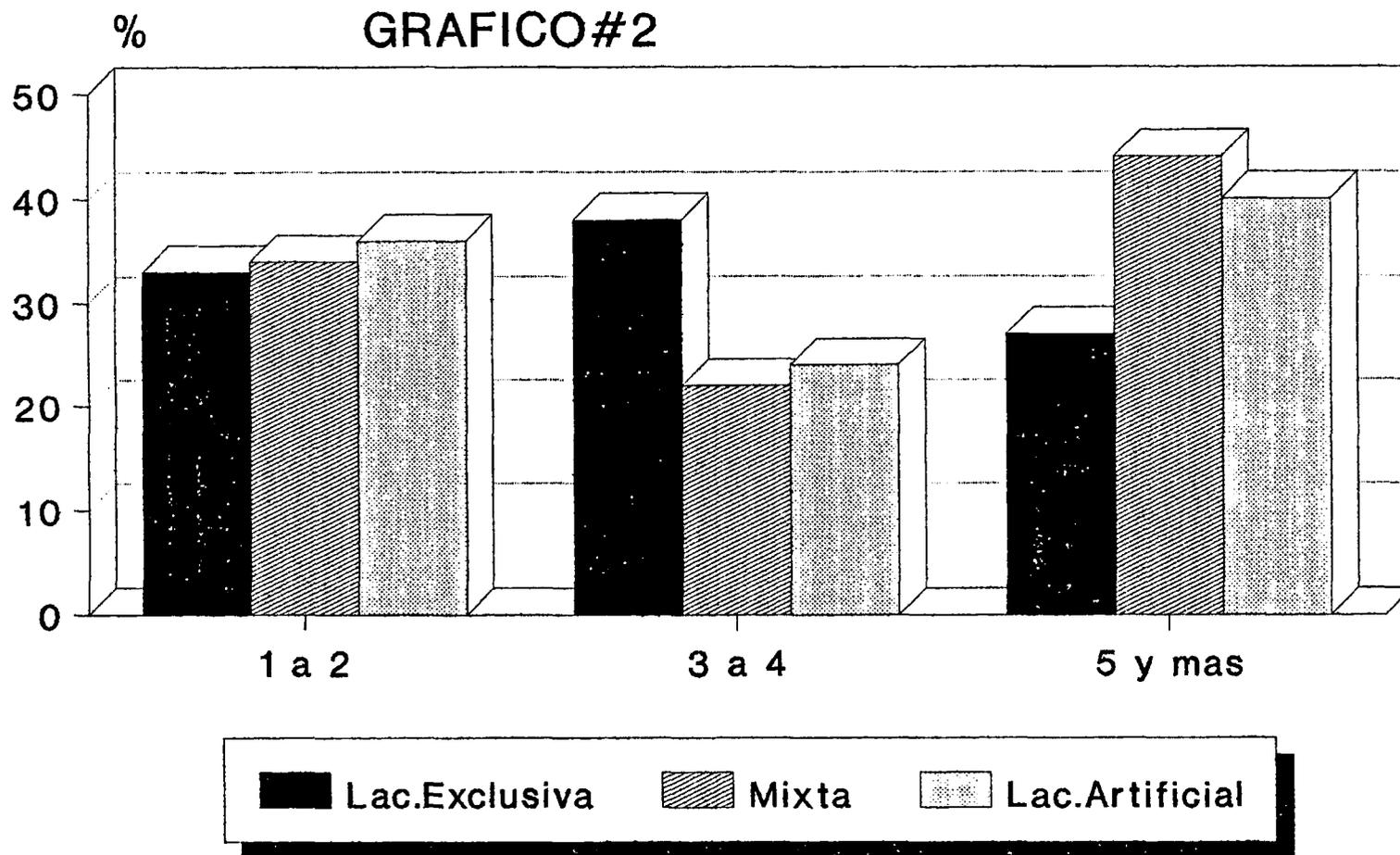
CUADRO 3

RELACION DEL NUMERO DE PARTOS DE LAS MADRES  
Y LOS TIPOS DE LACTANCIAS  
PRACTICADAS EN LOS NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS  
DEL SILAIS CHONTALES.  
septiembre-noviembre 1994.

TIPOS DE LACTANCIAS								
PARTOS	EXCLUS		MIXTA		L. ARTIF		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1 a 2	8	33	62	34	77	36	147	35
3 a 4	9	38	40	22	51	24	100	24
5 y mas	7	29	78	44	88	40	173	41
TOTAL	24		180		216		420	
%	(6)		(43)		(51)		(100)	

Fuente: Encuesta de Lactancia Materna SILAIS Chontales.

# RELAC. NUMERO DE PARTOS DE LAS MADRES Y TIPOS DE LACT. PRACT. EN NIÑOS < 2 AÑOS SEPT.- NOV. 1994, SILAIS CHONTALES



Fuente: Encuesta de Lactancia Materna

CUADRO 4

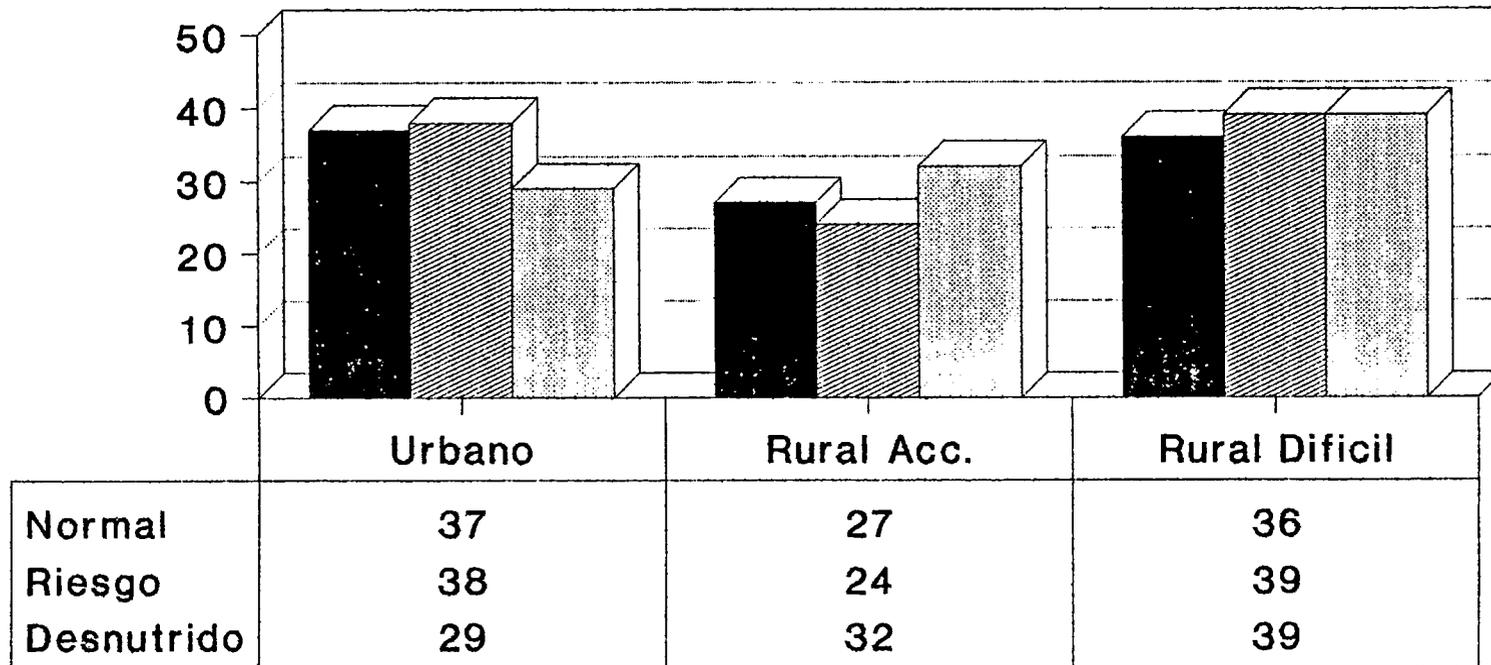
ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS  
SEGUN PROCEDENCIA  
SILAIS CHONTALES, septiembre-noviembre 1994.

ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO									
PROCE DENCIA	NORMAL		RIESGO		DESNUT		TOTAL		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
URBANO	110	37	32	38	11	29	153	36	
RURAL ACCESIBLE	80	27	20	24	12	32	112	27	
RURAL DIFICIL ACCESO	107	36	33	39	15	39	155	37	
TOTAL	297	71	85	20	38	9	420		

Fuente: Encuesta de Lactancia Materna SILAIS Chontales.

# ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS < DE 2 AÑ SEGUN PROCEDENCIA, SEPT. - NOV. 1994 SILAIS CHONTALES

Porcentajes      GRAFICO#3



Fuente: Encuesta de Lactancia Materna

CUADRO 5

ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS /NIÑAS  
 MENORES DE 2 AÑOS  
 SEGUN NIVEL ACADEMICO DE LAS MADRES.  
 SILAIS CHONTALES, septiembre-noviembre 1994

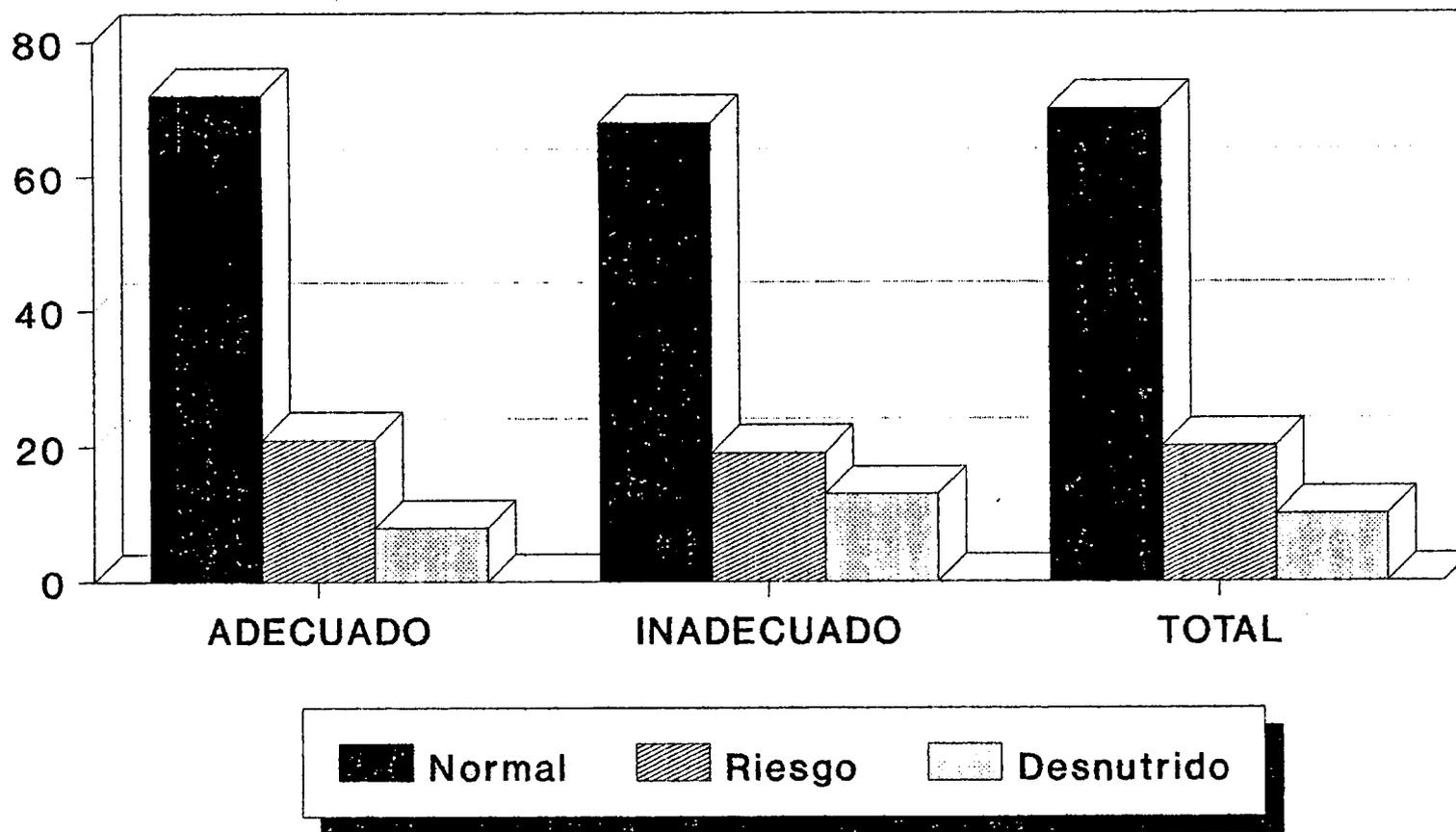
GRADO DE ESCOLARIDAD	ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO							
	NORMAL		RIESGO		DESNUT.		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
ANALFABETA	82	62	33	25	18	14	133	32
ALFABETIZADA	38	72	13	25	2	4	53	13
PRIMARIA INCOMPLETA	97	72	23	17	15	11	135	32
PRIMARIA COMPLETA	22	76	5	17	2	7	29	7
SECUNDARIA INCOMPLETA	38	84	7	16	0	0	45	11
SECUNDARIA COMPLETA	15	75	4	20	1	5	20	5
UNIVERSIDAD INCOMPLETA	5	100	0	0	0	0	5	1
<b>TOTAL</b>	<b>297</b>	<b>71</b>	<b>85</b>	<b>20</b>	<b>38</b>	<b>9</b>	<b>420</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta de Lactancia Materna SILAIS Chontales.

# ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS < DE 2 AÑOS SEG. NIVEL CONOC.DE LAS MADRES SOBRE L.M SEPT. - NOV. 1994 SILAIS CHONTALES

Porcentajes

GRAFICO#4



Fuente: Encuesta de Lactancia Materna

CUADRO 6 A

VALORACION SEGUN EL NIVEL ALCANZADO  
DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA  
A MADRES CON NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS

Septiembre - Noviembre 1994

SILAI S CHONTALES

PREGUNTAS	NIVEL DE CONOCIMIENTO			
	ADECUADA		INADECUADA	
	N	%	N	%
1.- PORQUE DIO PECHO	387	92	33	8
2.- MESES DE INICIO DE OTRO TIPO DE ALIM	37	9	383	91
3.- PORQUE NO DIO PECHO	29	7	391	93
4.- PORQUE LE DEJO DE DAR EL PECHO	185	44	235	56
5.- SE DEBE INICIAR LA LACTANCIA INMEDIATA AL PARTO	382	91	38	9
6.- PORQUE INICIAR LA LACTANCIA INMEDIATA AL PARTO	419	99	1	1
7.- QUE HACER PARA PRODUCIR MAS LECHE	419	99	1	1
8.- CUANTO TIEMPO DIO SOLO LECHE MATERNA	227	54	193	6
9.- PORQUE EL TIEMPO PARA DAR LECHE MATERNA	403	96	17	4

Fuente: Encuesta de Lactancia Materna SILAIS Chontales.

