

NIIS-1  
T 96  
M 537  
1997

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA  
UNAN-MANAGUA  
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD  
ESCUELA DE SALUD PUBLICA DE NICARAGUA

CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS DE LAS MADRES  
RELACIONADOS CON EL EMBARAZO Y PRIMERAS CAUSAS  
DE MORTALIDAD INFANTIL. MATAGALPA. 1997

INFORME FINAL DE TESIS

**AUTOR:** José Fco. Mendieta López

**TUTORA:** Lic. Alma Lila Pastora

**ASESORAS:** Kristen Sample/CRS-Guatemala  
Gloria Guevara/CRS-Ecuador

Managua, Nicaragua, septiembre de 1997

## OPINION DE LA TUTORA

El trabajo de Tesis sobre los conocimientos y prácticas de las madres relacionadas con el embarazo y primeras causas de mortalidad infantil en Matagalpa, es un esfuerzo significativo por parte de su autor que en forma descriptiva y en un período determinado pudo interpretar estos conocimientos y prácticas de las madres estudiadas, con la forma de intervenir a sus hijos con enfermedades diarréicas y respiratorias y precisar su conducta durante su embarazo.

Los aportes científico técnicos que refleja el estudio son de gran provecho para la Comunidad estudiada, para el SILAIS de Matagalpa y para otras Instituciones no estatales que están desarrollando actividades en pro de incidir con sus acciones sobre la mortalidad materna e infantil prevalecientes en el Departamento de Matagalpa.



---

Lic. Alma Lila Pastora Zeuli  
TUTORA

## **DEDICATORIA**

Este trabajo y el esfuerzo realizado durante estos dos años, está dedicado especialmente a mi esposa Lesbia, a mis hijos Verónica, Sofana, Ismael, José Fco., Mario y a David quien recientemente se asoma a ver que le ofrece la vida. También a mis padres José Fco. y María de Jesús, siempre presentes con sus palabras de aliento y a mis hermanas Rosario y Marcia.

También el esfuerzo fue hecho pensando en mis compañeros y compañeras acompañantes de la vida y de su lucha, algunos de los cuales no pudieron acceder a los estudios y algunos otros que se despidieron de la vida aun muy jóvenes, con los ojos puestos hacia delante y confiados en el cambio hacia una forma mejor, más humana y más justa de relaciones entre los habitantes de Nicaragua.

## AGRADECIMIENTO

Este trabajo no hubiera sido posible, sin el apoyo brindado de manera decidida por Catholic Relief Services (CRS) muy particularmente por la oficina de CRS-Nicaragua.

También agradezco al personal de CARITAS-Matagalpa que estuvo presente en la Encuesta, de manera muy decidida y entusiasta aun en circunstancias de riesgo.

Especial gratitud a todos aquellos profesores y profesoras del Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud que supieron transmitir sus conocimientos y su experiencia, reflejados en este trabajo.

## INDICE

	Pág.
I. <b>Introducción.....</b>	<b>1</b>
II. <b>Antecedentes y Justificación.....</b>	<b>5</b>
III. <b>Objetivos.....</b>	<b>6</b>
IV. <b>Marco de Refefencia.....</b>	<b>7</b>
V. <b>Diseño Metodológico.....</b>	<b>21</b>
VI. <b>Resultados.....</b>	<b>26</b>
VII. <b>Discusión.....</b>	<b>30</b>
VIII. <b>Conclusiones.....</b>	<b>36</b>
IX. <b>Recomendaciones.....</b>	<b>38</b>
X. <b>Bibliografía.....</b>	<b>40</b>
XI. <b>Anexos.....</b>	<b>43</b>

**CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD  
ESCUELA DE SALUD PUBLICA DE NICARAGUA**

**CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS DE LAS MADRES  
RELACIONADOS CON SU EMBARAZO Y PRIMERAS CAUSAS  
DE MORTALIDAD INFANTIL. MATAGALPA. 1997.**

**INFORME FINAL**

**I. INTRODUCCIÓN:**

Nicaragua es un país centroamericano perteneciente a los países del Tercer mundo y ocupando el segundo lugar en América Latina, de acuerdo a sus niveles de pobreza.

Como país pobre, enfrenta una gran cantidad de problemas que afectan el desarrollo armónico y equitativo de su población.

De acuerdo a investigaciones previas, la situación de salud del País y del norte de Nicaragua se encuentra de la siguiente manera:

La mortalidad infantil fue de 58.2 por mil nacidos vivos en 1995, con una reducción del 19% en relación a 1990. Las causas más frecuentes de mortalidad infantil son las Enfermedades Diarreicas Agudas, las Infecciones Respiratorias Agudas y las causas originadas en el período perinatal. La deshidratación es la causa inmediata de la muerte por diarrea.

La Infección respiratoria aguda es la primera causa de morbilidad y segunda causa de mortalidad infantil. Se ha comprobado que la contaminación ambiental dentro del hogar por los vapores generados durante la combustión de la leña son condicionantes de la duración de los ataques de infección respiratoria aguda. La leña constituye la fuente principal de energía en la matriz del consumo energético nacional. Alcanza el 55% del consumo directo total. El volumen de leña cortado anualmente para fines energéticos, corresponde a 3.7 millones de metros cúbicos sólidos sin corteza, que en cantidad es 13 veces mayor que la que se consume para fines industriales forestales. Setenta y cinco de cada cien viviendas donde reside al menos un niño emplea leña como combustible para cocinar.

Las infecciones respiratorias agudas constituyen la principal causa de morbilidad notificada en menores de cinco años y muy especialmente en niños durante su primer año de vida. El 20% de la población infantil había estado enferma en los últimos 30 días. Las causas señaladas fueron tos, resfriados y complicaciones respiratorias (71%); sarampión accidentes y traumatismos (29%).

La morbilidad por enfermedad diarreica aguda registra el segundo lugar después de las infecciones respiratorias agudas. Los más afectados son los menores de 5 años. La frecuencia de diarrea está directamente relacionada con el nivel de urbanización, el acceso a servicios básicos y la elevada contaminación del medio ambiente. La enfermedad diarreica en el País, se origina en la mayoría de los casos, por el consumo de agua contaminada, la cual es consumida por el 38% de la población y al fecalismo al aire libre, el cual es practicado por 18% de la población.

La encuesta de medición del nivel de vida reporta que el 19.3% de los niños menores de seis años padecieron por lo menos un episodio de diarrea en las dos semanas anteriores a la entrevista.

La desnutrición se encuentra como causa subyacente de gran parte de las enfermedades y muertes infantiles y es causa de retraso en el crecimiento físico y el desarrollo mental de los niños que la padecen.

En 1993 se conoció que el 18.5% de los niños presenta insuficiencia ponderal (peso bajo para la edad) moderada o grave a nivel nacional siendo más común en las zonas rurales. De estos un 15% es de desnutrición moderada y un 3.5% de desnutrición severa. En cuanto a la desnutrición severa, en 1986 el MINSA estimó que el 16% de los niños de seis años y 24% de los de seis a nueve años padecían desnutrición crónica, reflejada en el retardo en el crecimiento medido por talla para edad.

En cuanto a los partos, de acuerdo a datos de 1993, de cada 100 partos, 54 fueron atendidos por un médico, 35 por una enfermera, auxiliar o partera y los 11 restantes por algún familiar o personas no capacitadas.<sup>1</sup>

El Departamento de Matagalpa, está situado a unos 130 km. al norte de Managua, presenta los más altos indicadores de pobreza y morbi-mortalidad infantil y materna, a pesar de ser uno de los departamentos más productivos.

---

<sup>1</sup>UNICEF. Por la Búsqueda de la igualdad. Managua, Nicaragua, 1996.

El territorio en mención se caracteriza por ser un lugar habitado por población mayoritariamente campesina. Durante más de veinticinco años, los pobladores de estos cuatro municipios se han visto sometidos a conflictos sociales que han derivado en un deterioro de su nivel de vida.

Esto ha sido demostrado por diversos estudios sobre el nivel de pobreza realizados en el País, que coinciden en considerar al Departamento de Matagalpa como uno de los más pobres de Nicaragua y a los cuatro municipios seleccionados, ocupando los primeros lugares en cuanto a deterioro de las condiciones de vida.

Datos recogidos en febrero de 1996 por el Fondo de Inversión social de emergencia indican que los municipios de Rancho Grande, La Dalia y Muy Muy, ocupan el lugar 4, 8 y 36 respectivamente, en el orden de los municipios más pobres del País.

De acuerdo a indicadores de acceso de la población a servicios sociales básicos, obtenidos de un estudio realizado por el Ministerio de Acción Social en 1994, los lugares 4,9,11 y 56 son ocupados en el mismo orden por los municipios de La Dalia, Matiguás, Rancho Grande y Muy Muy.

Algunos datos sobre la situación de salud en la Región Norte (Matagalpa y Jinotega) dan una idea de las condiciones generales de la población de los cuatro municipios en mención:

La población total urbana representa un 28% y la rural corresponde a un 72%. Existe agua por red pública en el 44% de los hogares. Botan la basura un 39% y cocinan con leña un 90% de los hogares. La mortalidad infantil (por mil nacidos vivos) es de un 89%. La desnutrición ponderal moderada es de un 21% siendo la desnutrición estatural(Crónica)moderada un 23% y la severa un 18%. Los partos no atendidos por personal de salud corresponden a un 54% y no saben leer un 42%<sup>2</sup>. La mortalidad materna del Departamento de Matagalpa correspondió a 28 en el año 1996 según datos del SILAIS.

Las causas principales de los problemas de salud se pueden explicar por las condiciones sociales y económicas en que se encuentra sumida la población. Estos problemas estructurales son poco probables de cambiar sin una mayor inversión social y una mejor distribución de la riqueza generada.

---

<sup>2</sup>NICARAGUA, UNICEF. Op. cit.



Sin embargo, la prevención de estas enfermedades tales como las diarreas, las infecciones respiratorias agudas, la calidad del parto y los problemas nutricionales son prioritarios en dichos territorios.

Por lo tanto el presente estudio se orienta a aportar para buscar respuesta a la siguiente interrogante: *¿Cómo es el manejo que hacen las madres de su embarazo, de la nutrición de sus hijos menores de dos años, de los episodios de diarrea y de los episodios de Infección respiratoria aguda, en las comunidades rurales de los municipios de Muy Muy, Matiguás, La Dalia y Rancho Grande, en enero de 1997?*

## II. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

El Ministerio de Salud y otros agentes de salud han hecho esfuerzos importantes durante varios años en relación a la promoción de la salud y para adecuar sus normas y procedimientos de intervención a los recomendados por las Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Estas normas en relación al manejo de la salud de los niños tienen un componente educativo dirigido a la población que se realiza a través de charlas a la población que acude a los centros de Salud y por medio de agentes voluntarios de salud los cuales tienen cerca de dieciocho años de estar laborando.

Conocer los efectos de esta educación brindada y la forma en que las madres intervienen en la salud de sus hijos es de gran importancia en este territorio, dado que los obstáculos a que se han enfrentado los diferentes actores sociales para llevar salud hasta estos apartados rincones han sido inmensos. Saber qué conoce y qué hace una madre cuando su hijo se enferma o en el momento de su embarazo es punto de partida vital para el éxito posterior de cualquier intervención o la profundización de cualquier hallazgo con vistas a dar respuestas adecuadas a tan graves problemas de salud pública.

Se hace necesario entonces un estudio que refleje de manera más o menos clara la situación del manejo de las enfermedades y los problemas de salud en las comunidades alejadas del País donde las redes de salud estatal, las comunicaciones, la educación, la infraestructura se presentan apenas como meras aspiraciones de sus habitantes y donde el futuro sanitario de ellos va a depender por un buen tiempo, de la capacidad instalada en cada comunidad y de la solidaridad y el traslado de información culturalmente aceptable que hagan entre ellas.

Los resultados del presente estudio servirán de base para proponer alternativas de acción y readecuación de intervenciones en proceso de implementación en dichos territorios orientados a las propias estructuras de salud comunitaria, a las estructuras del Ministerio de Salud y a otras Instituciones y Organismos No Gubernamentales.

### **III. OBJETIVOS:**

#### **A. OBJETIVO GENERAL:**

Identificar los principales conocimientos y prácticas de madres de niños menores de dos años, en relación al manejo adecuado de su embarazo y de enfermedades consideradas como las principales causas de mortalidad infantil, en el área rural de los municipios de Muy Muy, Matiguás, La Dalia y Rancho Grande, en el área central del Departamento de Matagalpa, en el mes de enero de 1997.

#### **B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

1. Identificar la intervención de las madres de niños menores de dos años en el aspecto nutricional de sus hijos, relacionándolo con el discernimiento que tienen alrededor de la alimentación adecuada a suministrar para esa edad.

2. Establecer el manejo hecho por las madres, de los casos de diarrea que se les presentan a sus hijos y el saber de ellas sobre el tema.

3. Determinar las acciones tomadas por las madres al presentarse un episodio de Infección respiratoria en sus hijos y el conocimiento que tienen acerca del manejo correcto.

4. Precisar las conductas tomadas por las mujeres en su embarazo y parto más reciente y la instrucción que tienen sobre el cuidado recomendado para ese período.

5. Analizar la aplicabilidad de la Encuesta KPC en el estudio.

## IV. MARCO DE REFERENCIA

### A. CULTURA Y SALUD:

El conocimiento de los aspectos socio-culturales en el campo de la salud, es una necesidad para los profesionales de la salud. La relación constante de los trabajadores de la salud con la comunidad, la población y los individuos que la conforman implica un espacio en el que se establecen relaciones sociales y, por tanto, el encuentro de modelos culturales diferentes.

La concepción y práctica de la salud que tienen los trabajadores de la salud, difiere de los valores culturales de salud que practica la comunidad, la población y los individuos. En mucho de los casos esta relación es confrontativa, donde el personal de salud considera a los individuos de la comunidad como ignorantes y culpables de las enfermedades que padecen, lo que significa que desconocen o ignoran que toda comunidad y sus individuos poseen un conocimiento y una práctica de salud avalada por siglos de utilización y de resultados. Se puede afirmar entonces que existen conocimientos y prácticas de la comunidad válidos y otros que sólo son superchería. Pero penetrar en este campo implica conocerlo, percibirlo en su correcta dimensión y valorarlo correctamente, aceptando a la comunidad como interlocutor legítimo, para poder llevar a efecto las intervenciones de salud y de educación sanitaria en particular.

Se puede definir Cultura como el conjunto de formas singulares que presentan los fenómenos correspondientes al enfrentamiento de una Sociedad, a condiciones específicas en la solución histórica de sus problemas generales de desarrollo. El concepto lo abarca todo: lengua, tradiciones, instituciones, etc.

La cultura no puede ser entendida como sistema aislado sino en inseparable correspondencia con la formación económico-social. Los aspectos relacionados con el ser social y, por tanto, con la conciencia social, son los que se refieren a las ideas y representaciones generadas por el conjunto de las condiciones de vida del grupo social en el marco de toda sociedad; la afectividad y las actitudes que inducen a comportarse de determinada manera y los hábitos y costumbres que norman la conducta humana y son aceptados por un grupo social.

El género o estilo de vida está condicionado por las relaciones sociales de producción y la división social del trabajo, en la medida en que éstas implican una determinada participación cuantitativa y cualitativa, en la distribución de la riqueza social y en consecuencia condicionan la posibilidad de cambio y consumo.

Los grupos sociales se caracterizan por el lugar que ocupan en el sistema de relaciones de producción y la división social del trabajo. A esto hay que agregarle el origen histórico y/o geográfico.<sup>3</sup>

#### **B. PRACTICA DE SALUD EN LA COMUNIDAD:**

En la mayoría de las comunidades del País se encuentra la combinación de tres tipos de prácticas:

. Forma oficial u occidental principalmente la atención médica institucional.

. Práctica aborígen comunitaria

. Popular.

Práctica formal u occidental: Conlleva el cumplimiento de ciertas normas para su ejercicio, es oficial porque es la medicina aceptada por el Estado, el cual vela por su mantenimiento, aplicando una legislación especial.

Práctica médica aborígen presenta las siguientes características:

- Es la aplicación de un conjunto de reglas, modelos, rituales, expresiones u acciones que emergen históricamente de la vida práctica y de la ideología de un grupo social.
- Esta aplicación ha dado lugar a la elaboración de un saber médico. Se pueden construir propósitos coherentes, se desarrollan descripciones más o menos exactas, se despliegan teorías.
- Los enunciados de este saber médico se conforman sobre elementos empíricos, mágicos, racionales.
- Este saber se mantiene a través del tiempo, por medio de la tradición.

---

<sup>3</sup>

Martínez Manuel. Cultura y Salud. Módulo Prácticas Sanitarias. Recopilación bibliográfica. CIES, UNAN-Managua. 1995.

- Los enunciados, conceptos y prácticas del Saber médico aborígen están en buena parte en oposición con la ideología dominante de la formación social.

La relación terapéutica-paciente va más lejos de la propia enfermedad hacia una relación interpersonal y social.

Los conceptos y prácticas que utiliza la medicina aborígen, son racionales y congruentes con las definiciones de la naturaleza, el hombre y la sociedad que posee la población campesina.

Toda comunidad campesina tiene un verdadero equipo de salud, no se pueda hablar de falta de cobertura ni de abandono, ya que hay un saber que está en todos los individuos, sin valor económico y sobre todo que siempre está a mano un agente de salud que puede ayudar.

La medicina científica, a través de toda su historia, ha negado los valores de la medicina tradicional, actuando en consecuencia con lo establecido por la ideología dominante.

Esto ha provocado la desconfianza de la población aborígen en el modelo de atención que le presenta la medicina oficial, hecho que ha condicionado el acentuamiento de las ancestrales ideas y prácticas sobre salud y enfermedad.

#### Medicina Popular:

Esta medicina es producto de la confluencia de determinados conceptos y prácticas de la medicina aborígen, la medicina popular española y algunos elementos popularizados de la medicina científica.

#### La Medicina Familiar:

La práctica médica oficial se manifiesta por la concurrencia al médico y la observación de sus prescripciones y consejos, junto con la práctica médica familiar, no se excluyen mutuamente, sino que se complementan.