CUADRO 7

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES  
SOBRE LACTANCIA MATERNA SEGUN ESCOLARIDAD  
SILAIS CHONTALES, septiembre-noviembre 1996

ESCOLARIDAD	ADECUADA		INADEC		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
ANALFABETA	121	92	11	8	132	31
ALFABETIZADA	50	93	4	7	54	13
PRIMARIA COMPLETA	27	93	2	7	29	7
PRIMARIA INCOMPLETA	128	94	7	5	135	32
SECUNDARIA COMPLETA	20	100	0	0	20	5
SECUNDARIA INCOMPLETA	37	82	8	18	45	11
UNIVERSIDAD INCOMPLETA	4	80	1	20	5	1
<b>TOTAL</b>	<b>387</b>	<b>92</b>	<b>33</b>	<b>8</b>	<b>420</b>	

Fuente: Encuesta de Lactancia Materna SILAIS Chontales.

CUADRO 8

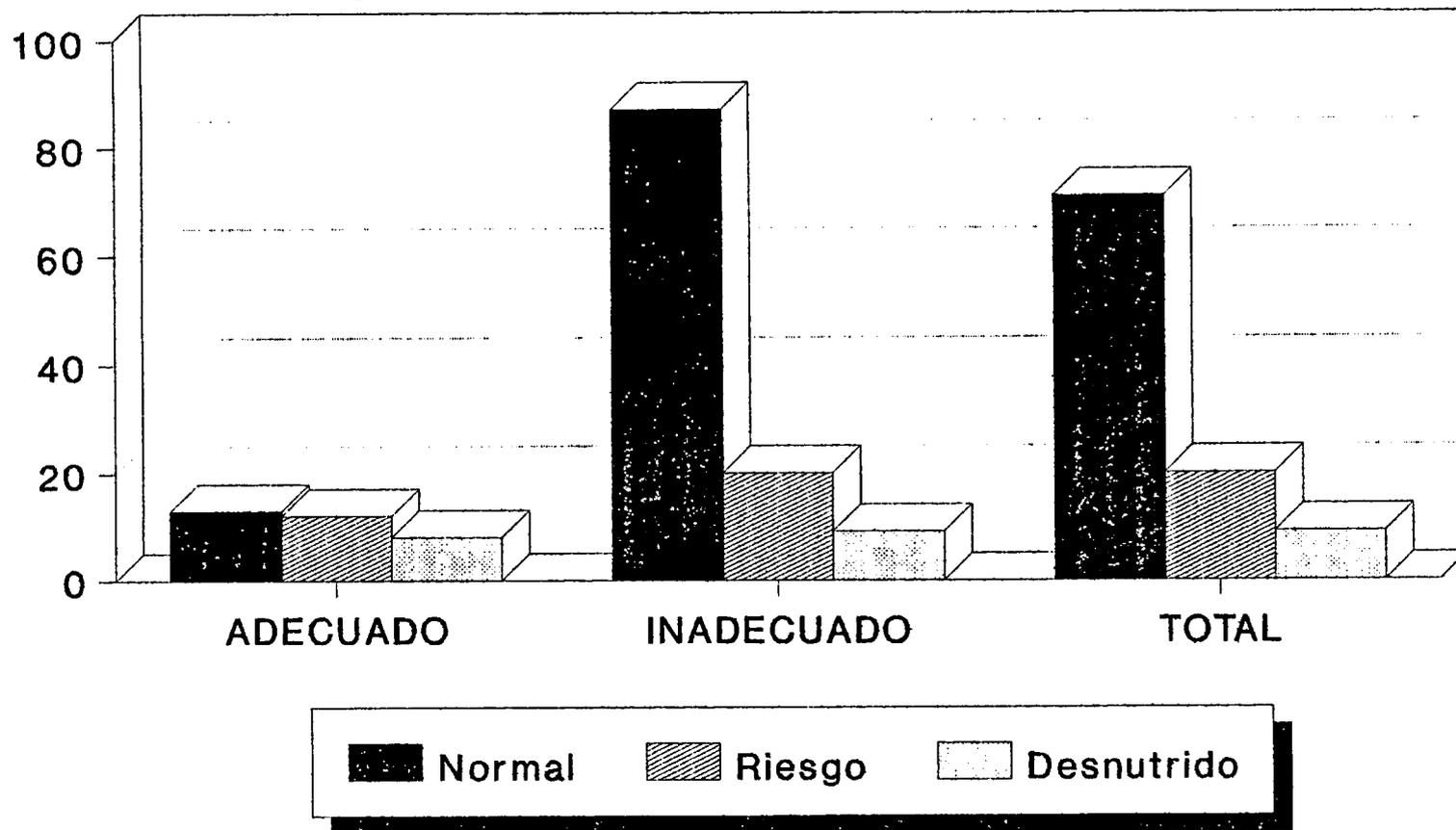
ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS/NIÑAS  
 MENORES DE 2 AÑOS SEGUN NIVEL DE PRACTICAS  
 DE LAS MADRES SOBRE LACTANCIA MATERNA  
 SILAIS CHONTALES, septiembre-noviembre 1994.

NIVEL DE PRACTICAS DE LACTANCIA MATERNA	ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO							
	NORMAL		RIESGO		DESNUT		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
ADECUADO	40	13	10	12	3	8	50	12
INADECUADO	256	87	76	20	35	9	367	88
<b>TOTAL</b>	<b>296</b>	<b>71</b>	<b>86</b>	<b>20</b>	<b>38</b>	<b>9</b>	<b>420</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta de Lactancia Materna SILAIS Chontales.

# ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS < DE 2 AÑOS SEG.NIVEL DE PRAC.SOBRE L.M DE LAS MADRE SEPT. - NOV. 1994 SILAIS CHONTALES

Porcentajes GRAFICO#5



Fuente: Encuesta de Lactancia Materna

CUADRO 9

CAUSA DE SUSPENSION DE LA LACTANCIA MATERNA  
SEGUN EDAD MATERNA  
SILAIS-CHONTALES  
septiembre-noviembre 1994

CAUSAS DE SUSPENSION	EDAD MATERNA											
	15-19		20-24		25-29		30-39		40-49		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
INSUF LECHE	2	8	10	42	6	25	5	21	1	4	24	13
ENF. PECHO	0	0	1	25	1	25	2	50	0	0	4	2
TRABAJO	1	6	4	25	3	19	8	50	0	0	16	9
SECO LA LECHE	3	17	5	28	6	33	4	22	0	0	18	10
CONS. MEDICO	0	0	2	67	1	33	0	0	0	0	3	2
P/ EMBARAZO	4	22	5	28	8	44	1	6	0	0	18	10
POR ESTETICA	0	0	3	100	0	0	0	0	0	0	3	2
PLANIF FAMIL	1	9	6	55	3	27	1	9	0	0	11	6
OTROS	1	6	11	65	1	6	3	18	1	6	17	9
NO QUISO PECHO	9	19	17	36	9	19	7	15	5	11	47	25
NIÑO SE ENFERMO	1	14	1	14	3	43	2	29	0	0	7	4
NIÑO NO SE LLENABA	1	33	1	33	1	34	0	0	0	0	3	2
NIÑO GRANDE	2	14	4	29	1	7	6	43	1	7	14	8
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>14</b>	<b>70</b>	<b>38</b>	<b>43</b>	<b>23</b>	<b>39</b>	<b>21</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>185</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta de Lactancia Materna SILAIS Chontales.