Las madres de familia son los miembros del núcleo familiar que se mantienen atentas a la salud de sus hijos, saben reconocer por ciertos signos, si el niño está bien o si está enfermo. Además las madres tienen casi siempre una especie de repertorio de enfermedades que pueden sufrir sus hijos, reconociendo cada enfermedad por signos particulares que permiten diferenciarlas de los demás.

Así como conocen un determinado número de enfermedades así también conocen una cantidad restringida de remedios.

La medicina familiar es fundamentalmente imitativa, las madres se dedican a reproducir la "actitud del médico", también se puede decir que es una práctica médica paralela, las madres administran a sus hijos remedios que el médico ha prescrito anteriormente para curar enfermedades similares<sup>4</sup>.

### **C. CONOCIMIENTOS TRANSMITIDOS POR LA MEDICINA OFICIAL:**

#### **a. Atención integrada de las enfermedades prevalentes:**

A nivel mundial, la neumonía, las enfermedades diarreicas, la desnutrición, la malaria y el sarampión continúan siendo causa del 75% de las muertes en los niños menores de 5 años y un problema de salud pública a ser abordado en su totalidad. La población del continente americano es de aproximadamente 713 millones de habitantes, de los cuales 11% corresponden a menores de 5 años lo que representa más de 7,5 millones del total de los habitantes.

El continente americano constituido por América del Norte, América Central, el Caribe y América del Sur, presenta contrastes muy marcados de desarrollo económico social y político entre cada subregión.

La tasa de nacimiento registrada en América Central, Area Andina, el Cono Sur y Brasil representa más del 90% del total de nacimientos de todo el Continente y, a su vez, las tasas de mortalidad infantil son más elevadas que las del promedio del Continente. Se comprueba que la tasa registrada en América del Norte fue 4 veces menor que la de América Central en 1986.

Programas integrados de enfermedades prevalentes en el niño, permitirán al personal de salud evaluar, clasificar y tratar a un niño que acuda a un servicio de salud, en forma más completa aumentando sustancialmente el beneficio que estas acciones conjuntas conllevan y disminuyendo potencialmente las oportunidades perdidas cada vez que un niño consulta por cualquier patología.

Por qué ocurren las muertes infantiles?:

Los niños en muchas partes del mundo en desarrollo viven en condiciones que favorecen estas enfermedades mencionadas, como

---

<sup>4</sup>CIES-UNAN Managua. Práctica de salud en la Comunidad. Módulo Prácticas de Salud. Recopilación bibliográfica. 1995.

son la pobreza generalizada; la insuficiencia o carencia de servicios de abastecimiento de agua, higiene y saneamiento; el hacinamiento y la vivienda insalubre y la contaminación ambiental excesiva.

Si un niño contrae alguna de estas enfermedades es posible que su exposición al riesgo sea muy alta debido a que la familia no reconoce pronto el peligro o lo lleva a un proveedor de servicios de salud que no es el más apto para prescribir el tratamiento que le permita salvarle la vida.

La consecuencia de falta de conocimientos y de que algunos tratamientos sean inaccesibles o ineficaces se agravan por el uso generalizado de métodos dañinos. Estos incluyen algunos tratamientos tradicionales, la utilización cada vez mayor de substitutos de la leche materna que aumentan el riesgo de infección y muerte, y el gasto inútil en productos farmacéuticos ineficaces y a veces peligrosos.

#### **b . Crecimiento y desarrollo:**

Se entiende por crecimiento y desarrollo al conjunto de cambios somáticos y funcionales que se producen en el ser humano desde su concepción hasta su edad adulta.

El crecimiento y el desarrollo son el resultado de la interacción de factores genéticos aportados por la herencia y las condiciones del medio ambiente en que vive el individuo. Si las condiciones de vida (físicas, biológicas, nutricionales, psicosociales, etc.) son favorables, el potencial genético de crecimiento y desarrollo podrá expresarse en forma completa. El crecimiento y el desarrollo del niño constituyen además, excelentes indicadores de salud.

El crecimiento ha sido definido como el proceso de incremento de la masa de un ser vivo, que se produce por el aumento del número de células o de la masa celular. El desarrollo es el proceso por el cual los seres vivos logran mayor capacidad funcional de sus sistemas a través de los fenómenos de maduración, diferenciación e integración de funciones.

Los factores que regulan el crecimiento son:

. Factores nutricionales: se refiere a la necesidad de contar con una adecuada disponibilidad de alimentos y la capacidad de utilizarlos por el propio organismo.

- . Factores socioeconómicos
- . Factores emocionales
- . Factores genéticos
- . Factores neuroendocrinos.



Respecto al crecimiento se puede decir que los períodos de mayor riesgo son: todo el período prenatal, el primer año de vida y la adolescencia<sup>5</sup>.

En relación a la lactancia materna se encuentran las siguientes enseñanzas:

En todos los tiempos se ha comprobado que la lactancia materna es la mejor forma para asegurar que los bebés crezcan sanos.

La leche materna es nutritiva, contiene anticuerpos y otras sustancias que protegen al bebe contra las enfermedades. Así mismo, la lactancia materna reduce el riesgo de que el bebé padezca infecciones asociadas a la falta de higiene de los alimentos y carencia de agua y saneamiento. En los países en desarrollo, un bebé alimentado con fórmula tiene mayores probabilidades de morir por deshidratación causada por diarrea que un bebé alimentado con leche materna.

Aun cuando las culturas más tradicionales promueven la lactancia materna, la urbanización y la promoción de leche de fórmula como alimento del bebé han debilitado paulatinamente la práctica de dar de lactar. Se recomienda la lactancia exclusiva -alimentar únicamente con leche materna sin otro alimento o líquido, hasta que el bebé alcance de 4 a 6 meses de edad. Con frecuencia se le comienza a dar un suplemento de leche o papilla para iniciar el período de destete<sup>6</sup>.

Se recomienda para un desarrollo físico infantil adecuado, lo siguiente:

1. Todos los niños deben pesarse cada mes desde su nacimiento hasta los tres años. Si no se aprecia ningún aumento de peso durante dos meses seguidos, es señal de que existe algún problema. El aumento regular de peso es el indicador más fiable de que el niño goza de un buen estado general de salud y se desarrolla adecuadamente.
2. La lactancia materna constituye por si sola el mejor alimento posible para un lactante durante los seis primeros meses de vida aproximadamente.
3. Hacia el sexto mes, el niño empieza a necesitar otros alimentos además de leche materna.

---

<sup>5</sup>OPS. Manual de Crecimiento y Desarrollo. 1986. Pág. 1 a 6.

Appropriate Health Resources & Technologies Action Group AHRTAG. La Leche materna es el mejor alimento. Diálogo sobre la Diarrea. No. 53, septiembre-diciembre 1995 Pag. 1.

4. Los niños menores de tres años necesitan alimentarse cinco a seis veces al día.
5. Los niños menores de tres años necesitan ingerir una pequeña cantidad adicional de grasa o alimento junto con la comida habitual de la familia.
6. Todos los niños necesitan tomar alimentos ricos en vitamina A.
7. Después de una enfermedad, un niño necesita tomar una comida adicional diaria durante una semana como mínimo<sup>7</sup>.

**c. Enfermedades diarreicas agudas:**

Las enfermedades diarreicas continúan siendo una de las principales causas de enfermedad y muerte de los niños menores de cinco años. Las dos consecuencias más graves de la diarrea son la deshidratación y la desnutrición. Cuando el organismo del niño pierde una cantidad significativa de agua y sales, se presenta la deshidratación, si ésta es grave o prolongada puede producir la muerte.

Dentro del manejo de los niños con diarrea lo más importante es prevenir o tratar la deshidratación, y continuar la alimentación para evitar la desnutrición. En la mayoría de los casos no se necesita la utilización de medicamentos.

La deshidratación debe prevenirse ofreciendo más líquidos de lo normal. Puede utilizarse el Suero Oral u otros líquidos adecuados preparados con ingredientes disponibles en el hogar. Tradicionalmente las comunidades han empleado diversos líquidos o bebidas, para suministrar a los niños cuando presenten diarrea. La Organización Panamericana de la Salud ha recomendado que en cada país se estudien cuáles de los líquidos tradicionales cumplen con determinados requisitos, para que sean recomendados para la prevención de la deshidratación en el hogar<sup>8</sup>.

---

<sup>7</sup>UNICEF. Para la Vida. Edición revisada 1993. Pág. 1 a 105.

<sup>8</sup>Bernal Carlos Et. al. Líquidos disponibles en el hogar para prevenir la deshidratación Universidad de Antioquía, Colombia . Diálogo sobre la Diarrea . Appropriate Health Resources & Technologies Action Group AHRTAG, No. 54 Diciembre-junio 1996. Pág. 4.

En un episodio de diarrea se plantean los siguientes mensajes y acciones:

1. La excesiva pérdida de líquidos corporales provocada por la diarrea puede causar la muerte. Por ello es esencial que los niños con diarrea beban líquidos en abundancia.
2. Un niño con diarrea necesita alimentarse.
3. Cuando un lactante padece de diarrea, es importante seguir amamantándolo.
4. Un niño que ha tenido diarrea necesita tomar en el período de recuperación una comida adicional diaria al menos durante dos semanas.
5. Si la diarrea es más grave de lo habitual, si persiste durante más de dos semanas o si se observa sangre en las heces, se requerirá la ayuda de personas calificadas para su tratamiento.
6. No deben administrarse otros medicamentos contra la diarrea aparte de las sales de rehidratación oral, excepto por recomendación médica.
7. La diarrea puede prevenirse mediante la lactancia materna, la vacunación de todos los niños contra el sarampión, la utilización de letrinas, el mantenimiento de la limpieza del agua y de los alimentos y el lavado de las manos antes de tocar los alimentos<sup>9</sup>.

#### **d. Infecciones respiratorias agudas:**

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) fueron reconocidas desde mediados de la década de 1960 como uno de los tres problemas más importantes que afectaban la salud de la infancia. Tanto desde el punto de vista de mortalidad como de la morbilidad, las IRA se encontraban entre las primeras cinco causas de muerte, consulta y hospitalización de niños menores de cinco años en todos los países en desarrollo.

Entre los factores de riesgo para la alta incidencia de neumonía se ubican el bajo peso al nacer, la falta o corta duración de la lactancia materna, la desnutrición y la carencia de Vitamina A, la carencia de vacunación o vacunación incompleta, la contaminación del aire en el interior del domicilio, el enfriamiento.

---

<sup>9</sup>UNICEF, Op. cit.

Las dos principales estrategias de control presentadas a los países de América por OPS/OMS a partir de 1990 continúan siendo recomendadas para el logro de los objetivos propuestos para el control de las IRA en los países en desarrollo. Estos son el manejo estandarizado de los casos de IRA y la vacunación contra el sarampión y la tos ferina<sup>10</sup>.

Se ha demostrado que la estrategia del tratamiento estándar de casos junto con la inmunización y *las enseñanzas impartidas a las familias y los trabajadores de salud tienen un gran efecto* en las tasas de mortalidad de los lactantes ocasionada por IRA<sup>11</sup>.

El acceso al tratamiento apropiado de casos de neumonía puede ampliarse adiestrando a los proveedores de atención de salud comunitarios. Esto permitiría atender a los niños en zonas donde hay pocos servicios de salud. Se conocen proyectos, uno realizado en la India donde los trabajadores de salud comunitarios y las parteras tradicionales aprendieron a reconocer y tratar la neumonía infantil y otro en Nepal donde los trabajadores de salud comunitarios recibieron enseñanzas de tratamiento de casos. El número de defunciones causadas por neumonía en estos y otros estudios hechos en comunidad se ha reducido hasta en 70%

Las defunciones causadas por neumonía son prevenibles sólo si las familias saben cuándo deben llevar a los niños para tratamiento. A menudo, las medidas tomadas por las madres se basan más en los conocimientos adquiridos de sus familias y comunidades que en hechos médicos. Saben qué nombre se les da a los síntomas en cada lugar y cuáles son los remedios caseros. En algunas culturas las infecciones respiratorias son enfermedades tratadas solo por los curanderos tradicionales.

---

<sup>10</sup>ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Infecciones Respiratorias Agudas en las Américas. Boletín Epidemiológico Vol. 16, No 4. Diciembre de 1995 Pág 1 a 5.

<sup>11</sup>Appropriate Health Resourcer & Technologies Action Group Ltd. AHRTAG. Compromiso internacional para el control de la neumonía. Noticias sobre IRA No. 23 junio 1993 pág. 1

Los trabajadores de salud necesitan basar sus consejos en lo que las madres ya entienden y creen con respecto a las IRA. Si los mensajes de educación para la salud no se adaptan a sus propias ideas, las familias se mostrarán menos dispuestas a confiar en el trabajador de la salud o a seguir sus consejos<sup>12</sup>.

Muchas de las defunciones causadas por IRA ocurren al cabo de tres días de la aparición de los síntomas. Por ende, es muy importante que las madres reconozcan los síntomas que muestran que un niño necesita tratamiento. En los informes recibidos de Gambia y Uruguay se indica el estrecho vínculo que tienen algunos de los síntomas graves reconocidos por las familias con el diagnóstico clínico de la neumonía<sup>13</sup>.

Los mensajes más importantes recomendados para las familias en el caso de las Infecciones Respiratorias agudas son:

1. Un niño con tos corre peligro cuando su respiración es mucho más rápida de lo normal. En ese caso es esencial llevarlo lo antes posible a un centro de salud. Los padres de un niño con tos deben saber que esencial trasladarlo a un centro de salud o hacer que lo examine un agente de salud calificado cuando:

- . el niño respira más rápido de lo normal
- . la parte inferior del pecho se hunde cuando éste toma aire en vez hincharse como sería normal.
- . el niño no puede tragar ningún líquido.

2. Las familias pueden contribuir a prevenir la neumonía manteniendo la lactancia materna al menos durante los primeros seis meses de vida del niño y asegurándose de que recibe una alimentación adecuada y está completamente vacunado.

3. Cuando un niño tiene tos o catarro debe ayudársele a comer y procurar que ingiera abundantes líquidos.

---

<sup>12</sup>APPROPRIATA HEALTH RESOURCES & TECHNOLOGIES ACTION GROUP LTD. AHRTAG. *Acción mundial sobre las IRA. Op. cit. pág. 2 y 3.*

<sup>13</sup>APPROPRIATA HEALTH RESOURCES & TECHNOLOGIES ACTION GROUP LTD. AHRTAG. *¿Cuándo debe un trabajador de salud examinar a mi hijo? Op. cit. pág. 7 y 8.*

4. Un niño con tos o catarro debe mantenerse abrigado, pero sin que sienta calor, y respirar aire puro y libre de humos.<sup>14</sup>

**e. Maternidad sin riesgos:**

Según datos de 1980, cada año 50,000 mujeres en el mundo morían durante los partos (95% en los países en desarrollo). Por encima del 90% de las causas -hemorragias, desórdenes de hipertensión del embarazo, sepsis puerperal, obstáculos en el momento del parto y aborto séptico- podían haber sido prevenidos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que un programa de maternidad seguro podría reducir la mortalidad materna a la mitad en el año 2000.

La coordinación de los servicios entre la comunidad y los hospitales de referencia es esencial para llevar de manera cercana y rápida los servicios a la mujer y a su recién nacido cuando las complicaciones obstétricas y del recién nacido aparecen. Políticas explícitas son necesarias para regular la coordinación de estos servicios. Otros insumos incluyen:

- . La manera de comunicación entre los diferentes niveles.
- . Transporte para mujeres o infantes con complicaciones.
- . Protocolos de manejo de casos y equipos y suministros para cada nivel<sup>15</sup>.

Los consejos más importantes desarrollados para la familia y la comunidad alrededor del embarazo y el parto son:

1. Los riesgos del parto pueden reducirse drásticamente acudiendo al agente de salud más próximo para efectuar revisiones periódicas durante el embarazo.

Se recomiendan por lo menos tres controles prenatales durante todo su embarazo y aplicarse las dos dosis de vacuna antitetánica.

2. Todos los partos deben ser asistidos por una persona capacitada.

3. Para reducir los riesgos del embarazo y el parto es importante que todas las familias conozcan los síntomas de alarma.

---

<sup>14</sup>UNICEF. Op. cit.

<sup>15</sup>MOTHECARE Matters. Healthy Pregnancy, Safe Delivery- The MotherCare Experience Volume 4, No.2-Special Edition Pag 1,2.

Síntomas de alarma:

- . falta de aumento de peso
- . palidez de la cara interna de los párpados
- . hinchazón excesiva de piernas, brazos o cara

Señales que indican necesidad de asistencia inmediata:

- . pérdidas vaginales de sangre durante el embarazo
- . fuertes dolores de cabeza
- . vómitos abundantes
- . fiebre alta

4. Todas las mujeres necesitan más alimentos durante el embarazo. Todas las mujeres embarazadas tienen mayor necesidad de descanso.

5. Los riesgos asociados al parto se reducen considerablemente si se espacian los embarazos al menos dos años y se evitan antes de los 18 años y después de los 35.

6. Las mujeres que han gozado de buena salud y han estado bien alimentadas en su infancia y adolescencia tienen menos riesgos durante el embarazo y el parto.

7. El consumo de tabaco, alcohol o narcóticos por parte de la mujer embarazada puede perjudicar al feto<sup>16</sup>.

#### **D. MÉTODOS DE INDAGACIÓN DE CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS:**

Algunos autores plantean la siguiente forma de indagar sobre conocimientos y prácticas:

a. Medida de la Adquisición de conocimientos:

Se puede tomar en dos acepciones:

- Recuerdo de hechos específicos
- La habilidad de aplicar esos hechos ante un problema.

Dependiendo de qué significado usemos, se puede medir la adquisición de conocimientos de diversas maneras.

- . El conocimiento es una abstracción, no se puede tocar o ver, pero sí es posible ver los resultados de su aplicación o incluso notar su presencia en algunas personas.

---

<sup>16</sup>UNICEF. Op. cit.

Los pasos a seguir para conocer en qué medida se manejan los conocimientos validados como los correctos por la ciencia son:

- Definir por qué se quiere medir y cómo se va a ser usado.
- Definir los conocimientos a medir.
- Elegir los instrumentos de medida
- Diseñar el cuestionario con los items a medir.

b. Medida de cambios de conducta:

Presenta mucho más dificultad ya que no se mide algo puntual sino habitual, conectado con otros aspectos de la vida. Las técnicas utilizadas son:

1. Observación directa: Se elige una conducta que puede ser identificada y medida por un observador entrenado.
2. Auto-informe: donde se escriben las conductas a medir en distintos días y a distintas horas (por ejemplo para medir hábitos alimenticios)<sup>17</sup>.

La observación directa es la forma que se privilegia para investigar los ¿por qué? de determinadas prácticas. Esta observación directa no es posible aplicarla a grandes poblaciones ni realizarla en poco tiempo ya que requiere la permanencia durante un cierto tiempo de parte del investigador y la aceptación de parte de la población investigada de su presencia. Requiere además de un adecuado entrenamiento del personal a cargo del estudio.

Cuando no existen investigaciones previas y se trata de indagar aspectos iniciales sobre conocimientos y prácticas en relación a mensajes oficiales divulgados a grandes poblaciones y hacerlo con el menor costo económico posible, se han desarrollado otros instrumentos que recogen datos cuantitativos.

En los últimos años , el Departamento de Salud Internacional y la Escuela de Salud Pública e Higiene de la Universidad Johns Hopkins, desarrolló un instrumento investigativo conocido como *Encuestas KPC (conocimientos, prácticas y coberturas)*. La novedad de este tipo de estudio es que usando métodos cuantitativos (porcentajes), ofrece una primer panorámica y arroja datos iniciales sobre aspectos etnográficos como son los conocimientos y prácticas de la población y permite cuantificar estos aspectos. Este tipo de

---

<sup>17</sup>Rodríguez Baena Elena. Evaluación de Programas de Educación para la salud: El caso de North Karelia (Finlandia). CIES Módulo Educación en Salud I Pág. 7-9. Nota: Recopilación bibliográfica, Coordinador Manuel Martínez.



estudio tiene establecida una metodología ya validada y ha desarrollado una serie de indicadores para poder conocer la situación de los conocimientos y prácticas en el momento, de temas tales como la diarrea, la nutrición, las inmunizaciones, la lactancia materna.

Las encuestas KPC han sido desarrolladas como apoyo a los Proyectos de Supervivencia Infantil que están basados en intervenciones de Educación en Salud. Este tipo de encuesta sirve además de establecer la situación antes de iniciar una intervención y como instrumento para realizar evaluaciones intermedias y finales de Proyectos de Salud.

Tienen la ventaja que pueden ser aplicada a grandes poblaciones en poco tiempo, ahorrando recursos económicos y humanos sobre todo cuando no se tiene suficientes y cuando no existen datos previos sobre el problema a investigar.

Obviamente, este tipo de metodologías no profundizan en los por qué de esas prácticas y por qué los mensajes de salud dados como oficiales no han sido asumidos por las poblaciones. El campo de los por qué pertenece a las metodologías cualitativas aplicadas a poblaciones específicas de acuerdo a su entorno cultural.

## V. DISEÑO METODOLOGICO

### 1. Características generales del estudio:

El presente estudio es de carácter descriptivo, transversal.

Se realizó en el área rural de los municipios de Muy Muy, Matiguás, La Dalia y Rancho Grande, del área central del Departamento de Matagalpa, en el mes de enero de 1997.

El Universo fue compuesto por todas las madres de niños que a enero de 1997 tenían menos de 24 meses de edad y que residieran en el área rural en 100 comunidades de los cuatro municipios mencionados.

La muestra fue constituida por trescientas madres viviendo en ese momento en 30 comunidades de los municipios en cuestión.

El criterio de inclusión fue el siguiente: madre de un niño vivo en el momento de la encuesta, menor de dos años de edad y que la madre estuviera presente al momento de aplicarse la encuesta.

En el caso de tener más de un hijo menor de dos años, se escogió indagar sobre datos del hijo menor para tratar de disminuir el sesgo de memoria.

La unidad de análisis la constituyeron los niños menores de dos años y las madres de esos niños.

La unidad de observación la constituyeron las madres de niños menores de dos años presentes en el momento de la encuesta.

La variable principal fue constituida por los conocimientos y prácticas de las madres.

Las variables secundarias con las que se relacionó la principal fueron las enfermedades diarreicas agudas, nutrición, Infecciones respiratorias agudas y cuidados en el período del embarazo.

## 2. Operacionalización de Variables:

Las Variables fueron operacionalizadas de la siguiente manera:

VARIABLE	INDICADOR	VALOR
Conocimientos sobre diarrea	Reconocimiento de señales de deshidratación	Adecuado Inadecuado
Prácticas sobre diarrea	.Uso de Sueros de Rehidratación oral .Cantidad de leche materna suministrada en episodio de diarrea .Cantidad de líquido suministrado en episodio de diarrea . Cantidad de alimentos suministrado en episodio de diarrea	Adecuada Inadecuada
Conocimientos de Neumonía	. Identificación de al menos un signo y síntoma de neumonía	Adecuado Inadecuado
Prácticas sobre Neumonía	. Búsqueda de ayuda adecuada en caso de episodio de neumonía	Adecuada Inadecuada
Conocimientos sobre embarazo	. Reconocimiento de lactancia como factor de espaciamiento de embarazos. . Reconocimientos de signos de peligro en embarazo	Adecuado Inadecuado
Prácticas en el embarazo	. Tres o más consultas prenatales . Dos o más dosis de TT . Nacimiento atendido por personal entrenado.	Adecuada Inadecuada
Prácticas de nutrición	. Lactancia inmediata al nacer . Lactancia materna exclusiva hasta antes de los 4 meses de edad . Alimentación apropiada a niños de 5 a 9 meses de edad. . Niños con control de peso	Adecuada Inadecuada

### 3. Obtención de Información:

Para la recolección de la información se utilizó una encuesta de hogares que midió lo siguiente:

- . El conocimiento de las madres con niños menores de dos años relacionado a:
  - Las principales amenazas a la salud infantil
  - Las maneras de prevenir las enfermedades o limitar sus complicaciones y secuelas.
- . La estimación de prevalencia de diarrea y signos y síntomas compatibles con infección respiratoria aguda en las dos semanas previas al estudio, tomando en cuenta el manejo que realiza la madre frente a estas enfermedades.
- . El conocimiento y prácticas maternas en relación al tratamiento de la diarrea, deshidratación e infecciones respiratorias agudas.
- . Las prácticas de lactancia materna y de otro tipo de alimentación.
- . El cuidado prenatal e identificación de la persona que atiende el parto.
- . La cobertura de toxoide tetánico.

#### a. El cuestionario

El cuestionario utilizado (Anexo 2), constó de 44 preguntas; fue diseñado para recolectar información relevante para la información del estudio.

Las preguntas fueron desarrolladas tomando como base las intervenciones del proyecto y/o el cuestionario genérico de encuestas KPC desarrollado por el programa de apoyo a la Supervivencia Infantil (CSSP) de la Universidad Johns Hopkins.

#### b. Determinación de la muestra.

El sistema para determinar el tamaño de la muestra de la encuesta fue el de conglomerados aprobado por la OMS, derivado del requerido por una encuesta por muestreo al azar, cuyo cálculo se realiza a través de la siguiente fórmula:

$$n = z^2 pq/d^2$$

Donde n = tamaño de la muestra; Z = 95 % de límite de confianza = 1.96; p = tasa de cobertura o prevalencia; q = 1 - p; y d = es la precisión deseada, que usualmente es del 5% al 10 %.

En la encuesta KPC de 30 conglomerados se usó una muestra de 300 (10 por conglomerado), para asegurar que las sub-muestras fueran lo suficiente amplias como para obtener información útil con los márgenes estadísticos adecuados para un análisis confiable.

#### **c. Selección de la muestra.**

A partir de un listado de 100 comunidades, que incluía la población de cada una de ellas, se seleccionó 30 conglomerados/comunidades (Anexo 1).

En cada comunidad para seleccionar la primera casa a ser visitada se hizo girar un lápiz en el centro de la comunidad, cubriendo posteriormente las casas contiguas en el sentido de las manecillas del reloj.

#### **d. Capacitación de los supervisores y los entrevistadores.**

El contenido del taller de capacitación incluyó:

- ▶ Metodología del estudio
- ▶ Lógica de cada una de las preguntas para su mejor entendimiento.
- ▶ Adecuación del lenguaje del cuestionario a los códigos lingüísticos de la zona.
- ▶ Llenado de formularios. En este tipo de estudios, se debe tomar siempre en cuenta que las preguntas se deben hacer en la misma forma y para lograrlo se realizaron múltiples ejercicios y prácticas tomando en cuenta, el diferente nivel educativo entrevistadores, supervisores y la experiencia de cada uno de ellos en estudios similares; de ese manera se pretendió eliminar o disminuir en lo posible el sesgo que el entrevistador puede presentar.

El programa de capacitación consta en el anexo 5

#### **e. Recolección de datos**

Se organizaron 9 equipos conformados por 1 supervisor y 2 y ó 3 encuestadores, quienes según programación y de acuerdo a distancias y vías de acceso a las comunidades, así como al número de encuestas a realizarse efectuó las entrevistas a nivel de hogar a las madres de niños menores de 2 años durante 5 días consecutivos (17 de enero al 21 de enero de 1997).

En cada una de las comunidades se determinó el centro y se hizo girar un lápiz para seleccionar la primera vivienda a ser visitada y luego de acuerdo a la dirección de las manecillas del reloj. Se continuó con las entrevistas únicamente en los hogares que existían niños menores de dos años y su mamá estaba presente.

Al finalizar las entrevistas en cada una de las comunidades, los supervisores efectuaron una revisión minuciosa de cada uno de los cuestionarios.

#### 4. Procesamiento y análisis de los datos.

El procesamiento de la información fue electrónico, utilizándose para el efecto el programa EPI/INFO v.6. Para el texto se hizo uso del procesador de textos Word Perfect v.6.0 y las gráficas fueron diseñadas en Hardward Graphic. v.3.0.

Para el primer borrador del estudio se tomo la distribución de frecuencias para cada una de las preguntas.

En algunos casos se hicieron tablas cruzadas en EPI/INFO por la edad de los niños, para conseguir indicadores de segundo orden.

Posteriormente se realizaron algunos otros cruces de información en busca de posibles relaciones, las cuales se mencionarán oportunamente en el ítem de resultados.

## **VI. RESULTADOS**

### **a. Características generales de la madre**

La edad promedio de la madre fue de 26 ( $\pm$  7.2) años, con un rango de 15 a 49 años. Un 10% de madres son de 18 años o menos.

El 47% de las madres no sabían leer, de las cuales el 40.7% declararon no haber estudiado, porcentaje que es bastante más alto que el promedio nacional y del porcentaje encontrado en otros estudios, para zonas parecidas, que llega al 30,6% (Ver cuadro 1, Anexo 3).

Tan solo un 14.7% de las madres indicaron que trabajan fuera del hogar, pero un 34% reportó que realizaban actividades para generar ingresos económicos, destacándose dentro de ellas la venta de productos agropecuarios (19.7%) y un 5% trabajadoras asalariadas.

### **b. Características generales del niño**

El promedio de edad de los 300 niños encuestados fue de 9.9 meses siendo el 58.3% de los niños menores de 1 año.

Respecto al cuidado del niño cuando la madre salía del hogar, el 25% de los niños acompañó a su madre, un 28% fueron cuidados por hermanos mayores, un 30% por otros familiares y apenas un 1% dejaron a sus hijos en guarderías. (Ver cuadro 2, Anexo 3).

### **c. Alimentación Infantil**

#### **. Lactancia Materna**

Un 70.7% de las madres estaban dando de lactar en el momento de la encuesta. De las madres que no estaban dando de mamar, 92% reportaron haber dado de mamar en el pasado; apenas un 8% de esas madres no habían dado nunca de mamar a sus niños. (Ver cuadro 3, Anexo 3).

La lactancia se inició en forma temprana, es decir durante las primeras 8 horas, en un 55.2%, de los cuales el 37.5% lo hicieron durante la primera hora después del parto. El porcentaje de madres que reportaron haber dado de mamar después de 8 horas continúa siendo importante (42.3%). (Ver cuadro 4, Anexo 3).

El 46.3% de las madres consideró importante el ingerir más líquidos para producir más leche, en particular el pozol; el 31% manifiestan que deben alimentarse bien. (Ver cuadro 4, Anexo 3).

Un 17% de los niños menores de 4 meses recibían únicamente leche materna. (Ver cuadro III, Anexo 3).

#### . Alimentación del Destete

El hecho de que sólo un 17.3% de las madres sabían que debe iniciarse el destete entre los 4-6 meses, indicó desconocimiento de las madres respecto a la alimentación infantil aunque un 42.7% apuntó que el destete se debería realizar a los seis meses y más. (Ver cuadro 6, Anexo 3).

En cuanto a los alimentos la madre proporcionó a sus hijos durante el destete, fue muy variada, notándose una tendencia a dar agua desde muy temprana edad, al igual que atoles y leche de vaca, gradualmente se incluye frutas y alimentos sólidos. (Ver cuadro 7, Anexo 3).

#### d. Control del crecimiento

Para conocer la práctica del control de crecimiento y el uso del carnet infantil para ese efecto, se solicitó a cada una de las madres entrevistadas el carnet de los niños, encontrándose que un 68.7% tenían carnet de salud infantil; de éstas sólo un 49.0% habían llevado a pesar a sus niños en los últimos 3 meses previos al estudio de base. (Ver cuadro III, Anexo 3).

#### e. Enfermedades diarreicas

Un 46.% (138) de las madres reportaron que sus niños tuvieron diarrea en las dos últimas semanas previas al estudio. (Ver cuadro 8, Anexo 3).

Se observó en un porcentaje importante de madres un desconocimiento del manejo adecuado de un caso de diarrea, dejando entrever el riesgo potencial de deshidratación, desnutrición y muerte.

Así 16.7% de las madres disminuyeron la lactancia a quienes se suman un 6% de madres que suspendieron la lactancia. (Ver cuadro 9, Anexo 3).

Un 29% de madres disminuyeron y un 7.2% incluso suspendieron los líquidos en los casos de diarrea. Un 30.4% (42) disminuyeron y un 13% suspendieron la alimentación. (Ver cuadro 9, Anexo 3).



Cuando se preguntó si le habían dado tratamiento alguno a los niños con diarrea, solo un 28% dieron SRO. Es importante mencionar que un 10% dio líquidos y 49% reportaron haber dado medicinas. (Ver cuadro 10, Anexo 3).

El 35.3% de madres reportaron haber pedido ayuda o consejo cuando sus niños tuvieron diarrea, el 42.3% acudieron al centro de salud, mientras que un 37.7% pidieron ayuda o consejo a sus parientes y apenas un 4% acudieron ante el brigadista de salud. (Ver cuadros 11 y 12, Anexo 3).

Al preguntarle a la madre que haría si su niño tuviera diarrea, el 56.8% manifestó que darle medicamentos y el 36.4% darle remedios caseros.

El 16.3% de las madres identificaron a la deshidratación como un signo de gravedad, el 17% la fiebre y el 14.3% los vómitos. En el caso de preguntarles las acciones que realizarían cuando un niño se esta recuperando después de un episodio diarreico, el 24% opinó que debe darle alimentos con mayor frecuencia y en pequeñas cantidades, el 60% manifestó que debe darle vitaminas. (Ver cuadro 13, Anexo 3).

#### **f. Manejo del agua de consumo humano y disposición de excretas**

El 74% de las madres encuestadas dijeron que se debe clorar el agua para consumo humano y 90% guardaba el agua de consumo en recipientes limpios y tapados.

El 60% de las madres encuestadas manifestaron hacer su deposición de excretas al aire libre, apenas el 35.5% disponían de letrinas.

Un 60% de las entrevistadas manifestaron realizar su disposición de excretas al aire libre y otro 35.5% tiene letrina propia. (Ver cuadro 15, Anexo 3).

#### **g. Enfermedades Respiratorias Agudas.**

De acuerdo a la información proporcionada por la madre, el 76% (228) de los niños presentaron enfermedad respiratoria aguda, durante las dos semanas anteriores a la encuesta. De ellos un 84.6% tuvieron respiración rápida. El 56% de estos casos pidieron ayuda en su mayoría acudieron al centro de salud (47.3%), apenas el 3.6% pidió ayuda al brigadista de salud comunitario. (Ver cuadros 8, 11 y 12, Anexo 3).

Al preguntar a la madre sobre los signos de gravedad de las infecciones respiratorias el 44.3% reconoció la respiración rápida como señal de gravedad, apenas el 2.3% mencionaron retracción intercostal. Es importante destacar que un 28.3% de madres declararon no conocer cual era esta sintomatología de gravedad. (Ver cuadro II, Anexo 3).

#### **h. Salud Materna**

Respecto a por qué una mujer embarazada debe vacunarse contra el tétanos el 21.3% manifestaron que era para protección tanto de la madre como del niño, el 25% creía que únicamente protege al niño y el 40.3% desconocía para que era útil. (Ver cuadro 16, Anexo 3).

El 61.7% de mujeres pensaba que su primer control prenatal debería hacerse a partir del primer trimestre de embarazo, el 20% pensaba que debería ir a mitad del embarazo y/o en el ultimo trimestre. (Ver cuadro 17, Anexo 3).

Apenas el 30% (89) de las madres disponían de la CPN de las cuales el 56% tenían registrado tres y mas controles prenatales. (Ver cuadros IV, 19 a u 19 b, Anexo 3).

Cabe anotar que la mayoría disponían de tarjetas de control de vacunas TT, y se observó que el 57% (163) de las mujeres encuestadas recibieron una y/dos dosis de vacuna de TT.

Se investigó además respecto a que alimentos debería comer una mujer embarazada para evitar la anemia, el 64% no sabía y el 36% manifesto que debería consumir carnes rojas, hígados y/o vegetales verdes. El 68% de las madres comieron más o igual cantidad de alimentos de lo que comían antes de estar embarazada.

El 71% de las mujeres identificaron al menos un signo de peligro durante el embarazo. (Ver cuadro 21, Anexo 3).