CUADRO 10

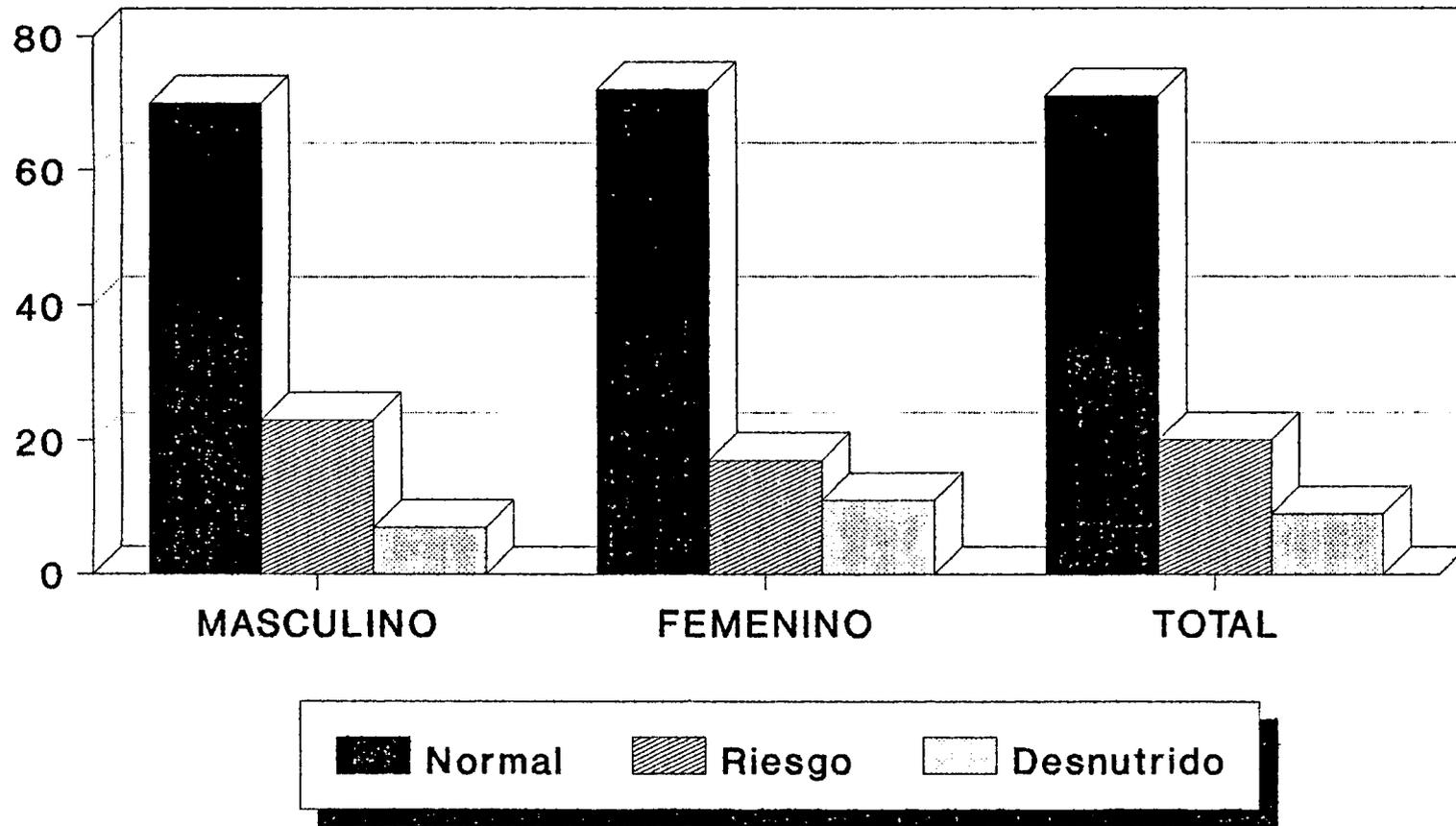
ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS/NIÑAS  
 MENORES DE 2 AÑOS SEGUN SEXO  
 SILAIS CHONTALES, septiembre-noviembre 1994.

SEXO	ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO							
	NORMAL		RIESGO		DESNUT		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
MASCULINO	142	70	47	23	15	7	204	49
FEMENINO	155	72	38	17	23	11	216	51
TOTAL	297	71	85	20	38	9	420	100

Fuente: Encuesta de Lactancia Materna SILAIS Chontales.

# ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS < DE 2 AÑOS SEGUN SEXO, SEPT. - NOV. 1994 SILAIS CHONTALES

Porcentajes GRAFICO#6



Fuente: Encuesta de Lactancia Materna

CUADRO 11

ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS  
SEGUN GRUPOS ETAREOS  
SILAIS CHONTALES septiembre-noviembre 1994.

GRUPOS ETAREOS	ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO							
	NORMAL		RIESGO		DESNUTRIDO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
0-29d	21	7	4	5	1	3	26	6
1-3m	54	18	6	7	2	5	62	15
4-6m	41	14	4	5	3	8	48	11
7-9m	33	11	17	20	3	8	53	13
10-12m	37	13	14	17	5	13	56	13
13-15m	36	12	12	14	4	10	52	13
16-23m	75	25	280	33	20	53	123	29
<b>TOTAL</b>	<b>297</b>		<b>85</b>		<b>38</b>		<b>420</b>	<b>100</b>
<b>%</b>	<b>(71)</b>		<b>(20)</b>		<b>(9)</b>		<b>(100)</b>	

Fuente: Encuesta de Lactancia Materna SILAIS Chontales.

CUADRO 12

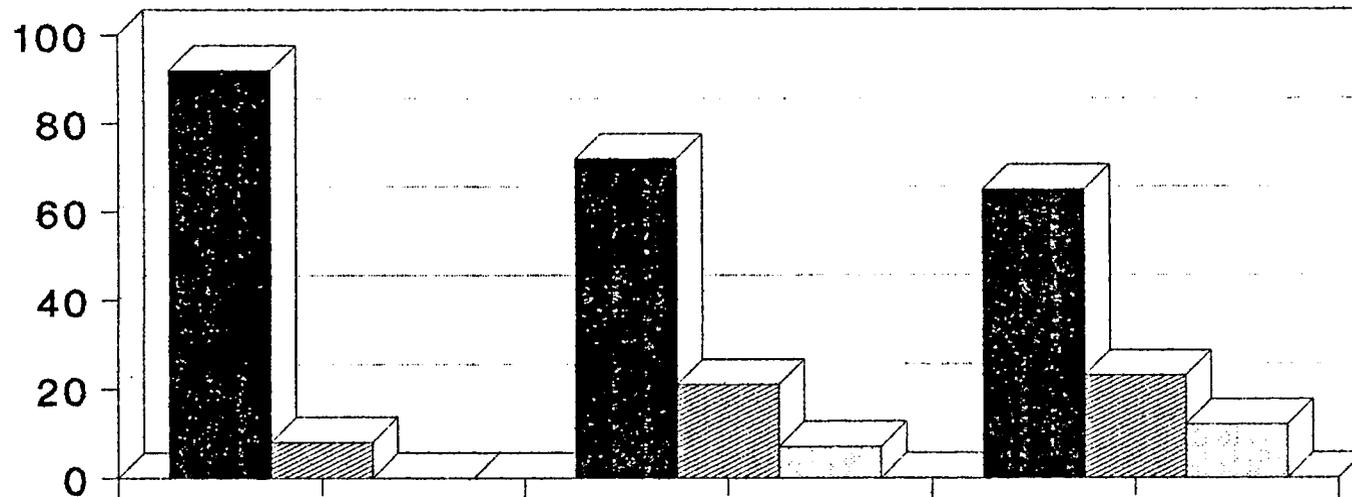
ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS  
SEGUN FORMA DE ALIMENTACION  
SILAIS CHONTALES, septiembre-noviembre 1994.

FORMAS DE ALIMENTACION	ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO							
	NORMAL		RIESGO		DESNUTRIDO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
EXCLUSIVA	22	92	2	8	0	0	24	6
MIXTA	129	72	37	21	13	7	179	43
NO LACTANCIA MATERNA	141	65	49	23	27	12	217	51
<b>TOTAL</b>	<b>292</b>		<b>88</b>		<b>40</b>		<b>420</b>	
<b>%</b>	<b>(71)</b>		<b>(20)</b>		<b>(9)</b>		<b>(100)</b>	

Fuente: Encuesta de Lactancia Materna SILAIS Chontales.

**ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS < DE 2 AÑOS  
SEGUN FORMA DE ALIMENTACION  
SEPT. - NOV. 1994 SILAIS CHONTALES**

**Porcentajes GRAFICO#7**

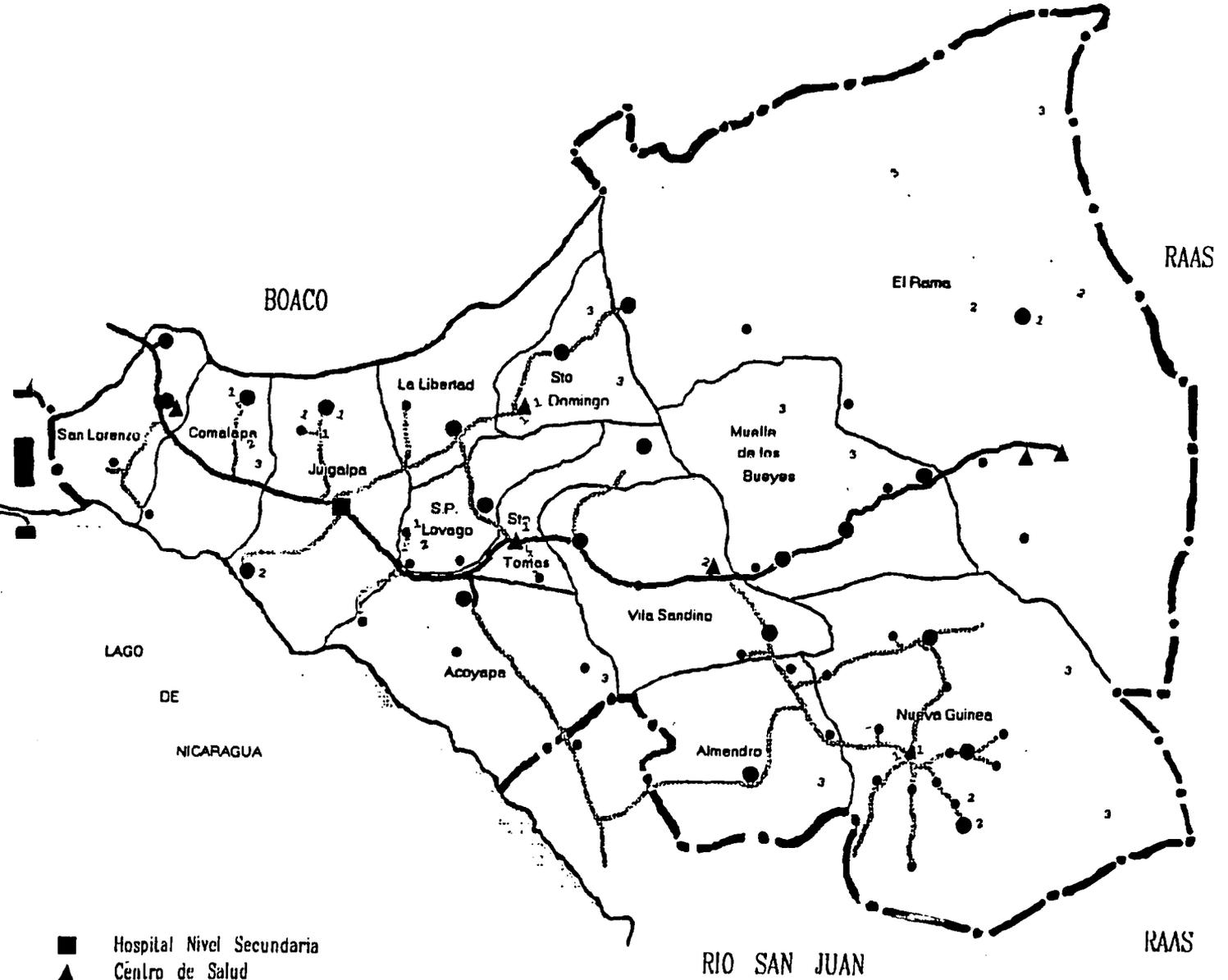


	EXCLUSIVA	MIXTA	NO LAC.MAT.
Normal	92	72	65
Riesgo	8	21	23
Desnutrido	0	7	12

Normal
  Riesgo
  Desnutrido

Fuente: Encuesta de Lactancia Materna

# DISTRIBUCION TERRITORIAL DE CONGLOMERADOS SILAIS CHONTALES



- Hospital Nivel Secundaria
- ▲ Centro de Salud
- Puesto Medico
- Puesto de Salud
- Puesto planificado 1996
- Puesto planificado 1997/1998
- Limite Regional
- Limite SILAIS
- Limite Municipal
- Carretera Pavimentada
- - - Carretera No-pavimentada
- ~ Costa del lago
- Conglomerados Urbanos**
- Conglomerados Rurales Accesibles**
- Conglomerados Rurales de difícil acceso**



**LISTADO DE CONGLOMERADOS URBANOS  
DE DONDE SE OBTUVO LA MUESTRA**

Municip. Area urbana	Localid	No. casas	Poblac. total	Poblac. menor 2 años	No de conglom
Comalapa	zona 4	172	4162	308	1
Juigalpa	zona 6	943	5208	385	2
	zona 2	1097	5696	421	3
	zona 4	876	4992	369	4
Sto. Tomás	Bo Sandino	300	1863	138	5
Sn Pedro Lóvago	zona 1	461	5134	380	6
St.Domin	Z 7-8	606	17929	4326	7 y 8
Nueva- Guinea.	sector 1-8	1754	15512	1148	9 y 10
Rama.	Bo.G.Po	696	3103	230	11

**LISTADO DE CONGLOMERADOS RURALES ACCESIBLES  
DE DONDE SE OBTUVO LA MUESTRA**

Municip Rural Accesib.	Localid	No. casas	Poblac. total	Poblac. menor 2 años	No. de conglom
Comalapa	Moralit	37	298	22	12
Juigalpa	Cuapa	216	6135	454	13
San Ped	Palo Solo	16	155	11	14
Villa Sandino	Gateada	370	2588	191	15
El Rama	Silva-	49	264	20	16
	S Dioni	254	1393	103	17
Nva. Guinea	Colonia Fonseca	276	1504	111	18
	Serrano J Benit Esc	181	1829	135	19

**LISTADO DE CONGLOMERADOS RURALES DE DIFÍCIL ACCESO  
DE DONDE SE OBTUVO LA MUESTRA.**

Municip Rural de difícil acceso	Localid	No. casas	Poblac. total	Poblac. menor 2 años	No. de conglom
Comalapa	Caracol	11	79	6	20
S. Tomás	Surrón	40	331	24	21
S. Domin	Salto Grande	215	1215	90	22
	Chancha	32	276	20	23
M. Bueyes	Congo	37	485	36	24
	Cerro Blanc	60	656	485	25
El Rama	Tutuwac	81	573	42	26
	Mina de Quisila	111	1548	114	27
Nva. Guinea	Sn. Pabl Aguasar	40	259	19	28
	Agua calien	77	772	57	29
Almendro	Talolin	120	62	62	30

## **OPERACIONALIZACION DE VARIABLES**

### **Salida al objetivo uno:**

#### **1) Edad de la madre:**

Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento de la madre hasta el momento en que se le realizó la encuesta y que fueron referidos por ella misma.

Los grupos etáreos fueron:

15 - 19 años	20 - 24 años
25 - 29 años	30 - 39 años
40 - 44 años	45 años y más

#### **2) Escolaridad materna.**

Es el grado o nivel de Educación formal adquirido por la madre, expresado en el momento que se le realizó la encuesta.

Clasificándose de la siguiente manera:

- Analfabeta: madres encuestadas que no sepan leer ni escribir con hijos menores de dos años.
- Primaria: madres encuestadas con hijos menores de dos años, que aprobaron algún grado de primaria.
- Secundaria: madres encuestadas con hijos menores de dos años, que aprobaron algún grado de secundaria.
- Universitaria: madres encuestadas con hijos menores de dos años que aprobaron algún grado universitario.