Un 38% de los partos, de su ultimo hijo, fueron atendidos por personal de salud (médico y/o enfermera), el 33,7% por parteras y en el 27.7% de casos no fue atendida por nadie y el cordón umbilical lo cortó ella misma y/o un miembro de la familia. (Ver cuadro 20, Anexo 3).

## **VII. DISCUSIÓN**

### **a. Características generales de la madre:**

En los resultados de la encuesta se pudo apreciar algunos porcentajes que indican la situación socio-económica de la población beneficiada del Proyecto.

Llamó la atención el alto nivel de analfabetismo encontrado que llegó casi a un 50% en comparación a otras referencias nacionales que indican hasta un 30% o un 40% como máximo. Esta cifra preocupa aun más si se toma en cuenta que son las madres las que más directamente se encargan de la educación de los hijos y de la transmisión de valores y prácticas adecuadas o no para la salud.

### **b. Características generales del niño:**

La mayoría de los niños(58.3%) eran menores de un año correspondiendo al grupo etáreo de más riesgo en el País ya que en esta edad se concentran las tasas más altas de morbi-mortalidad.

Por otro lado, un 58% de los niños eran cuidados por hermanos mayores y familiares cuando la madre sale. Este porcentaje reveló la importancia de dirigir las intervenciones educativas y preventivas a todo el núcleo familiar y no solamente a la madre.

### **c. Alimentación Infantil**

#### **. Lactancia materna:**

La gran mayoría de las madres dieron de lactar a sus hijos, lo cual si bien es alentador, al momento de desagregar los componentes, todavía se encontraron porcentajes considerables de madres que iniciaron la lactancia tardíamente o que introdujeron agua o alimentos antes de los cuatro meses. El hecho que un buen porcentaje de las madres(55.2%) hayan iniciado la lactancia materna en las primeras ocho horas constituyó un buen inicio para la salud del niño. Sin embargo esta práctica no se mantuvo, en la forma exclusiva en estas mismas proporciones, descendiendo muy significativamente.

#### **. Alimentación del Destete:**

Si bien se observaron porcentajes altos en relación a la introducción de alimentos semisólidos de los niños entre los 5 y 9 meses de edad, será necesario profundizar un poco en relación a cantidad, frecuencia y consistencia de la alimentación infantil.

#### **d. Control de crecimiento**

Las dos terceras partes (68.7%) de los niños tenían el carnet, pero menos de la mitad (49%) de las madres que mostraron carnet lo usaban para el control del peso del niño o monitoreo de crecimiento. Siendo el control del crecimiento una de las estrategias utilizadas por el Sistema de Salud con el fin de que la madre visualice el crecimiento físico de los niños e inmediatamente tome acciones, el haber encontrado el poco uso de la tarjeta puede indicar la poca profundidad que el trabajo de educación en salud ha tenido en la población. Deberá ser muy importante en el futuro, en esa zona asegurar la capacitación de las madres para que puedan utilizar adecuadamente la tarjeta y conocer el momento en que sus hijos estén en riesgo o desnutridos.

#### **c. Enfermedades diarreicas**

La encuesta recogió datos sobre la disposición de excretas. La disposición de excretas al aire libre, en la zona de la encuesta, constituyó un 60% pudiendo presumir que contribuye grandemente a la transmisión de enfermedades por vectores o por la vía anal oral.

Por otro lado un 74% de las madres no opinaron a favor de clorar el agua de consumo y un 90% lo único que declararon haber hecho con el agua fue guardarla en un recipiente limpio y tapado. Si se relacionan estos hallazgos con los indicadores de pobreza en los que se recoge que estas poblaciones son las que menos infraestructura sanitaria y de servicio tienen, se puede pensar que el manejo de agua de consumo constituye una causa importante de la prevalencia de enfermedades diarreicas.

Las tasas que se encontraron de morbilidad por diarrea en las dos semanas anteriores al estudio, fueron altas en niños menores de 2 años correspondiendo al 46% del total en el caso de la diarrea. Esta patología junto con las infecciones respiratorias agudas, son responsables de las mayores cantidades de muertes en niños. Es alarmante la prevalencia de estas enfermedades entre los niños objeto de la encuesta.

#### **d. Infecciones respiratorias agudas**

La prevalencia encontrada de Infecciones respiratorias agudas en las dos semanas anteriores al estudio resulta sumamente alta. Un 76 % de niños fueron reportados por las madres como que padecieron alguna Infección respiratoria y de éste un 84.6% lo reporta la madre como que respiraba rápido o cansado

Menos de la mitad de las madres reconocieron al menos un síntoma de alarma en el caso de las Infecciones respiratorias. Si a este problema se le suma el poco acceso a los servicios de Salud, se puede explicar la tasa alta de mortalidad infantil en el caso de las Infecciones respiratorias.

#### **e. Salud materna**

El Departamento de Matagalpa presenta uno de los más altos indicadores de muerte materna. El Ministerio de Salud desarrolla una serie de intervenciones para disminuir o evitar estas muertes.

En la zona de estudio las madres encuestadas tenían muy poco conocimiento y prácticas correctas alrededor de su salud. La mayoría de las encuestadas desconocía o no tenía el conocimiento adecuado acerca de la utilidad de la vacuna contra el Tétano. Más de la mitad opinó que el Control prenatal se debía hacer desde el primer trimestre de embarazo pero solamente un 30% disponían de tarjeta y un 56% tenían anotadas tres o más controles prenatales.

Al mezclar los datos anteriores con el hecho que solamente un 38% de las mujeres fueron atendidas por personal de salud al momento de su parto y más alarmante todavía que 27.7% se atendió sola o ayudada por algún familiar, el panorama no es nada alentador y hace pensar en los enormes esfuerzos que habrá que hacer para mejorar la salud de la mujer en su período de embarazo.

**En cuanto a los indicadores definidos para el estudio se pudo apreciar lo siguiente:**

#### **a. Conocimientos y prácticas en diarrea**

El 30% de las madres reportaron tratar la diarrea con Sales de rehidratación oral, ya sea en forma de suero casero o proveniente de bolsas industriales de las que distribuye el Ministerio de Salud. Podría este indicador señalar que el Ministerio de Salud ha mejorado su cobertura en la distribución de Sueros Orales.

Sin embargo, a pesar de encontrar este porcentaje, el dato contrastó con el hecho que solamente un 17% de las madres reconocieron los signos y señales de deshidratación, lo que constituye el primer eslabón para lograr posiblemente evitar una muerte por diarrea y poder administrar adecuadamente el suero de rehidratación. Si se analiza esta pregunta tomando como parámetros los signos de gravedad de una diarrea, el puntaje aumenta por encima del 60%.

El 70% de las madres reportaron darle igual cantidad o más pecho a sus hijos en caso de diarrea , lo que habla a favor de los conceptos culturales que aun se conservan acerca de la lactancia en la zona del estudio y acerca de la posible contribución que esta práctica tenga en evitar mayor cantidad de muertes por diarrea.

La práctica de suministrar igual o mayor cantidad de líquidos y alimentos durante un episodio de diarrea marcó un 58% y un 45% respectivamente.

Desafortunadamente, la mayoría de las madres, no conocían el manejo adecuado del niño con diarrea . Además de un fuerte componente educativo, será necesario asegurar la disponibilidad de SRO como también un sistema de referencia y contrarreferencia con las unidades de salud del Ministerio y/o otras instituciones con capacidad resolutive.

#### **b. Conocimientos y prácticas en neumonía**

Un 49% de las madres identificaron por lo menos una señal de gravedad de neumonía. Sin embargo no se puede en este caso afirmar que las madres podían identificar todos los signos y síntomas de neumonía ya que esta pregunta tenía más de una opción y se contabilizó a partir de marcar por lo menos uno de los signos y/o síntomas considerados de gravedad en el libro "PARA LA VIDA" de UNICEF que fue usado como referencia.

Por otro lado solamente un 37% de las madres buscaron ayuda adecuada cuando se presentó un caso de Infección respiratoria. Esto dejó a un 67% de los niños sin poder acceder a un servicio que aumenta el riesgo de la gravedad del cuadro respiratorio acercando al afectado a la posibilidad de la muerte.

De este 37%, hay que asumir, tomando en cuenta el territorio en que se llevó a cabo el estudio, que el contacto con el personal adecuado no se realizó a lo inmediato y por los escasos recursos del sistema de salud y de las familias, este 37% no necesariamente tuvo posibilidades de acceder a un medicamento adecuado para el cuadro patológico presentado.

### **c. Conocimientos y prácticas en nutrición**

Con relación a la lactancia materna, se marcaron algunos indicadores alentadores: un 17% de las madres reportan lactancia materna exclusiva antes de los 4 meses, encima más o menos un 7% de los niveles máximos reportados a nivel nacional.

Un 54% de las madres refirió darle pecho al niño en las primeras ocho horas después de nacido y un 37,5% refirió haber dado pecho en el primera hora después del parto, favoreciendo con ésto la protección de estos infantes proveniente del calostro.

Al relacionar la lactancia materna con el espaciamiento de los embarazos, solamente un 4% de las madres lo reportó. Culturalmente está más o menos cimentado que la lactancia es beneficiosa para el niño, más sin embargo generalmente las madres no reconocen que pueda tener algún beneficio para ellas mismas como se reflejó al contestar esta pregunta.

En cuanto a la introducción de alimentos sólidos y semi-sólidos en la dieta del niño a entre los cinco y los nueve meses de edad, las madres contestaron afirmativamente en un 93%.

Por último, en relación al control de peso solamente un 34% de los niños de la encuesta tenía control de peso en los últimos tres meses. Esta cifra tiene que ver con el hecho que el control de peso se realiza en los puestos y centros de salud existiendo la práctica de parte de la población, documentada en otros estudios, de asistir a los puestos y centros de salud solamente en casos de enfermedad. A esto hay que agregarle las dificultades de acceso que la población del Proyecto tiene a las unidades de salud en general.

### **d. Conocimientos y prácticas en cuidados maternos**

Resulta preocupante el dato referido a la salud materna en relación a que solamente un 17% de las mujeres embarazadas se realizaron tres controles prenatales en comparación con la media nacional que anda por alrededor de un 50% y a otro estudio de salud reproductiva que anduvo en un 64% en la zona montañosa rural.

La cifra anterior tiene fuerte relación con el hecho que solamente un 38% de los partos fueron atendidos por personal capacitado y otro 34% atendido por parteras. Un 28% de los partos fueron atendidos por las mismas mujeres o por familiares. El riesgo de muerte materna y neonatal que esto implica, es muy grande.

Resulta contrastante que la cobertura de inmunizaciones en relación a la TT en mujeres en edad fértil es de un 37% por encima de un 24% encontrado en otro estudio en el área del Pacífico. Existe una mejor cobertura en el área de inmunizaciones que de atención prenatal, con un costo de oportunidades significativo.

**e. Comentario sobre la metodología Encuesta KPC utilizada:**

La metodología utilizada, reflejó adecuadamente datos de la relación existente entre los conocimientos y prácticas que las madres de ese sector tienen sobre determinadas intervenciones alrededor de enfermedades o eventos de salud de sus hijos y los consejos que la Ciencia da en estos casos.

Los datos proporcionados en forma de porcentaje permitieron realizar comparaciones con indicadores nacionales sobre el tema y datos existentes en la literatura mundial.

También permitió en relativamente poco tiempo, cuatro días, levantar una información de campo de un territorio extenso, de difícil acceso y donde casi nunca es posible permanecer mucho tiempo por el nivel de inseguridad existente en la zona. El entrenamiento del personal de campo fue relativamente corto y se ahorró una buena cantidad de recursos financieros, técnicos y humanos dada la rapidez del levantamiento de la información.

Sin embargo, aunque como resultado del esfuerzo, existen ahora numerosos datos y se tiene una información inicial y de primera mano del territorio, hará falta en el futuro dar salida a los por qué? de cada uno de esos datos numéricos. Estos por qué están ubicados en el área de lo etnográfico, de lo cultural, teniendo que hacer uso de metodologías cualitativas para poder responder a las inquietudes planteadas.

El instrumento utilizado para la recolección de la información, podrá ser ocupado posteriormente para evaluar resultados de intervenciones posibles, que se provoquen a partir de este estudio, al medir de manera objetiva, si los porcentajes encontrados en el estudio inicial, subieron o bajaron con las intervenciones.



## VIII. CONCLUSIONES

1. Se encontró una alta prevalencia de enfermedades diarreicas y aun más de Infecciones respiratorias agudas en la zona. En contraste con esta situación, los conocimientos y prácticas encontradas en las madres para el manejo de estas enfermedades en relación a acciones correctas a tomas, fue muy deficiente y alarmante. En algunos casos se refleja que la madre posiblemente haya agravado el cuadro presentado al acudir a la automedicación y al buscar consejo o ayuda de personas no adecuadas para dárselo.
2. La lactancia materna constituye una práctica común entre las madres del territorio estudiado tanto en su introducción temprana como en la lactancia por varios meses. Igual afirmación se puede aplicar a la introducción de alimentación sólida y semisólida a los niños mayores de cinco meses. Sin embargo, se encontró inconsistencia y dificultades en prácticas de lactancia materna exclusiva, en el tiempo en que esa práctica se mantiene y en la introducción de alimentos demasiado temprano en la vida de los niños.
3. Las prácticas y conocimientos de las mujeres alrededor su embarazo reflejan una situación alarmante. Las mujeres muy poco saben de los cuidados que deben tener durante su embarazo y su parto, muy poco acuden a las Unidades de Salud y para su cuidado se ponen en manos de personal no adecuado y en una buena parte de los casos no se ponen ni siquiera en manos de nadie, sino que ellas mismas se brindan todos los cuidados. Estos datos encontrados explican en parte por qué el Departamento de Matagalpa ocupa el primer lugar en el País en relación a las muertes maternas.
4. De manera indirecta, los hallazgos del estudio están reflejando la débil influencia que tienen los Servicios de Salud existentes en la zona, quedando a la vez claro la muy baja cobertura que estos servicios y en general tienen los agentes de salud para asistir a las madres y los niños que habitan en estas comunidades.

5. La situación de salud de esta zona, de prácticas y conocimientos inadecuados y de prevalencia de enfermedades previsibles, en relación al resto del País, es realmente alarmante y debería considerarse como inadmisibile moralmente. La posibilidad de sobrevivir de un niño de estas comunidades es mucho menor que la de un niño del resto del País y es necesario plantearse acciones para que no suceda más.

## **IX. RECOMENDACIONES**

### **1. A las estructuras de salud comunitarias:**

- a. Las madres de las comunidades de los municipios incluidos en el estudio, los agentes comunitarios de salud, brigadistas y parteras deben aprender a identificar y manejar en su nivel los casos de diarrea e infecciones respiratorias agudas. También se deben difundir los mensajes en relación a la nutrición adecuada principalmente la lactancia materna exclusiva y a los cuidados en el embarazo. Las parteras juegan un papel decisivo en este último aspecto.
- b. Deberá promoverse la instalación en cada comunidad de Casas Base, como punto de referencia del manejo adecuado de la salud a nivel comunitario.
- c. Es conveniente que cada comunidad organice un plan de evacuación de pacientes sobre todo al detectarse señales de alarma en el embarazo, signos y síntomas de neumonía en los niños y deshidratación moderada y severa.

### **2. A las estructuras del Ministerio de Salud:**

- a. Los encargados de docencia y educadores de cada uno de los municipios deben ser capacitados en metodologías adecuadas de Educación para adultos, para aumentar la eficiencia de las intervenciones.
- b. Se debe establecer un Plan educativo a los agentes de salud comunitarios, brigadistas, donde se prioricen las Infecciones Respiratorias Agudas, las Enfermedades diarreicas, la nutrición y los cuidados en el embarazo. Se debe promover a la vez que los brigadistas realicen educación a las madres de la comunidad.
- c. Debe establecerse un sistema de referencia y contrarreferencia entre las comunidades y los Centros de Salud, que sea reconocido y respetado por el Sistema de Salud estatal.
- d. Las visitas de campo deben aprovecharse de manera integral brindando además de atención asistencial curativa, Controles Prenatales, Peso y Talla de los niños, acciones educativas, para mejorar el acceso de las madres y los niños a los servicios de salud.

### **3. A otras Instituciones y Organismos No Gubernamentales:**

- a. Se debe establecer un Plan único con el Ministerio de Salud para la ejecución de intervenciones de salud en las comunidades de estos municipios.
- b. Las intervenciones deben ir dirigidas principalmente a la Educación de Salud en relación a las principales causas de los problemas de salud existentes en las Comunidades. La base de estas intervenciones debe ser la participación activa de los agentes de salud comunitarios y las madres.
- c. Es necesario que como producto de estas intervenciones, al final se logre que las comunidades y las madres hayan mejorado su propia capacidad de resolución de los problemas de salud y sepan referir los casos que ya no pueden ser manejados a nivel comunitario.
- d. Se hace necesario profundizar en los hallazgos del estudio realizado. Para realizar esto es conveniente plantearse pequeños estudios cualitativos que permitan conocer las principales barreras existentes para que la comunidad acepte como válidos los conocimientos existentes y asuma de manera decidida el cambio de algunos comportamientos.