### **3) Religión:**

Cultos que profesados a un ser divino por las madres encuestadas con hijos menores de dos años éstas se pueden clasificar de la siguiente manera:

- Católicas
- Protestantes
- Ateos
- y
- Otros.

### **4) Números de partos:**

Es el numero de hijos que refiere la madre haber parido al momento que se encuestó y se clasificaron:

-1 a 2 partos

-3 a 4 partos

-5 a más partos.

### **5) Procedencia:**

Es la ubicación geográfica de la vivienda donde vive la madre y el niño, y se clasificó de la siguiente manera:

- Urbana: fueron consideradas todas las cabeceras municipales del SILAIS Chontales.
- Rural accesible: aquellos conglomerados cuya poblacion distó a menos de una hora a pie o a caballo de la unidad de Salud mas cercana.
- Rural de difícil acceso: aquellos conglomerados cuya población distó a más de una hora a pie o a caballo de la unidad de Salud mas cercana.

**Salida al objetivo dos:**

**6) Conocimiento sobre lactancia materna.**

Es la cantidad de información adquirida o no, sobre lactancia materna, por las madres con hijos menores de dos años al momento que se encuestó, y se clasificaron de la siguiente manera:

**- Conocimiento adecuado:**

Cuando las madres entrevistadas contestaron entre 5 - 8 preguntas del total de las 8 preguntas que contenían la encuesta.

**- Conocimiento inadecuado:**

Cuando las madres entrevistadas contestaron menos de 4 preguntas del total de las 8 que contenía la encuesta.

**Salida objetivo tres:**

**7) Practica sobre lactancia materna:**

Son las acciones que las madres realizan en relacion a la lactancia maternas al momento de se encuestaron, reflejandose en la forma de alimentacion que le estan dando al niño y se clasifican:

**- Práctica Adecuada:**

Cuando las madres entrevistadas contestaron de 3 a 5 preguntas correctas de las 5 planteadas en la encuesta.

**-Práctica Inadecuada:**

Cuando las madres entrevistadas contestaron menos de 3 preguntas de las 5 planteadas en la encuesta.

**8) Suspensión de la lactancia materna.**

Son las diferentes causas expresadas por las madres encuestadas y que la motivaron a no continuar utilizando la Lactancia Materna.

**Salida al objetivo cuatro:**

**9- Edad del niño/niña:**

Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de recoger la información, y que fue referido por la madre siendo expresada en meses cumplidos y agrupados distribuidos de la siguiente manera:

- 0 a 29 días.
- 1-3 meses.- 4-6 meses.
- 7-9 meses.- 10-12 meses.
- 13-15 meses- 16 a 23 meses.

**10) Sexo:**

Características orgánicas propias que establecen las diferencias físicas y constitutivas de la especie humana, referida por la madre, clasificadas en:

- a) Masculino.
- b) Femenino.

### **11) PESO:**

Es la medición de la masa corporal del niño al momento de ser pesado por el encuestador, expresándose en kilogramos.

### **12) Estado Nutricional:**

Fue dado por la relación entre el peso y la edad. clasificándose de la siguiente manera:

- **Normal:** estuvo dado entre menos una a más una desviación estandar.
- **Riesgo:** estuvo dado entre menos una a menos dos desviación estandar.
- **Desnutrido:** estuvo dado entre menos dos desviación estandar.

### **13) Formas de alimentación.**

Es la alimentación con leche materna/artificial que el niño o niña recibió de la madre en el período de la vida referido por la madre encuestada, y se clasificó de la siguiente manera:

- a) **Lactancia exclusiva:** Es la alimentación con Leche Materna que recibe el niño o niña desde el momento del nacimiento hasta los 6 meses de su vida y que es referido por la madre al momento de la encuesta.
- b) **Lactancia Mixta:** Es la alimentación suministrada al niño o niña con leche Materna y leche no materna, referida por la madre al momento de realizarle la encuesta.
- c) **Lactancia Artificial:** Es la alimentación suministrada al niño o niña con leche no materna, expresada por la madre encuestada.

**CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS  
RELACIONADOS A LA LACTANCIA MATERNA.**

NOMBRE DEL ENCUESTADOR: \_\_\_\_\_

FECHA DE LA ENTREVISTA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NUMERO DEL CONGLOMERADO: \_\_\_\_\_ NUMERO DEL MUNICIPIO: \_\_\_\_\_

**DATOS DE LA MADRE**

1) EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS: Fecha de nacimiento ----/----/----

Edad \_\_\_\_\_

2) PROCEDENCIA:

URBANO \_\_\_\_\_ Nombre del barrio \_\_\_\_\_

RURAL ACCESIBLE \_\_\_\_\_ RURAL INACCESIBLE \_\_\_\_\_

Nombre de la comarca \_\_\_\_\_

3) NIVEL ACADEMICO:

ANALFABETA \_\_\_\_\_

PRIMARIA COMPLETA --- PRIMARIA INCOMPLETA \_\_\_\_\_

SECUNDARIA COMPLETA \_\_\_\_\_ SECUNDARIA INCOMPLETA \_\_\_\_\_

UNIVERSITARIA COMPLETA \_\_\_\_\_ UNIVERSITARIA INCOMPLETA \_\_\_\_\_

4) RELIGION

CATÓLICA \_\_\_ EVANGELICA \_\_\_ PROTESTANTE \_\_\_ ATEO \_\_\_  
OTROS (especifique) \_\_\_

5) ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS:

partos: \_\_\_

DATOS DEL NIÑO

6) FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

7) EDAD EN MESES CUMPLIDOS \_\_\_\_\_

8) SEXO: MASCULINO \_\_\_ FEMENINO \_\_\_

9) PESO ACTUAL EN KILOS \_\_\_\_\_

PRACTICA SOBRE LACTANCIA MATERNA

10) ACTUALMENTE LE ESTA DANDO PECHO AL NIÑO?

SI \_\_\_ NO \_\_\_ (continúe con pregunta 16)

11) LE DA SOLO EL PECHO? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

SI \_\_\_ (continúe con pregunta 14) NO \_\_\_

12) LE DIO PECHO ALGUNA VEZ A SU HIJO?

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ (pasar a la pregunta 15)

13) CUANTOS MESES LE DIO SOLO EL PECHO \_\_\_\_\_

14) POR QUE LE DA O LE DIO EL PECHO AL NIÑO?

(no lea el listado) (pase a la pregunta 19)

Lo protege contra enfermedades\_\_\_\_

Crece mas sano \_\_\_\_ Evita el embarazo \_\_\_\_

Es mas barato \_\_\_\_ OTRO (especifique)\_\_\_\_

15) A LOS CUANTOS MESES LE COMENZO A DAR OTRO TIPO DE ALIMENTO\_\_\_\_\_

16) QUE TIPO DE ALIMENTOS?

otras leches \_\_\_\_ agua \_\_\_\_ café/té \_\_\_\_ jugos \_\_\_\_  
atoles/tibio \_\_\_\_ banano \_\_\_\_ mogos de verduras \_\_\_\_  
frijoles molidos \_\_\_\_ arroz\_\_\_\_ sopa de bolsa \_\_\_\_  
tortilla \_\_\_\_ pan/galleta \_\_\_\_ huevo \_\_\_\_  
frutas \_\_\_\_ otros sólidos (especifique) \_\_\_\_\_

17) POR QUE NO LE DIO EL PECHO AL NIÑO? (no lea el listado)

a) mama:

no me bajo la leche \_\_\_ se me enfermaron los pechos \_\_\_  
falta de tiempo/trabajo\_\_\_ por consejo del médico \_\_\_  
por consejo de la familia \_\_\_ estética \_\_\_  
mama enferma/debil \_\_\_ otros (especifique)\_\_\_

b) hijo:

no quiso agarrar el pecho \_\_\_  
el niño se enfermo/debil \_\_\_ otros (especifique)\_\_\_

18) POR QUE LE DEJO DE DAR EL PECHO AL NIÑO? (no lea el listado)

a) mama:

no daba suficiente leche \_\_\_ se me enfermaron los pechos \_\_\_  
falta de tiempo / trabajo\_\_\_ se seco la leche \_\_\_  
por consejo del médico \_\_\_ por consejo de la familia \_\_\_  
por embarazo \_\_\_ estética \_\_\_  
planficación familiar\_\_\_ otros (especifique)\_\_\_

b) hijo:

no quiso agarrar el pecho \_\_\_ niño enfermo/debil\_\_\_  
no se llenaba \_\_\_ niño estaba grande \_\_\_  
otros (especifique)\_\_\_

### CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA MATERNA

19) LA LACTANCIA MATERNA SE DEBE INICIAR INMEDIATAMENTE  
DESPUES DEL PARTO?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

20) POR QUE?\_\_\_\_\_

21) QUE DEBE HACER UNA MUJER PARA PRODUCIR MAS LECHE CUANDO  
ESTA DANDO DE MAMAR?(no leer el listado)

tomar abundantes liquidos\_\_\_ pegarse mas al niño \_\_\_  
otros (especifique) \_\_\_\_\_

22) POR CUANTO TIEMPO SE DEBE DAR SOLO LECHE MATERNA? \_\_\_\_\_

23) POR QUE?\_\_\_\_\_

24) CUANTAS VECES EN LAS 24 hrs LE DA EL PECHO AL NIÑO EN ESTE  
MOMENTO\_\_\_\_\_

**INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL CUESTIONARIO SOBRE  
CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS  
RELACIONADOS A LA LACTANCIA MATERNA.**

**Encuestador: REVISE ESTE INSTRUCTIVO ANTES DE LLENAR LA ENCUESTA.**

El presente cuestionario está dirigido a las madres con hijos menores de 2 años. Al llegar a la casa de la persona entrevistada usted se presentará como trabajador de la salud, se identificará y preguntará si en la casa hay niños menores de 2 años, si hubieran niños menores de 2 años entonces preguntará si está la madre, si ella se encuentra usted explicará los objetivos de la encuesta y procederá a realizarla. En caso de que no se encuentre la madre averigue a que hora regresa y deje dicho que volverá para realizar la encuesta.

La madre y el niño deben estar presentes al momento de realizar la encuesta.

Recuerde que los objetivos de la encuesta son para:

- 1.-Conocer lo que la madre sabe y hace sobre la lactancia materna.
- 2.-Relacionarlo con el estado nutricional de los menores de 2 años.
- 3.-Factores socioculturales que inciden en el estado nutricional.

Antes de llenar la encuesta, confirme la fecha de nacimiento del niño, solicitando cualquier documento: tarjeta de vacunación, partida de nacimiento, u otro documento confiable, si el niño tuviera más de 2 años agradezca a la madre la disposición que tenía y continúe.

Recuerde que la información que usted levante será muy útil para realizar acciones para enfrentar el problema de la desnutrición por lo tanto la información deberá ser veraz y precisa.

I.- Al momento de iniciar la entrevista ponga su nombre en el espacio en blanco y ponga el número del conglomerado en el espacio correspondiente, que le será dado a conocer por el supervisor.

## II. EN RELACION A LOS DATOS DE LA MADRE

En el espacio en blanco ponga la edad de la madre en años cumplidos, pedir si es posible cualquier documento tales como partida de nacimiento o tarjeta de vacunación para confirmar la edad.

Escribir con letra clara el nombre de la comarca o del barrio y la dirección completa de la casa ejemplo: Barrio San Martín de la escuela San Martín 3 cuadras arriba, media cuadra al sur, grupo A casa número 123.

En las preguntas 3 y 4 marcar con una X la respuesta dada por la entrevistada.

En la pregunta 5 poner en el espacio en blanco el # de embarazos y partos que refiere haber tenido la madre.-

## **DATOS DEL NIÑO**

Poner en el espacio en blanco la fecha de nacimiento del niño  
ejemplo: 3/5/93 SOLICITAR DOCUMENTO PARA COMPROBAR EDAD como la  
partida de nacimiento o tarjeta de vacunación.

En la pregunta 8 marcar con una X el sexo del niño.

En cuanto al peso del niño al nacer, coloque en el espacio en  
blanco el peso en LIBRAS que refiera la madre.

Para el proceso de medir el pesar al niño ver instructivo  
aparte.

Preguntar lugar y persona que atendió el parto marcar la  
respuesta con una X.

### **III.- PRACTICAS Y CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA.**

Preguntar a la madre si actualmente está dándole el pecho al  
niño, marcar con una X la respuesta indicada por la madre.

Si la respuesta es SI, continuar con la siguiente pregunta. Si es  
NO continúe con la pregunta 16.

En la pregunta 16 "le dio pecho alguna vez a su hijo" marcar  
con una X la respuesta, si es SI siga a la pregunta 17 y si es NO  
pase a la pregunta 19. En la pregunta 19 marcar con una X la  
respuesta de la madre.

En la pregunta 17 "cuantos meses le dio el pecho" marcar con una X la edad del niño referida por la madre.

En la pregunta 18 "por que le da o le dio pecho al niño", no leer listado, marcar con una X la respuesta dada por la madre. Si la respuestas no está dentro de las alternativas, escribir con letra clara lo que dice la madre.

La pregunta 19 "a los cuantos meses le comenzó a dar otro tipo de alimento", marcar con una X en el espacio que corresponda.

La pregunta 20 sobre "que tipo de alimento" marcar con una X la repuesta.

La pregunta 21 de "por que no le dio el pecho al niño" marcar con una X la o las respuestas, favor no leer el listado.

La pregunta 22 "por que le dejó de dar el pecho al niño", no leer opciones dejar que la madre conteste y marcar con una X la o las repuestas dadas por la madre.

#### **SOBRE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA.**

La pregunta 23 " la lactancia materna se debe iniciar inmediatamente después del parto", marcar con una X la respuesta, independientemente de la respuesta preguntar por que? escriba con letra clara la respuesta.

## PROCEDIMIENTO PARA LA MEDIDA DE PESO EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS

- 1- cuelge la balanza en una viga, rama de un árbol o estructura sólida de manera que quede segura.
- 2.- Se verifica que la balanza esté en buen estado y CALIBRADA.
- 3.- El niño debe de estar sin zapatos y preferiblemente desnudo o en pañal.-
- 4.- Se pesa el cargador de tela (calzón) para calibrar la balanza, debiendo marcar la aguja en cero.-
- 5.- Colocar el calzón al niño y el tirante se cuelga en el gancho de la balanza, suelte al niño suavemente de manera que cuelgue libre asegurándose que el niño esté sin tocar nada y lo más quieto posible.-
- 6.- Espere hasta que la aguja deje de moverse y anote inmediatamente la medida en su hoja de registro. Recuerde que debe estar ubicado de frente al reloj de la balanza de manera que visualice adecuadamente el peso del niño.
- 7.- Asegúrese que para la toma de la medida de peso se tenga una buena visibilidad y posición adecuada.-

8.- Se debe repetir la maniobra si se considera necesario y una vez concluido bajar al niño suavemente.-

Al finalizar la encuesta informe a la madre sobre el estado nutricional de su hijo y agradezca el tiempo dedicado.

**RECUERDE NO CREAR EXPECTATIVAS EN RELACION A LOS SERVICIOS DE SALUD U OTRAS SITUACIONES.**

OBSERVACION anotar cualquier suceso importante tales como causas de muertes, brotes de enfermedades como: dengue, malaria, sarampión, etc... en la casa, barrio o comarca.