## X. BIBLIOGRAFÍA

- Appropriate Health Resources & Technologies Action Group Ltd.  
AHRTAG. Acción mundial sobre las IRA. Noticias sobre  
IRA No. 23. Junio 1993 págs. 2 y 3.
- Appropriate Health Resources & Technologies Action Group Ltd  
LTD. AHRTAG. ¿Cuándo debe un trabajador de salud  
examinar a mi hijo? Noticias sobre IRA No. 23 junio  
1993. Págs. 7 y 8.
- Appropriate Health Resources & Technologies Action Group Ltd.  
AHRTAG. Compromiso internacional para el control de la  
neumonía. Noticias sobre IRA No. 23. Junio 1993. Pág.  
1 .
- Appropriate Health Resources & Technologies Action Group Ltd.  
AHRTAGL. La Leche materna es el mejor alimento Diálogo  
sobre la Diarrea. No. 53, septiembre-diciembre 1995  
Pag. 1.
- Bernal Carlos Et. al. Líquidos disponibles en el hogar para  
prevenir la deshidratación. Universidad de Antioquía,  
Colombia. Diálogo sobre la Diarrea Appropriate Health  
Resources & Technologies Action Group AHRTAG, No. 54  
Diciembre-junio 1996. Pág. 4.
- Catholic Relief Services(CRS)- Nicaragua. Encuesta de Base,  
Proyecto de Sobrevivencia Infantil. Managua Nicaragua.  
Abril 1993.
- Catholic Relief Services (CRS)-NICARAGUA. Proyecto  
COLABORACIÓN PARA LA SOBREVIVENCIA IFANTIL en 98  
comunidades del Norte de Nicaragua CRS/CARITAS  
Matagalpa. Managua, Nicaragua. Noviembre de 1995.
- CIES-UNAN Managua. Práctica de salud en la Comunidad. Módulo  
Prácticas de Salud. Managua, Nicaragua. 1995 Nota:  
Recopilación bibliográfica. Coordinadora: Alice  
Pineda.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia(UNICEF). Para  
la Vida. Un reto de comunicación. J&J Asociados  
Barcelona, España. Edición revisada 1993. Págs. 1 a  
105.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Por la Búsqueda de la igualdad. Managua, Nicaragua, 1996. Pág. 1 a 51.

Johns Hopkins University. School of Higiene and Public Health PVO Child Survival Support Program. Guía del Capacitador de la Encuesta para Encuestas Rápidas sobre conocimientos, prácticas y coberturas (encuestas KPC) de Proyectos de Supervivencia Infantil de Organizaciones Privadas de voluntariado (OPV). jul. 1995. Pág 1 a 96.

Martínez Manuel. Cultura y Salud. Módulo Prácticas Sanitarias. CIES, UNAN-Managua. Managua, Nicaragua. 1995. Nota: Recopilación bibliográfica. Coordinadora: Alice Pineda.

MOTHERCARE Matters. Healthy Pregnancy, Safe Delivery- The MotherCare Experience Volume 4, No.2-Special Edition. 1995. Pag 1,2.

NICARAGUA. Ministerio de Salud Pública. Atención Integral a la Mujer y a la Niñez, Manual Operativo. Managua, Nicaragua. Abril 1995. Págs. 1 a 51.

Organización Panamericana de la Salud. Infecciones Respiratorias Agudas en las Américas. Boletín Epidemiológico Vol. 16, No 4. Diciembre de 1995 Pág 1 a 5.

Organización Panamericana de la Salud. Manual de Crecimiento y Desarrollo. 1986. Pág. 1 a 6.

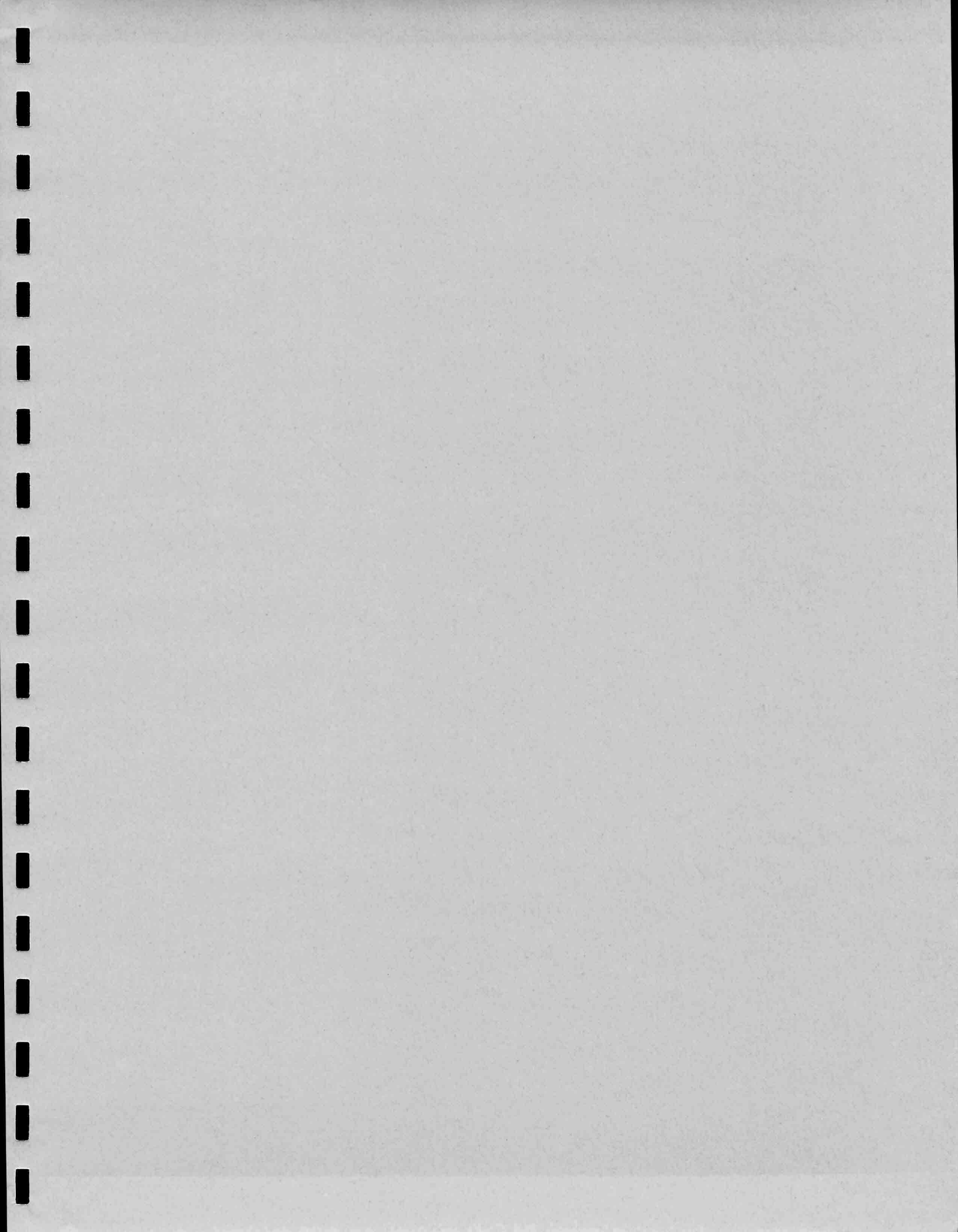
PROFAMILIA. Encuesta sobre salud Familiar Nicaragua 92-93. Managua, Nicaragua. Nov. 1993.

Rodriguez Baena Elena. Evaluación de Programas de Educación para la salud: el caso de North Karelia (Finlandia). CIES. Módulo Educación en Salud I. Managua, Nicaragua. 1995. págs. 7-9. Nota: Recopilación bibliográfica. Coordinador: Manuel Martínez.

Seminario: Metodología cualitativa aplicada a la evaluación del Proyectos de Supervivencia Infantil. Managua, Nicaragua. Enero y junio de 1997. Nota: Recopilación Bibliográfica. Coordinador Manuel Martínez.

Valverde, Christa de. Guía metodológica para investigar conocimientos, actitudes y prácticas(Cap's) sobre proveedores de salud del sector privado. Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá. CIES-UNAN Managua. Estudios Epidemiológicos en grupos poblacionales. Unidad III. Managua, Nicaragua. Pág. 207. septiembre 1995. Pág. 207. Nota: Recopilación bibliográfica.

Vargas Oscar-René. Crecimiento económico y pobreza. El Nuevo Diario, Managua Nicaragua, 4 de agosto de 1997. Pág. 6.





## **XI. ANEXOS**

- 1. Datos de población de 30 conglomerados**
- 2. Cuestionario sobre conocimientos y prácticas  
Indicadores**
- 3. Cuadros y Gráficos de resultados de estudio**
- 4. Lista de personas participantes de encuesta**
- 5. Programa de capacitación**
- 6. Programación de aplicación de encuesta**

**ANEXO 1.**

**1.a DATOS DE POBLACIÓN DE 30 CONGLOMERADOS (MUESTRA) DONDE SE APLICÓ LA ENCUESTA:**

No.	Nombre de Comunidad	Población	Población acumulada	Conglomerado
1.	Azancor	693	693	
2.	Esquirín I	200	893	
3.	Sn Marcos/Tapaste	547	1,440	
4.	Maizama	376	1,816	1
5.	Las Vegas/Esquirín II	250	2,066	
6.	Santa Rosa	120	2,186	
7.	Las Pavas	172	2,358	
8.	Venecia/Monte Alegre	300	2,658	
9.	Mamonal	61	2,719	
10.	Mal Paso Arriba	333	3,052	
11.	Compasagua Abajo	732	3,784	2
12.	Santa Fe	230	4,014	
13.	Bálsamo	629	4,643	
14.	Caldera	190	4,833	
15.	Wiliguas I/II	414	5,247	3
16.	El Vergel/Cr. Caballo	249	5,496	
17.	El Manchón	180	5,676	
18.	Upas	239	5,915	
19.	Las Lomas	143	6,058	
20.	San Miguelito	216	6,274	

Tamaño de intervalo (a) 1,818 Número al azar: 1,568 (billete C\$ 5.00)

No.	Nombre comunidad	población	poblac. acumul	conglomerado
21.	Los Cerritos	1176	7,450	4
22.	Sontolar	405	7,855	
23.	Likia abajo y Bocana	1122	8,977	5
24.	San Ignacio	640	9,617	
25.	Las Limas	580	10,197	
26.	Salto de la Olla	912	11,109	6
27.	El Recreo	295	11,404	
28.	Saiz Sn Martín/Lk Ar	2120	13,554	7
29.	Saiz Fátima	744	14,268	
30.	Saiz Sn. Juan	840	15,108	8
31.	Paiwitas	630	15,738	
32.	San Miguel	300	16,038	
33.	Guapote	450	16,488	9
34.	Bijagua I/II	2600	19,088	10
35.	Sn. Antonio Anzuelo	648	19,738	
36.	Concepción Anzuelo	550	20,286	11
37.	Patastule	402	20,688	
38.	Tierra Blanca	1,710	22,398	12
39.	Kirragua Arriba	333	22,731	
40.	El Jilguero	600	23,331	

Tamaño de intervalo (a) 1,818 Número al azar: 1,568 (billete C\$ 5.00)

No.	Nombre de Comunidad	Población	Poblac. acum.	conglomerados
41.	Cebadilla (Valle+ C.Arr)	1,605	24,936	13
42.	Bilwas	480	25,416	14
43.	San Sebastián	600	26,016	
44.	La Patriota	690	26,706	
45.	San Rafael	600	27,306	15
46.	Guabo	819	28,125	
47.	Cacao	639	28,764	
48.	Mansera	600	29,364	16
49.	El Corozo	700	30,064	
50.	Las Escaleras	1,455	31,519	17
51.	El Tepeyac	658	32,177	
52.	Las Nubes	302	32,479	18
53.	Hular	436	32,915	
54.	Malacal	604	33,519	
55.	Yasica Norte	288	33,807	
56.	Coyolar # 1	322	34,129	
57.	Quebrada Honda	936	35,065	19
58.	El Tuma	738	35,803	
59.	Coyolar # 2	570	36,373	20
60.	La Castilla	964	37,337	

Tamaño de intervalo (a) 1,818 Número al azar: 1,568 (billete C\$ 5.00)

No.	Nombre de Comunidad	Población	Poblac. acum.	conglomerados
61.	Yaoska	1,947	39,284	21
62.	El Pajaro	1,000	40,284	
63.	Las Carpas	800	41,084	
64.	Lana Cristo Rey	900	41,984	23
65.	Colonia El Carmen	800	42,784	
66.	Comején	1,100	43,884	24
67.	Rancho Grande	1,200	45,084	
68.	Santo Domingo	868	45,952	25
69.	La Tronca	871	46,823	
70.	La Mora	1,820	48,643	26
71.	Wasaka abajo	1,843	50,486	27
72.	Cramollo Central	469	50,955	28
73.	Granadillo # 2	879	51,834	
74.	La Estrella	903	52,737	29
75.	Caratera	400	53,137	
76.	El Pavón	704	53,841	
77.	La Dalia	700	54,541	30
78.				
79.				
80.				
81.				

**1.B LISTADO DE COMUNIDADES DONDE SE REALIZO ENCUESTA :**

**LA DALIA/RANCHO GRANDE:**

1. Comején/Julio Ramos
2. Yaoska/Las Brisas
3. Las Carpas # 1
4. Sn. José de Peñas Blancas
5. La Tronca
6. Santo Domingo de Bul Bul
7. Wasaka/Pénjamo
8. La Estrella
9. La Dalia
10. Piedra Luna
11. Coyolar # 2/Sn. Antonio
12. Quebradón
13. Las Nubes/Sn. Rafael
14. Las Escaleras/La Viola

**MUY MUY**

15. Maizama
16. Compasagua
17. Wiligua
18. Vergel/Cerro Caballo

**MATIGUAS**

19. Patastule
20. San Ignacio
21. Saiz Sn. Juan
22. Paiwita
23. Sn. Rafael
24. Concepción Anzuelo
25. San Antonio Anzuelo
26. Cebadilla El Valle
27. Cebadilla Sn. Sebastián
28. Tierra Blanca
29. Kirragua
30. Bilwas

NOTA: Se tuvo que volver a escoger las comunidades al azar, con la misma metodología, al existir actividad delictiva en algunas de las comunidades que salieron en la muestra. Se excluyó estas comunidades y se realizó de nuevo la escogencia.

**Anexo 2. CUESTIONARIO UTILIZADO/FUENTE DE DATOS EN RESULTADO DE INDICADORES**

**2.A CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS  
PRACTICAS y COBERTURA EN SOBREVIVENCIA INFANTIL (KPC)**

**ESTE CUESTIONARIO ES SOLAMENTE PARA MADRES DE NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS.**

#ID del entrevistador \_\_\_\_\_

Código conglomerado: \_\_\_\_\_

Fecha entrevista \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /97 Re-entrevista: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /97

Comunidad: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_

Nombre del entrevistador: \_\_\_\_\_

Supervisor: \_\_\_\_\_

Firma del Supervisor: \_\_\_\_\_

**I. DATOS PERSONALES DE LA MADRE Y DEL NIÑO MENOR DE DOS AÑOS**

1. Nombre completo de la madre: \_\_\_\_\_

Edad en años: \_\_\_\_\_

2. Nombre completo del niño menor de 2 años: (Si hay 2 niños menores de 2 años, escoge el menor de los dos. En las preguntas siguientes, refiera SOLO a este niño)

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

día / mes / año .

Edad en meses(cumplidos): \_\_\_\_\_

**II. EDUCACIÓN/OCUPACIÓN DE LA MADRE**

3. Hasta qué grado estudió? Puede leer?:

- |                           |         |
|---------------------------|---------|
| 1. ninguno y no lee ----- | (     ) |
| 2. ninguno y si lee ----- | (     ) |
| 3. primaria y no lee----- | (     ) |
| 4. primaria y si lee----- | (     ) |
| 5. secundaria o más-----  | (     ) |

4. Trabaja fuera de casa?
1. sí----- (    )
  2. no----- (    )
5. Quién cuida de (nombre del niño) mientras trabaja o está fuera de casa? (*puede marcar más de una respuesta*)
1. el niño se va con la mamá----- (    )
  2. el esposo/compañero----- (    )
  3. hermanos mayores----- (    )
  4. parientes (abuela/tíos)----- (    )
  5. vecinos/amigos----- (    )
  6. la empleada----- (    )
  7. guardería----- (    )
  8. no se aplica (nunca sale)----- (    )
6. Qué tipo de trabajo realiza usted, que le produce dinero?
1. ninguno----- (    )
  2. costurera----- (    )
  3. vendiendo productos agrícolas----- (    )
  4. comerciante: vendiendo alimentos (pan, nacatamales, baho, etc)----- (    )
  5. empleada doméstica----- (    )
  6. trabajadora asalariada----- (    )
  7. lavado-planchado----- (    )
  8. otros (especifique)\_\_\_\_\_

### III. LACTANCIA MATERNA/NUTRICIÓN:

7. Está dando de mamar a (nombre del niño).
1. Sí----- (    ) *pase a preg. 9*
  2. No----- (    )
8. Le ha dado alguna vez de mamar a (nombre del niño)
1. Sí----- (    )
  2. No----- (    ) *pase a preg. 10*
9. Después del parto, cuándo le dio de mamar por primera vez (nombre del niño):
1. durante la primera hora después del parto---- (    )
  2. durante las primeras ocho horas----- (    )
  3. más de ocho horas después del parto----- (    )
  4. no se acuerda----- (    )



10. Qué debe hacer una madre para producir bastante leche, durante los primeros meses (PUEDE MARCAR MAS DE UNA RESPUESTA)

1. no sabe----- ( )
2. dar exclusivamente de mamar----- ( )  
durante los primeros cuatro meses
3. evitar la leche en pacha----- ( )
4. amamantar con frecuencia para la buena---- ( )  
producción
5. dar de lactar lo más antes posible  
después del parto \_\_\_\_\_ ( )
6. cuidarse los pezones\_\_\_\_\_ ( )
7. alimentarse bien----- ( )
8. tomar muchos líquidos----- ( )
9. beber tibio o pozol \_\_\_\_\_ ( )
10. otros (especifique)\_\_\_\_\_ ( )

11. Por qué es importante la lactancia PARA LA MADRE?

1. para no tener muy seguidos los bebés  
(espaciar los embarazos)----- ( )
2. no sabe ----- ( )
3. otro (especifique)----- ( )

12. A que edad debería la madre comenzar a dar otros alimentos al niño además del pecho?

1. empezar antes de los 4 meses----- ( )
2. empezar de los 4 o 5 meses ----- ( )
3. empezar a los 6 meses ----- ( )
4. empezar a los 7 meses o más ----- ( )
5. no sabe----- ( )

13. Además del pecho qué tipos de alimentos cree usted que debe dar?

1. no sabe ----- ( )
2. agregar aceite, mantequilla, crema, manteca - ( )
3. zanahoria, mango, papaya ----- ( )
4. Las hojas verdes como de yuca, remolacha,  
espinaca, rábano, jocote o quelite ----- ( )
5. Carne de res, venado, cabra, chivo ----- ( )
6. Hígado, menudos, vísceras ----- ( )
7. Yema de huevos ----- ( )
8. otros (especifique)\_\_\_\_\_ ( )

14. a. Le da agua, café, cocimiento o fresco a (nombre del niño)

1. Sí----- ( )
2. No----- ( )
3. no sabe-- ( )

b. Le da leche de vaca, cabra o leche de pote o de tarro a (nombre del niño)

1. Sí----- ( )
2. No----- ( )
3. No sabe-- ( )

- c. Le da alimentos a (nombre del niño), como la tortilla, arroz, pan, atol, moguitos, papa, quequisque?
1. Sí----- (    )
  2. No----- (    )
  3. no sabe-- (    )
- d. Le da frutas o jugos de frutas naturales a (nombre del niño)?
1. Sí----- (    )
  2. No----- (    )
  3. No sabe-- (    )
- e. Le da zanahorias, mangos o papaya, a (nombre del niño)?
1. Sí----- (    )
  2. No----- (    )
  3. No sabe-- (    )
- f. Le da alguna hoja verde como espinaca o las hojas de remolacha, quelite, jocote, yuca o rábano a (nombre del niño)?
1. Sí----- (    )
  2. No----- (    )
  3. No sabe-- (    )
- g. Le da carne de res, venado, cabra, chivo, menudos, hígado o vísceras a (nombre del niño)?
1. Sí----- (    )
  2. No----- (    )
  3. No sabe-- (    )
- h. Le da otra carne como pescado, pollo, garrobo, conejo, cuzuco a (nombre del niño)?
1. Sí ----- (    )
  2. No ----- (    )
  3. No sabe --- (    )
- i. Le da frijoles, maní, soya a (nombre del niño)
1. Sí----- (    )
  2. No----- (    )
  3. No sabe-- (    )
- j. Le da huevos, queso, leche agria, crema o cuajada a (nombre del niño)?
1. Sí----- (    )
  2. No----- (    )
  3. No sabe-- (    )

k. Le está agregando azúcar, miel o atado de dulce a las comidas de(nombre del niño)?