A N E X O S " B "

## 3 A

RELACION DEL NUMERO DE PARTOS  
SEGUN EDAD MATERNA  
SILAIS CHONTALES,  
septiembre-noviembre 1994.

EDAD MATERNA												
PARTOS	15-19		20-24		25-29		30-39		40-49		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1 a 2	60	41	68	47	14	10	3	2	0	0	145	35
3 a 4	8	8	53	54	26	26	12	12	0	0	99	23
5 y mas	2	1	18	10	53	30	86	49	17	10	176	42
TOTAL	70		139		93		101		17		420	
%	(17)		(33)		(22)		(24)		(4)		(100)	

Fuente: Encuesta de Lactancia Materna SILAIS Chontales.

**CUADRO 4 A**  
**ESTADO NUTRICIONAL DE LOS MENORES DE DOS AÑOS**  
**SEGUN PROCEDENCIA URBANA**  
**SILAIS CHONTALES septiembre-noviembre 1994.**

GRUPOS ETAREOS	ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO							
	NORMAL		RIESGO		DESNUT		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
0-29d	7	6	1	3	-	-	8	5
1-3m	26	24	3	9	1	9	30	20
4-6m	13	12	2	6	2	18	17	11
7-9m	9	8	7	24	1	9	17	11
10-12m	18	16	4	12	-	-	22	14
13-15m	8	8	4	12	1	9	13	9
16-23m	29	26	11	34	6	55	46	30
<b>TOTAL</b>	<b>110</b>		<b>32</b>		<b>11</b>		<b>153</b>	<b>100</b>
<b>%</b>	<b>(72)</b>		<b>(21)</b>		<b>(7)</b>		<b>(100)</b>	

**Fuente:** Encuesta de Lactancia Materna SILAIS Chontales.

**CUADRO 4 B**  
**ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS/NIÑAS**  
**MENORES DE 2 AÑOS**  
**SEGUN PROCEDENCIA RURAL ACCESIBLE**  
**SILAIS CHONTALES, septiembre-noviembre 1994.**

GRUPOS ETAREOS	ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO							
	NORMAL		RIESGO		DESNUT		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
0-29d	10	12	0	0	1	8	11	10
1-3m	11	14	0	0	0	0	11	10
4-6m	10	12	2	10	0	0	12	11
7-9m	8	10	3	15	1	8	12	11
10-12m	8	10	5	25	3	26	16	14
13-15m	11	14	3	15	1	8	15	13
16-23m	22	28	7	35	6	50	35	31
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>		<b>20</b>		<b>12</b>		<b>112</b>	<b>100</b>
<b>%</b>	<b>(71)</b>		<b>(18)</b>		<b>(11)</b>		<b>(100)</b>	

**Fuente:** Encuesta de Lactancia Materna SILAIS Chontales.

CUADRO 6 "B"

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA  
DE MADRES ENCUESTADAS  
SILAIS CHONTALES, septiembre-noviembre 1994

NIVEL DE CONOCIMIENTO	N	%
INADECUADO	127	30
ADECUADO	293	70
TOTAL	420	100

Fuente: Encuesta de Lactancia Materna SILAIS Chontales.

CUADRO 10A

ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS  
SEGUN SEXO MASCULINO  
SILAIS CHONTALES septiembre-noviembre 1996

GRUPOS ETAREOS	NORMAL		RIESGO		DESNUT.		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
0-29d 10	83	2	17	0	0	12	6	
1-3m	25	86	4	14	0	0	29	14
4-6m	20	10	1	5	1	5	22	11
7-9m	10	48	9	43	2	10	21	10
10-12m	26	72	7	19	3	8	36	18
13-15m	19	68	7	25	2	7	28	14
16-23m	32	57	17	30	7	12	56	28
<b>TOTAL</b>	<b>142</b>	<b>70</b>	<b>47</b>	<b>23</b>	<b>15</b>	<b>7</b>	<b>204</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta de Lactancia Materna SILAIS Chontales.

CUADRO 10 B

ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS / NIÑAS  
 MENORES DE 2 AÑOS SEGUN SEXO FEMENINO  
 SILAIS CHONTALES  
 septiembre-noviembre 1994.

GRUPOS ETAREOS	ESTADO NUTRICIONAL							
	NORMAL		RIESGO		DESNUT.		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
0-29d	11	79	2	14	1	7	14	6
1-3m	29	88	2	6	2	6	33	15
4-6m	21	81	3	11	2	8	26	12
7-9m	23	72	8	22	2	6	33	15
10-12m	11	52	7	33	3	14	21	10
13-15m	17	70	5	21	2	8	24	11
16-23m	43	66	11	17	11	17	65	30
<b>TOTAL</b>	<b>155</b>	<b>72</b>	<b>38</b>	<b>17</b>	<b>23</b>	<b>11</b>	<b>216</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta de Lactancia Materna SILAIS Chontales.

**CUADRO 12 A**

**EDAD Y ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS / NIÑAS  
MENORES DE 2 AÑOS  
QUE RECIBEN LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA  
SILAIS CHONTALES  
septiembre-noviembre 1994.**

GRUPOS ETAREOS	ESTADO NUTRICIONAL							
	NORMAL		RIESGO		DESNUT		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
0-29 d	10	45	2	17	0	0	12	50
1-3 m	8	36	0	0	0	0	8	33
4-6 m	3	14	0	0	0	0	3	13
10-12 m	1	5	0	0	0	0	1	4
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>92</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>24</b>	
	(92)		(8)		(0)		(100)	

**Fuente:** Encuesta de Lactancia Materna SILAIS Chontales.

CUADRO 12 B

EDAD Y ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS / NIÑAS  
MENORES DE 2 AÑOS QUE RECIBEN LACTANCIA MIXTA  
SILAIS CHONTALES  
septiembre-noviembre 1994.

GRUPOS ETAREOS	ESTADO NUTRICIONAL							
	NORMAL		RIESGO		DESNUT		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
0-29 d	10	8	1	3	1	8	12	7
1-3 m	35	27	4	11	2	17	41	23
4-6 m	26	20	3	9	0	0	29	17
7-9 m	19	15	10	23	3	17	32	17
10-12m	15	12	9	26	1	8	25	15
13-15m	16	12	5	14	0	0	21	12
16-23m	8	6	5	14	6	50	19	11
<b>TOTAL</b>	<b>129</b>	<b>100</b>	<b>37</b>	<b>100</b>	<b>13</b>	<b>100</b>	<b>179</b>	<b>100</b>
<b>%</b>	<b>(72)</b>		<b>(20)</b>		<b>(8)</b>		<b>(100)</b>	

Fuente: Encuesta de Lactancia Materna SILAIS Chontales.

CUADRO 12 C

EDAD Y ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS / NIÑAS  
 MENORES DE 2 AÑOS  
 QUE RECIBEN LACTANCIA ARTIFICIAL  
 SILAIS CHONTALES  
 septiembre-noviembre 1994.

GRUPOS ETAREOS	ESTADO NUTRICIONAL							
	NORMAL		RIESGO		DESNUT		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
0-29 d	0	0	0	0	0	0	0	0
1-3 m	9	6	2	4	0	0	11	5
4-6 m	11	8	1	2	3	12	15	7
7-9 m	13	9	10	18	3	8	26	11
10-12m	21	15	6	11	5	19	32	15
13-15m	20	14	7	15	4	15	31	15
16-23m	67	48	23	50	12	46	102	48
<b>TOTAL</b>	<b>141</b>	<b>100</b>	<b>49</b>	<b>100</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>217</b>	
<b>%</b>	<b>(65)</b>		<b>(23)</b>		<b>(12)</b>	<b>(100)</b>		

Fuente: Encuesta de Lactancia Materna SILAIS Chontales.