1. Sí----- ( )
2. No----- ( )
3. No sabe-- ( )

l. Le está añadiendo aceite, crema, mantequilla o manteca a las comidas de (nombre del niño)?

1. Sí----- ( )
2. No----- ( )
3. No sabe-- ( )

m. Usa sal yodada en los alimentos de (nombre del niño)? (Para confirmar que es yodada, pida que le muestre la bolsa de sal; puede marcar "sí" si es sal Yodada)

1. Sí----- ( )
2. No----- ( )

#### IV. CONTROL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO

15. Tiene (nombre del niño) su tarjeta de control de peso?  
(PIDA LA TARJETA Y VERIFIQUE)

1. Sí----- ( ) pida que se la muestre
2. no, perdió la tarjeta ( ) pase a preg. 17
3. no, nunca tuvo tarjeta ( ) pase a preg. 17

16. Mire la gráfica del niño y registre la siguiente información: ha sido pesado el niño en los últimos 3 meses?

- Sí----- ( )  
No----- ( )

#### V. ENFERMEDADES DIARREICAS:

17. Ha tenido (nombre del niño) diarrea en las dos últimas semanas?

1. Sí----- ( )
2. No----- ( ) pase a preg. 24
3. no sabe----- ( ) pase a preg. 24

18. Durante la diarrea de (nombre del niño) le dio pecho....? (LEA LAS OPCIONES A LA MADRE; SOLO MARQUE UNA)
1. más de lo acostumbrado----- ( )
  2. igual que lo acostumbrado----- ( )
  3. menos de lo acostumbrado----- ( )
  4. le dejó de dar pecho----- ( )
  5. ya no recibía pecho/nunca recibió---- ( )
19. Durante la diarrea de (nombre del niño), le dio otros líquidos ? (además del pecho) (LEA LAS OPCIONES A LA MADRE; SOLO MARQUE UNA)
1. más de lo acostumbrado----- ( )
  2. igual a lo acostumbrado----- ( )
  3. menos de lo acostumbrado----- ( )
  4. dejó de darle completamente----- ( )
  5. sólo pecho recibe----- ( )
20. Durante la diarrea de (nombre del niño) continuó usted dándole comida? (LEA LAS OPCIONES A LA MADRE; SOLO MARQUE UNA)
1. más de lo acostumbrado----- ( )
  2. igual a lo acostumbrado----- ( )
  3. menos de lo acostumbrado----- ( )
  4. dejó de darle completamente----- ( )
  5. sólo pecho recibe----- ( )
21. Durante la diarrea de (nombre del niño) qué tratamientos le dio? (*puede marcar más de una respuesta*)
1. nada----- ( )
  2. sobres de rehidratación oral----- ( )
  3. Suero casero)---- ( )
  4. soluciones a base de cereales (atoles o agua de arroz)----- ( )
  5. líquidos, té, agua de coco, cocimientos caseros ----- ( )
  6. medicinas antidiarréicas, antibióticos----- ( )
  7. otros (especifique)\_\_\_\_\_
22. Cuando (nombre del niño) tuvo diarrea, pidió consejo o ayuda?
1. Sí----- ( )
  2. No----- ( ) *pase a preg. 24*

23. A quién pidió el consejo o ayuda durante la diarrea de (nombre del niño) *(puede marcar más de una respuesta)*
1. hospital general----- ( )
  2. centro de salud/puesto de salud----- ( )
  3. médico/clínica particular----- ( )
  4. farmacia----- ( )
  5. trabajador voluntario/brigadista/promotor ( )
  6. curandero----- ( )
  7. partera----- ( )
  8. parientes y amigos----- ( )
  9. otros (especifique)\_\_\_\_\_
- 
24. Si (nombre del niño) tuviera diarrea, qué señales de gravedad la harían buscar ayuda para curarlo? *(puede marcar más de una respuesta)*
1. no sabe----- ( )
  2. pupusea pura agua----- ( )
  3. vómitos----- ( )
  4. fiebre----- ( )
  5. boca seca, ojos hundidos, poca orina----- ( )  
deshidratación)
  6. mollera hundida----- ( )
  7. diarrea prolongada (más de 14 días)----- ( )
  8. sangre en las heces----- ( )
  9. pérdida del apetito----- ( )
  10. débil o cansado----- ( )
  11. diarrea frecuente----- ( )
  12. otros (especifique)\_\_\_\_\_
- 
25. Qué se debería hacer si un niño tuviera diarrea? *(puede marcar más de una respuesta)*
1. no sabe----- ( )
  2. iniciar con líquidos lo más pronto posible- ( )
  3. dar al niño más líquidos de lo usual----- ( )
  4. dar alimentos con más frecuencia y menor--- ( )  
cantidad
  5. preparar y administrar suero oral \_\_\_\_\_ ( )
  6. llevar al niño a un centro de salud o URO----- ( )
  7. alimentar más al niño después de la diarrea---- ( )  
de manera que recupere su peso
  8. parar los líquidos----- ( )
  9. otros (especifique)\_\_\_\_\_
- 
26. Qué se debería hacer cuando un niño se está recuperando de la diarrea?  
*(puede marcar más de una respuesta)*
1. no sabe----- ( )
  2. dar alimentos con más frecuencia y menor---- ( )  
cantidad
  3. dar más alimentos que lo normal----- ( )
  4. dar alimentos ricos en calorías----- ( )
  5. otros (especifique)\_\_\_\_\_
-

27. Qué debería hacer usted para mejorar la calidad del agua que toma, por ejemplo, para matar el microbio del cólera o los parásitos? (*puede marcar más de una respuesta*)
1. no sabe----- (    )
  2. ninguna----- (    )
  3. hervir el agua----- (    )
  4. echar cloro----- (    )
  5. otros (especifique)\_\_\_\_\_
28. Cómo protege usted el agua que ocupa para beber, cuando la recoge y la guarda (*puede marcar más de una respuesta*)
1. no sabe/ninguna----- (    )
  2. cubrir su pozo----- (    )
  3. mantener su letrina/heces lejos de las fuentes de agua de consumo ----- (    )
  4. proteger de animales el agua de consumo----- (    )
  5. guardar el agua en recipientes limpios y tapados(    )
  6. lavarse las manos antes de sacar el agua----- (    )
  7. destinar un traste para sacar el agua----- (    )
  8. otros (especifique)\_\_\_\_\_
  9. no se aplica----- (    )
29. A dónde usted y su familia hacen sus necesidades?
1. Al aire libre (no tiene letrina)----- (    )
  2. Letrina comunitaria----- (    )
  3. Letrina propia(pompón, excusado, interior)----- (    )
  4. inodoro----- (    )
  5. otros----- (    )

## VI. INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

30. Ha estado (nombre del niño) enfermo con tos o catarro en las últimas dos semanas?
1. Sí----- (    )
  2. No----- (    ) *pase a preg. 34*
31. Respiraba rápido o respiraba con cansancio, cuando estuvo enfermo (nombre del niño)?
1. Sí----- (    )
  2. No----- (    ) *pase a preg. 34*
  3. no sabe----- (    ) *pase a preg. 34*
32. Buscó ayuda o consejo cuando (nombre del niño) estuvo enfermo con estos problemas respiratorios?
1. Sí----- (    )
  2. No----- (    ) *pase a preg. 34*

33. De quién recibió consejo o ayuda cuando (nombre del niño) estuvo enfermo con estos problemas respiratorios?  
(PUEDE MARCAR MAS DE UNA RESPUESTA)

- 1. hospital general----- ( )
- 2. centro/puesto de salud----- ( )
- 3. médico/clínica particular----- ( )
- 4. farmacia----- ( )
- 5. trabajador voluntario/brigadista/promotor-- ( )
- 6. curandero----- ( )
- 7. partera----- ( )
- 8. parientes y amigos----- ( )
- 9. de nadie----- ( )
- 10. otros (especifique)\_\_\_\_\_

34. Si su niño tuviera infección respiratoria, qué señales de gravedad le harían buscar ayuda para curarlo?  
(PUEDE MARCAR MAS DE UNA RESPUESTA)

- 1. no sabe----- ( )
- 2. cansancio----- ( )
- 3. hundimiento de las costillas----- ( )
- 4. labios, piel o uñas azuladas o moradas----- ( )
- 5. pérdida del apetito----- ( )
- 6. fiebre----- ( )
- 7. tos----- ( )
- 8. otros (especifique)\_\_\_\_\_

VII. SALUD MATERNA:

35. Por qué una mujer embarazada se debe vacunar contra el tétano?

- 1. para evitar que a ella y al niño le de Tétano-- ( )
- 2. para evitar que al niño le de Tétano----- ( )
- 3. para evitar que a ella le de Tétano----- ( )
- 4. no sabe----- ( )

36. Sabe usted a los cuántos meses de embarazo debe ir una mujer a un Centro o Puesto de Salud o donde una partera?

- 1. Al primer trimestre, 1-3 meses ----- ( )
- 2. a la mitad del embarazo, 4-6 meses----- ( )
- 3. al último trimestre, 7-9 meses ----- ( )
- 4. no sabe ----- ( )
- 5. a la hora del parto ----- ( )
- 6. no necesita ir ----- ( )

37. Qué alimentos debería una mujer embarazada comer para evitar la anemia?  
(PUEDE MARCAR MAS DE UNA RESPUESTA)

1. no sabe ----- ( )
2. Las hojas verdes como de yuca, remolacha, espinaca, rábano, jocote o quelite ----- ( )
3. carne de res, venado, cabra o chivo ----- ( )
4. hígado, menudos, vísceras ----- ( )
5. yema de huevo ----- ( )
6. Otros (especifique)----- ( )

38. Cuando usted estaba embarazada de (nombre del niño), quién controló su embarazo?

1. Hospital----- ( )
2. Centro de salud----- ( )
3. Puesto de salud----- ( )
4. Partera----- ( )
5. Trabajador voluntario/brigadista/promotor----- ( )
6. Ninguno----- ( )
7. Otros (especifique)\_\_\_\_\_

39. Tiene usted tarjeta de control de embarazo?

1. Sí----- ( )
2. No----- ( )pase a preg. 41
3. Se perdió----- ( )pase a preg. 41\_

37. Mire la tarjeta y anote cuántas visitas de control prenatal hizo

1. una----- ( )
2. dos----- ( )
3. tres----- ( )
4. más de tres----- ( )
5. ninguna----- ( )

**NOTA:** Si la tarjeta de control prenatal no contiene información sobre vacunación TT, preguntar si tiene su tarjeta de vacunación. Si la tiene, pida que se la muestre y utilícela para la próxima pregunta . Si no la tiene pase a la pregunta 42

41. Mire la tarjeta y anote el número de vacunas de TT en el espacio abajo.

1. una----- ( )
2. dos o más----- ( )
3. tres o más ----- ( )
4. ninguna----- ( )

42. Durante el embarazo (nombre del niño) qué cantidad de alimentos comió? (lea las opciones a la madre)

1. más de lo que normalmente come----- ( )
2. igual a lo que normalmente come----- ( )
3. menos de lo que normalmente come----- ( )
4. no sabe----- ( )



43. Cuando nació (nombre del niño) quién cortó el ombligo?

- 1. ella misma----- ( )
- 2. un miembro de la familia----- ( )
- 3. partera----- ( )
- 4. personal de salud(médico o enfermera) ( )
- 5. no sabe----- ( )

44. Si usted estuviera embarazada, qué señales de gravedad la harían buscar ayuda o tratamiento? (*puede marcar más de una respuesta*)

- 1. sangrado----- ( )
- 2. calentura----- ( )
- 3. dolor de cabeza----- ( )
- 4. chistata----- ( )
- 5. inflamación/hinchazón----- ( )
- 6. muchos vómitos ----- ( )
- 7. no sabe ----- ( )
- 8. otros (especifique)\_\_\_\_\_ ( )

## 2.B INDICADORES DEL PROYECTO/LÍNEA DE BASE

A continuación se presentan las cifras encontradas en la encuesta y la forma en que se cruzaron las distintas preguntas para poder extraer los indicadores claves principal hallazgo buscado en el estudio realizado.

### 1. Niños con diarrea reciben SRO

Dio sobre o suero casero durante un episodio de diarrea

Respuestas 2 y/o 3 a la pregunta 21

$$\frac{\text{Respuestas "sí" a la pregunta 17}}{\text{Respuestas 2 y/o 3 a la pregunta 21}} = 42/138 = 30\%$$

### 2. Niños reciben más o igual cantidad de pecho/líquidos durante el episodio de diarrea

A. Dio más o igual cantidad de pecho durante el episodio

Respuestas 1 ó 2 a la pregunta 18

$$\frac{\text{Respuestas 1 ó 2 a la pregunta 18}}{\text{Respuestas sí a la preg. 17 - \# de respuestas 5 a la 19}} =$$

$$73/104 = 70\%$$

B. Dio más o igual cantidad de líquidos durante el episodio

Respuestas 1 ó 2 a la pregunta 19

$$\frac{\text{Respuestas "sí" a preg. 17 - \# respuestas 5 a la 18}}{\text{Respuestas 1 ó 2 a la pregunta 19}} =$$

$$68/118 = 58\%$$

### 3. Niños reciben la misma cantidad o más alimentos durante el episodio de diarrea

Respuestas 1 ó 2 a la pregunta 20

$$\frac{\text{Respuestas "sí" a la preg. 15 - \# de respuestas 5 a la 18}}{\text{Respuestas 1 ó 2 a la pregunta 20}} =$$

$$49/109 = 45\%$$

### 4. Madres reconocen los signos y señales de deshidratación.

Respuestas 5, y/o 6 a pregunta 24

$$\frac{\text{Respuestas 5, y/o 6 a pregunta 24}}{\text{Total de encuestadas}} = 49/300 = 16\%$$

Total de encuestadas

**5. Madres identifican signos y síntomas de neumonía**

$$\frac{\text{Respuestas 2,3, 4 a pregunta 34}}{\text{Total de encuestadas}} = 146/300 = 49\%$$

**6. Madres buscan ayuda médica cuando sus niños presentan síntomas de neumonía**

$$\frac{\text{Respuestas 1,2,3, y/o 5 a preg. 33}}{\text{\# de resp. "sí" a preg. 31}} = 72/193 = 37\%$$

**7. Madres recibieron 3 ó más controles pre-natales**

$$\frac{\text{Respuestas 3 y/o 4 a preg. 38}}{\text{Total de encuestas}} = 50/300 = 17\%$$

**8. Madres tienen dos dosis de TT**

$$\frac{\text{Respuesta 2 a pregunta 41}}{\text{Total de encuestadas}} = 112/300 = 37\%$$

**9. Madres reconocen lactancia materna como un factor de espaciamiento de embarazo**

$$\frac{\text{Respuesta 1 a pregunta 11}}{\text{Total de encuestadas}} = 11/300 = 4\%$$

**10. Nacimientos con personal capacitado**

$$\frac{\text{Respuesta 4 a pregunta 43}}{\text{Total de encuestas}} = 114/300 = 38\%$$

$$\text{En caso de parteras} = 101/300 = 34\%$$

**11. Madres reconocen signos de peligro de un embarazo**

$$\frac{\text{Respuestas 1, 2, 3, 4, 5, y/o 6 a pregunta 44}}{\text{Total de encuestadas}} = 215/300 = 71\%$$

12. Niños con control de peso

Respuestas "sí" a pregunta 16  

---

Total de encuestadas = 101/300 = 34%

13. Niños 5 a 9 m. con alimentación apropiada (alimentos sólidos y semi-sólidos).

Resp "sí" por lo menos a una de las preg. 14c a 14 i

---

Total de niños 5, 6, 7, 8 y 9 meses  
70/75 = 93%

14. Niños con lactancia exclusiva hasta antes de 4 meses

Respuestas "no" a todas las preguntas 14a. a 14 l

---

Total de niños de 0, 1, 2 y 3 meses  
11/63 = 17 %

15. Niños con lactancia inmediata al nacer

Respuestas 1 ó 2 a pregunta 9  

---

Total de encuestadas = 162/300 = 54%

**ANEXO 3**  
**CUADROS Y GRÁFICOS DE RESULTADOS DE ENCUESTA**  
**MATAGALPA, ENERO 1997**

**I. INDICADORES SOBRE CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS EN LA DIARREA**

<b>I N D I C A D O R E S</b>	<b>% ENCONTRADOS</b>
1. Niños con diarrea que reciben Suero de Rehidratación oral	30%
2. Niños que reciben igual o más pecho materno durante la diarrea.	70%
3. Niños que reciben igual o más cantidad de líquidos durante la diarrea	58%
4. Niños que reciben igual o más cantidad de alimentos durante la diarrea.	45%
5. Madres que reconocen los signos y señales de deshidratación	16%

FUENTE: Encuesta a madres de niños menores de 2 años, municipios de Muy Muy, Matiguás, La Dalia, R. Grande. Enero 1997.

## II. INDICADORES SOBRE CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS EN NEUMONÍA

INDICADORES	% ENCONTRADOS
1. Madres que identifican signos y síntomas de gravedad en caso de infección respiratoria.	49%
2. Madres que buscan ayuda adecuada cuando sus hijos presentan síntomas de neumonía	37%

FUENTE: Encuesta a madres de niños menores de 2 años, municipios de Muy Muy, Matiguás, La Dalia, R. Grande. Enero 1997.

## III. INDICADORES SOBRE CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS EN NUTRICIÓN

INDICADORES	% ENCONTRADOS
1. Niños menores de dos años con control de peso en los últimos tres meses	34%
2. Niños con lactancia inmediata al nacer	54%
3. Niños con lactancia materna exclusiva hasta los 4 meses de edad	17%
4. Niños entre 5 y 9 meses recibiendo alimentos sólidos y semi-sólidos	93%

FUENTE: Encuesta a madres de niños menores de 2 años, municipios de Muy Muy, Matiguás, La Dalia, R. Grande. Enero 1997.

#### IV. INDICADORES SOBRE CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS EN CUIDADOS MATERNOS

INDICADORES	% ENCONTRADOS
1. Madres que reconocen la lactancia materna como factor de espaciamiento de embarazos	4%
2. Madres que recibieron tres o más controles prenatales	17%
3. Madres que recibieron dos dosis de TT	37%
4. Partos atendidos por personal entrenado	38%
5. Madres que reconocen algún signo de peligro en un embarazo	71%

FUENTE: Encuesta a madres de niños menores de 2 años, municipios de Muy Muy, Matiguás, La Dalia, R. Grande. Enero 1997.

## OTROS CUADROS Y GRÁFICOS

### 1. EDUCACIÓN DE LA MADRE

ESTUDIOS	FRECUENCIA	PORCENTAJES
1. Ninguno	122	40.7
2. Ninguno y si lee	30	10.0
3. Primaria y no lee	19	6.3
4. Primaria y lee	107	35.7
5. Secundaria y más	22	7.3
TOTAL	300	100%

FUENTE: Encuesta a madres de niños menores de 2 años, municipios de Muy Muy, Matiguás, La Dalia, R. Grande. Enero 1997.

### 2. CUIDO DEL NIÑO CUANDO LA MAMA SALE (Respuestas de más de una opción)

O P C I O N E S	FRECUENCIA	PORCENTAJES
1. Va con la mamá	74	24.7
2. El esposo	29	9.7
3. Hermanos mayores	84	28.0
4. Parientes y amigos	92	30.7
5. Vecinos	9	3.0
6. Empleada	2	0.7
7. Guardería	3	1.0
8. No se aplica	14	4.7

FUENTE: Encuesta a madres de niños menores de 2 años, municipios de Muy Muy, Matiguás, La Dalia, R. Grande. Enero 1997.



### 3. LACTANCIA EN NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS

O P C I O N E S	FRECUENCIA	PORCENTAJES
1. Sí	212	70.7
2. No	88	29.3
TOTAL	300	100

FUENTE: Encuesta a madres de niños menores de 2 años, municipios de Muy Muy, Matiguás, La Dalia, R. Grande. Enero 1997.

### 4. INICIO DE LA LACTANCIA DEL NIÑO, POSTERIOR AL PARTO

O P C I O N E S	FRECUENCIA	PORCENTAJES
1. En la primera hora después del parto	110	37.5
2. Entre una y ocho horas después del parto	52	17.7
3. Después de ocho horas	124	42.3
4. No se acuerda	7	2.4
TOTAL	293	100%

FUENTE: Encuesta a madres de niños menores de 2 años, municipios de Muy Muy, Matiguás, La Dalia, R. Grande. Enero 1997.

**5. LECHE MATERNA. COMO AUMENTAR SU PRODUCCION**  
(respuestas de más de una opción)

O P C I O N E S	FRECUENCIA	PORCENTAJES
1. No sabe	68	22.7
2. Lactancia materna exclusiva	3	1.0
3. Evitar leche en pacha	0	0
4. Amamantar con frecuencia	7	2.3
5. Dar pecho lo más antes posible	1	0.3
6. Cuidarse los pezones	1	0.3
7. Alimentarse bien	93	31.0
8. Tomar muchos líquidos	139	46.3
9. Beber tibio o pozol	104	34.7
10. Otros	0	0 %

FUENTE: Encuesta a madres de niños menores de 2 años, municipios de Muy Muy, Matiguás, La Dalia, R. Grande. Enero 1997.

**6. EDAD DE ABLACTACIÓN DEL NIÑO**

O P C I O N E S	FRECUENCIA	PORCENTAJES
1. Antes de los cuatro meses de edad	108	36.0
2. Entre cuatro y seis meses	52	17.3
3. Seis meses y más	128	42.7
4. No sabe	12	4.0
TOTAL	300	100

FUENTE: Encuesta a madres de niños menores de 2 años, municipios de Muy Muy, Matiguás, La Dalia, R. Grande. Enero 1997.

**7. ALIMENTOS QUE LE DA A SU NIÑO MENOR DE DOS AÑOS**  
(Respuestas con más de una opción)

O P C I O N E S	FRECUENCIA	PORCENTAJES
1. Líquidos	267	89.0 %
2. Leche no materna	223	74.3
3. Carbohidratos	234	78.0
4. Frutas, vegetales	196	196
5. Zanahorias, mangos, papayas	120	39.7
6. Hojas verdes	26	8.7
7. Carnes rojas	137	45.7
8. Otras carnes	166	55.3
9. Frijoles, maní, soya	197	65.6
10. Huevos, cuajada, lecha agr.	214	71.3
11. Azúcar	246	82.0
12. Aceites o grasas	182	60.7
13. Sal yodada	215	71.7

FUENTE: Encuesta a madres de niños menores de 2 años, municipios de Muy Muy, Matiguás, La Dalia, R. Grande. Enero 1997.

**8. NUMERO DE CASOS DE ENFERMEDADES**

DIARREA	FREQ	%	CATARRO	FREQ	%	RESP. RÁPIDA	FREQ	%
1. Sí	138	46.0	Sí	228	76.0	Sí	193	84.6
2. No	162	54.0	No	72	24.0	No	34	14.9
3. No sabe	0	0		0	0	No sabe	1	0.4
TOTAL	300	100	TOTAL	300	100	TOTAL	228	100

FUENTE: Encuesta a madres de niños menores de 2 años, municipios de Muy Muy, Matiguás, La Dalia, R. Grande. Enero 1997.

**9. DIARREA. VOLUMEN DE ALIMENTOS DADO DURANTE EL EPISODIO**

OPCIONES	PECHO	PORCENTAJES	LIQUIDOS	PORCENTAJES	COMIDA	PORCENTAJES
1. Igual a lo acostumbrado	57	41.3 %	55	39.9 %	45	32.6
2. Más de lo acostumbrado	16	11.6	13	9.4	4	2.9
3. Menos de lo acostumbrado	23	16.7	40	29.0	42	30.4
4. Le dejó de dar	8	5.8	10	7.2	18	13.0
5. Sólo pecho recibía	-----	-----	20	14.5	29	21.0
<b>TOTAL</b>	<b>138</b>	<b>100</b>	<b>138</b>	<b>100</b>	<b>138</b>	<b>100</b>

FUENTE: Encuesta a madres de niños menores de 2 años, municipios de Muy Muy, Matiguás, La Dalia, R. Grande. Enero 1997.

**10. TRATAMIENTO DURANTE LA DIARREA**  
(Respuestas con más de una opción)

O P C I O N E S	FRECUENCIA	PORCENTAJES
1. Nada	32	23.2 %
2. Sueros de Rehidratación	39	28.3
3. Suero casero	3	2.2
4. Soluciones de cereales	2	1.5
5. Cocimientos caseros	14	10.1
6. Medicamentos	68	49.3

FUENTE: Encuesta a madres de niños menores de 2 años, municipios de Muy Muy, Matiguás, La Dalia, R. Grande. Enero 1997.

**11. BÚSQUEDA DE AYUDA EN CASO DE ENFERMEDAD:**

DIARREA	FRECUEN.	PORCENT.	INFECCIÓN RESPIR.	FRECUEN	PORCENT
1. Sí	49	35.3 %	1. Sí	107	55.7 %
2. No	90	64.7	2. No	85	44.3
TOTAL	139	100 %	TOTAL	192	100 %

FUENTE: Encuesta a madres de niños menores de 2 años, municipios de Muy Muy, Matiguás, La Dalia, R. Grande. Enero 1997.

**12. LUGAR DE AYUDA EN CASO DE ENFERMEDAD**  
(respuestas con más de una opción)

O P C I O N	DIA- RREA	PORCEN TAJE	INFEC. RESPIR	PORCEN TAJE.	
1. Hospital	4	7.7 %	8	7.3 %	
2. Centro de Salud	22	42.3	52	47.3	
3. Médico	3	5.8	8	7.3	
4. Farmacia	0	0	3	2.7	
5. Brigadista	2	3.8	4	3.6	
6. Curandero	1	1.9	2	1.8	
7. Partera	0	0	1	0.9	
8. Parientes/amigos	20	37.7	31	28.2	
9. Otros	0	0	1	0.9	

FUENTE: Encuesta a madres de niños menores de 2 años, municipios de Muy Muy, Matiguás, La Dalia, R. Grande. Enero 1997.

**13. SEÑALES DE GRAVEDAD EN CASO DE DIARREA QUE HARÍAN BUSCAR AYUDA**

(respuestas con más de una opción)

O P C I O N E S	FRECUENCIA	PORCENTAJES
1. No sabe	87	29.0 %
2. Pupusea pura agua	30	10.0
3. Vómitos	43	14.3
4. Fiebre	51	17.0
5. Deshidratación	46	15.3
6. Mollera hundida	3	1.0
7. Diarrea prolongada	10	3.3
8. Sangre en las heces	3	1.0
9. Pérdida del apetito	44	14.7
10. Débil o cansado	38	12.7
11. Diarrea frecuente	87	29.0
12. Otros	1	0.3

FUENTE: Encuesta a madres de niños menores de 2 años, municipios de Muy Muy, Matiguás, La Dalia, R. Grande. Enero 1997.

**14. PRIMERA ACCIÓN A REALIZAR EN CASO DE DIARREA**

(Respuestas con más de una opción)

O P C I O N E S	FRECUENCIA	PORCENTAJES
1. No sabe	35	11.7 %
2. Iniciar con líquidos	20	6.7
3. Darle más líquidos	17	5.7
4. Alimentarlo con frecuencia	2	0.7
5. Administrar suero	113	37.7
6. Llevarlo al Centro de Salud	130	43.3
7. Alimentarlo más después de la diarrea	4	1.3
8. Parar los líquidos	6	2.0
9. Otros	44	14.66

FUENTE: Encuesta a madres de niños menores de 2 años, municipios de Muy Muy, Matiguás, La Dalia, R. Grande. Enero 1997.

### 15. DISPOSICIÓN DE EXCRETAS

O P C I O N E S	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
1. Al aire libre	179	59.9 %
2. Letrina propia	106	35.5
3. Letrina comunitaria	12	4.0
4. Inodoro	2	0.7
TOTAL	299	100 %

FUENTE: Encuesta a madres de niños menores de 2 años, municipios de Muy Muy, Matiguás, La Dalia, R. Grande. Enero 1997.

### 16. IMPORTANCIA DE LA VACUNA TT EN LA MUJER EMBARAZADA

O P C I O N E S	FRECUENCIA	PORCENTAJES
1. No sabe	121	40.3 %
2. Para protegerse ella y el niño	64	21.3
3. Para protegerse ella	39	13.0
4. Para proteger al niño	76	25.3
TOTAL	300	100 %

FUENTE: Encuesta a madres de niños menores de 2 años, municipios de Muy Muy, Matiguás, La Dalia, R. Grande. Enero 1997.

### 17. A LOS CUANTOS MESES SE DEBE CONTROLAR SU EMBARAZO

O P C I O N E S	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
1. No sabe	52	17.3 %
2. En el primer trimestre	185	61.7
3. A la mitad del embarazo	47	15.7
4. Ultimo trimestre	9	3.0
5. A la hora del parto	2	0.7
6. No necesita ir	5	1.7
TOTAL	300	100

FUENTE: Encuesta a madres de niños menores de 2 años, municipios de Muy Muy, Matiguás, La Dalia, R. Grande. Enero 1997.

## 18. QUIEN CONTROLA EL EMBARAZO

O P C I O N E S	FRECUENCIA	PORCENTAJES
1. Brigadista	2	0.7 %
2. Centro de Salud	119	39.7
3. Puesto de Salud	26	8.7
4. Hospital	35	11.7
5. Partera	36	12.0
6. Ninguno	77	25.7
7. Otros	5	1.7
TOTAL	300	100

FUENTE: Encuesta a madres de niños menores de 2 años, municipios de Muy Muy, Matiguás, La Dalia, R. Grande. Enero 1997.

## 19. SALUD DE MUJER EMBARAZADA

### a. Tarjeta de Control Prenatal

O P C I O N E S	FRECUENCIA	PORCENTAJES
1. Sí	89	29.7 %
2. No	156	52
3. Se le perdió	55	18.3
TOTAL	300	100 %

FUENTE: Encuesta a madres de niños menores de 2 años, municipios de Muy Muy, Matiguás, La Dalia, R. Grande. Enero 1997.



**b. Número de visitas prenatales anotadas en la tarjeta**

O P C I O N E S	FRECUENCIA	PORCENTAJES
1. Una	22	24.7 %
2. Dos	15	16.9
3. Tres	20	22.5
4. Ninguna	2	2.2
5. Más de tres	30	33.7
TOTAL	89	100 %

FUENTE: Encuesta a madres de niños menores de 2 años, municipios de Muy Muy, Matiguás, La Dalia, R. Grande. Enero 1997.

**20. ATENCIÓN DEL PARTO. QUIEN CORTO EL OMBLIGO**

O P C I O N E S	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
1. Ella misma	5	1.7 %
2. Un miembro de la familia	78	26.0
3. Partera	101	33.7
4. Personal de salud	114	38.0
5. Otros	1	0.3
6. No sabe	1	0.3
TOTAL	300	100 %

FUENTE: Encuesta a madres de niños menores de 2 años, municipios de Muy Muy, Matiguás, La Dalia, R. Grande. Enero 1997.

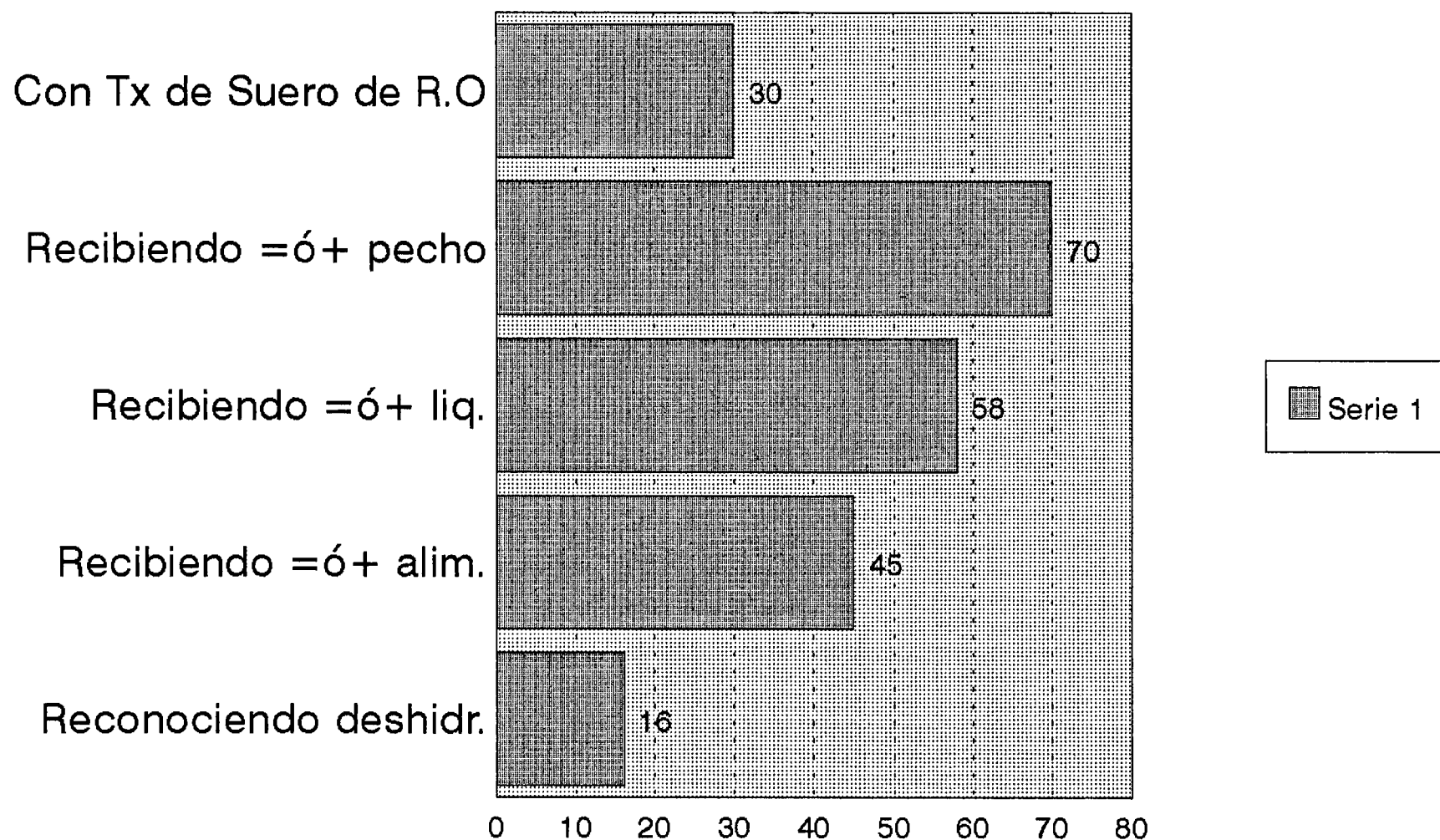
**21. SEÑALES DE GRAVEDAD EN EL EMBARAZO**  
 (La respuesta tienen más de una opción)

O P C I O N E S	FRECUENCIA	PORCENTAJES
1. Sangrado	25	8.3 %
2. Calentura	40	13.3
3. Dolor de cabeza	71	23.7
4. Chistata	2	0.7
5. Hinchazón	18	6.0
6. Vómitos	61	20.3
6. Otros	31	10.3

FUENTE: Encuesta a madres de niños menores de 2 años, municipios de Muy Muy, Matiguás, La Dalia, R. Grande. Enero 1997.

# Indicadores sobre Conocimientos y Prácticas en Diarrea

Departamento de Matagalpa, enero de 1997

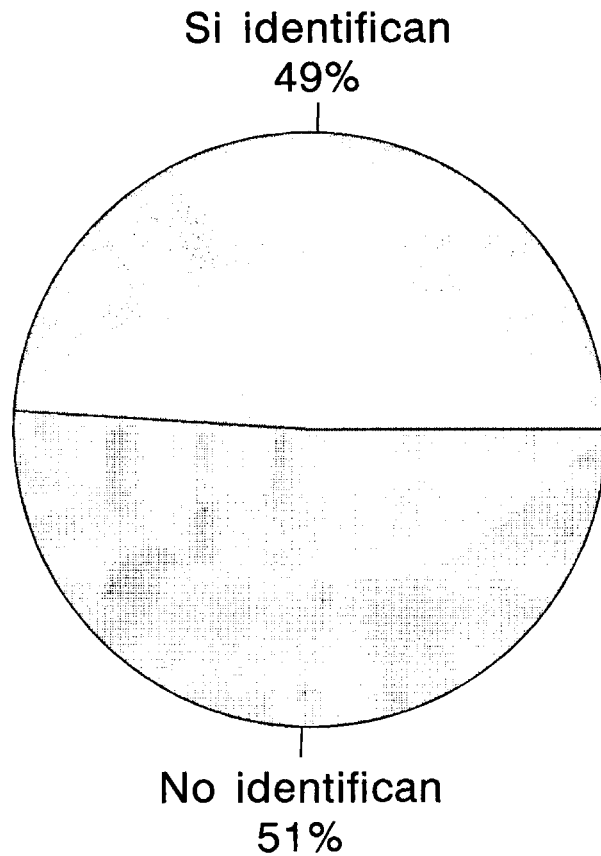


Fuente: Cuadro I, anexos Informe Final

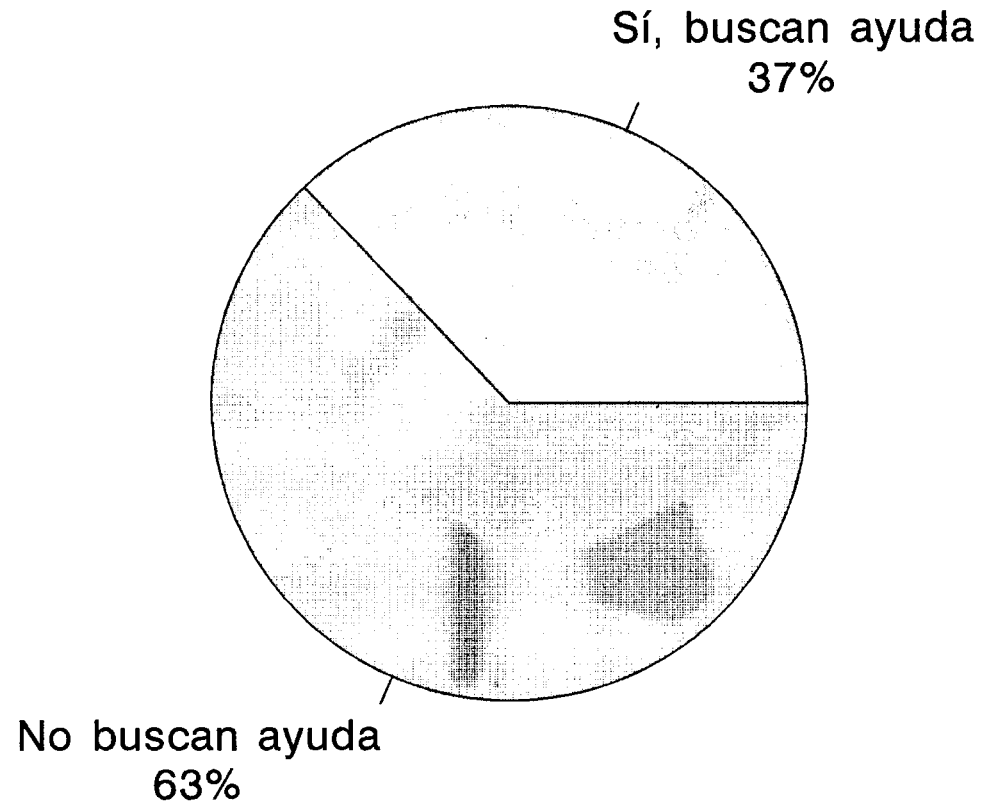
# Indicadores sobre conocimientos y prácticas en Neumonía

Departamento de Matagalpa, enero de 1997

---



Madres que identifican gravedad

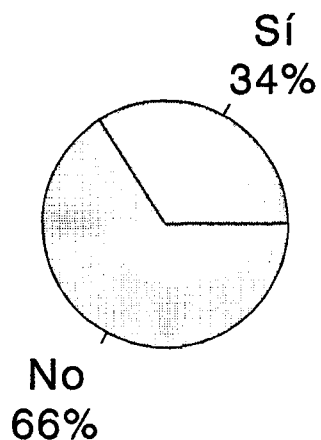


Madres que buscan ayuda adecuada

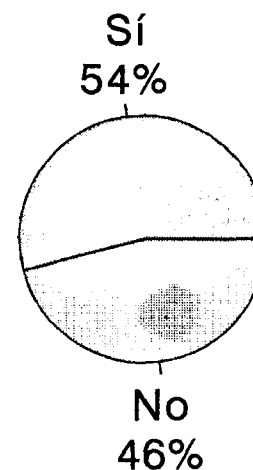
# Indicadores sobre Conocimientos y Prácticas en Nutrición

Departamento de Matagalpa, enero de 1997

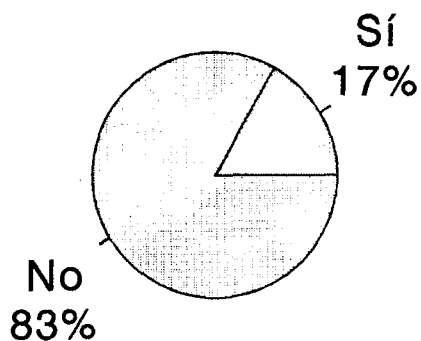
---



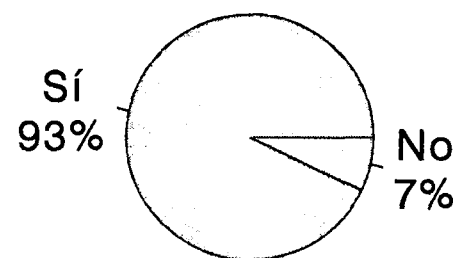
Con control de Peso



Lactancia al nacer



Lactancia Exclusiva



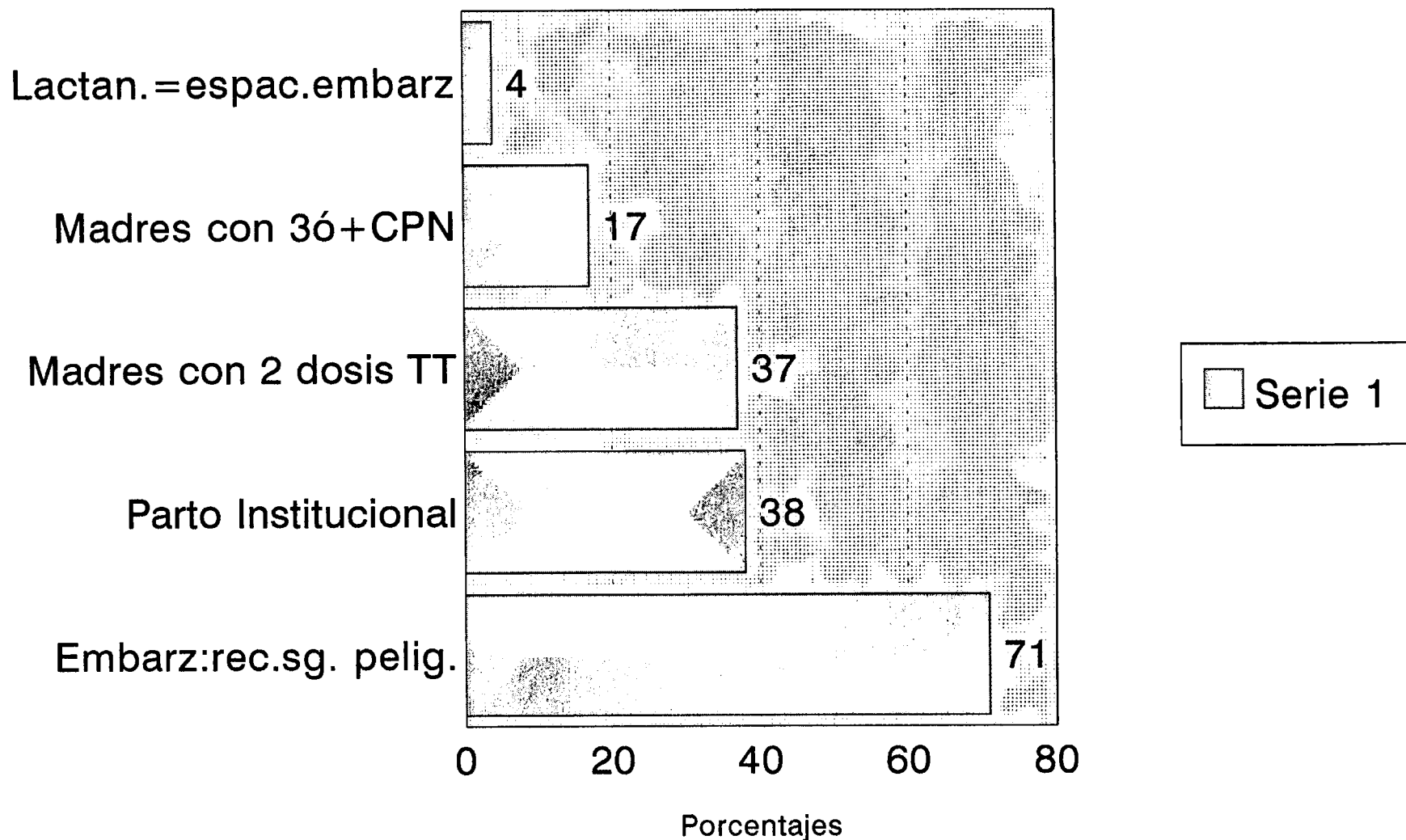
Ablactación adecuada

Fuente: Cuadro III, anexos Informe Final

# Indicadores sobre Conocimientos y Prácticas en C. Maternos

Departamento de Matagalpa, enero 1997

---

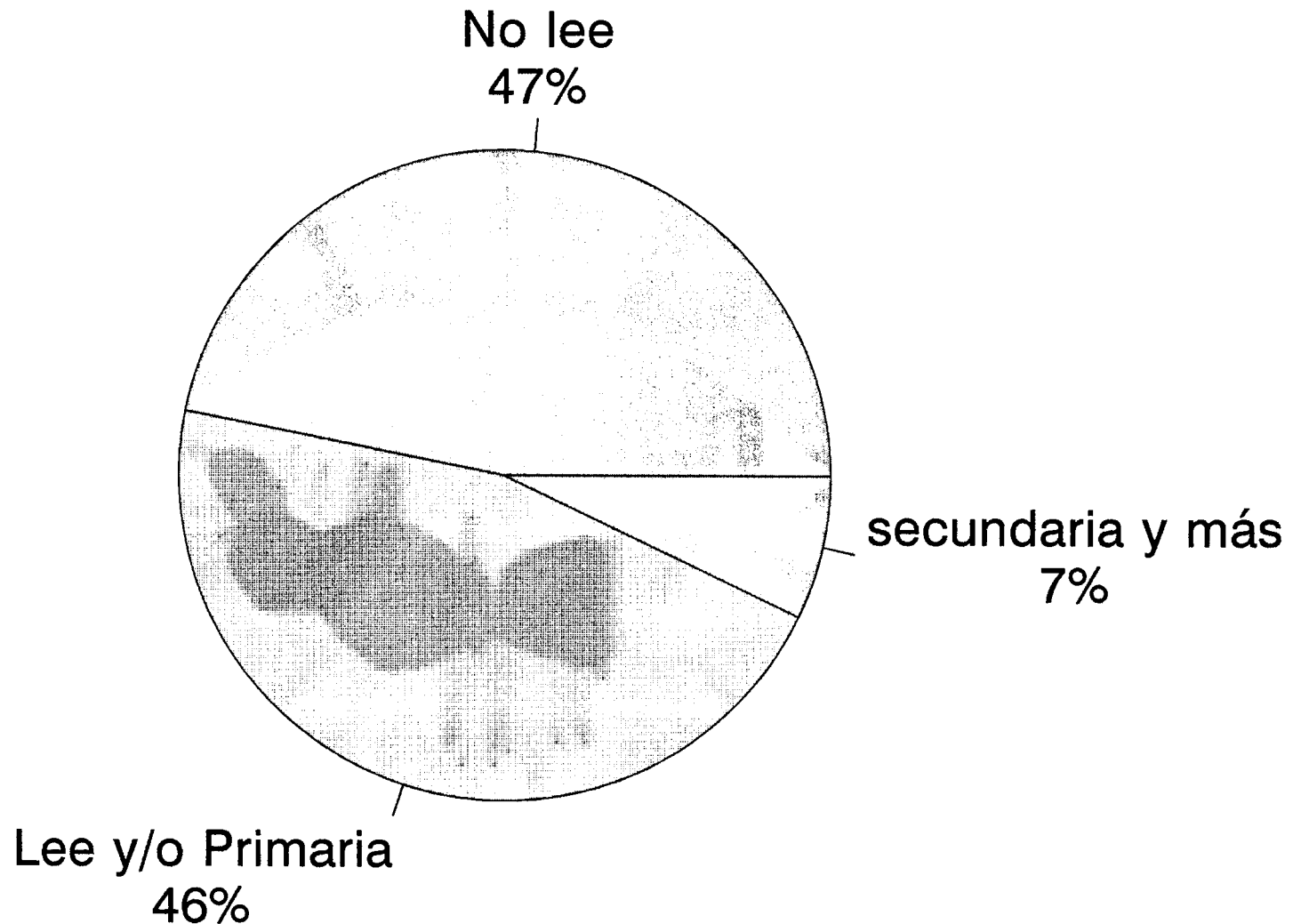


Fuente: Cuadro IV, anexos Informe Final

# Educación de la madre

Departamento de Matagalpa, enero 1997

---

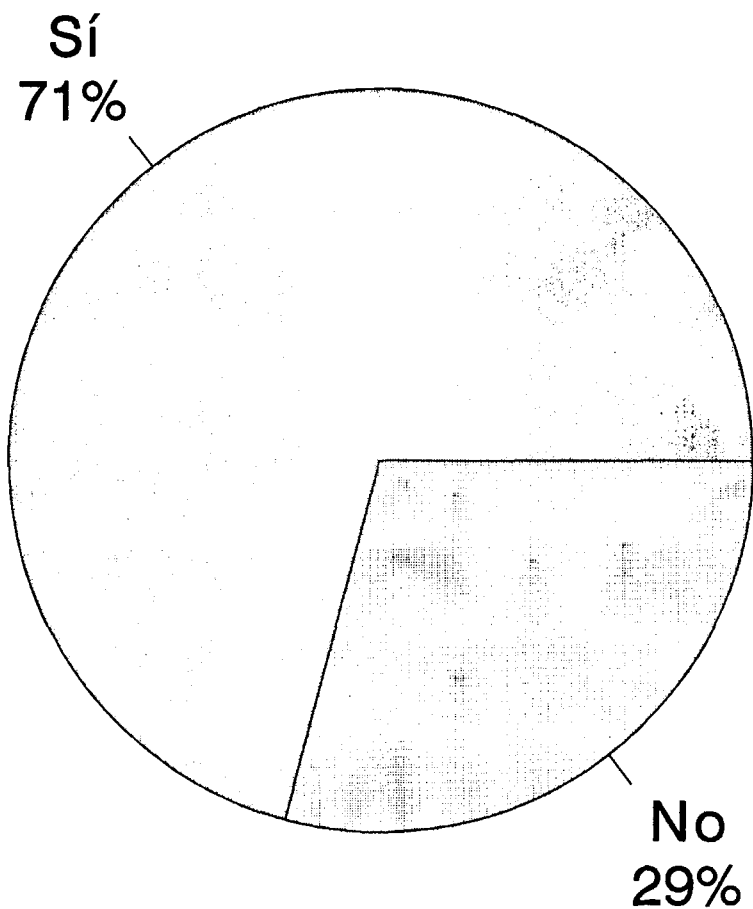


Fuente: Cuadro 1, anexos Informe Final

# Lactancia actual. Niños menores de 2 años

## Departamento de Matagalpa, enero 1997

---

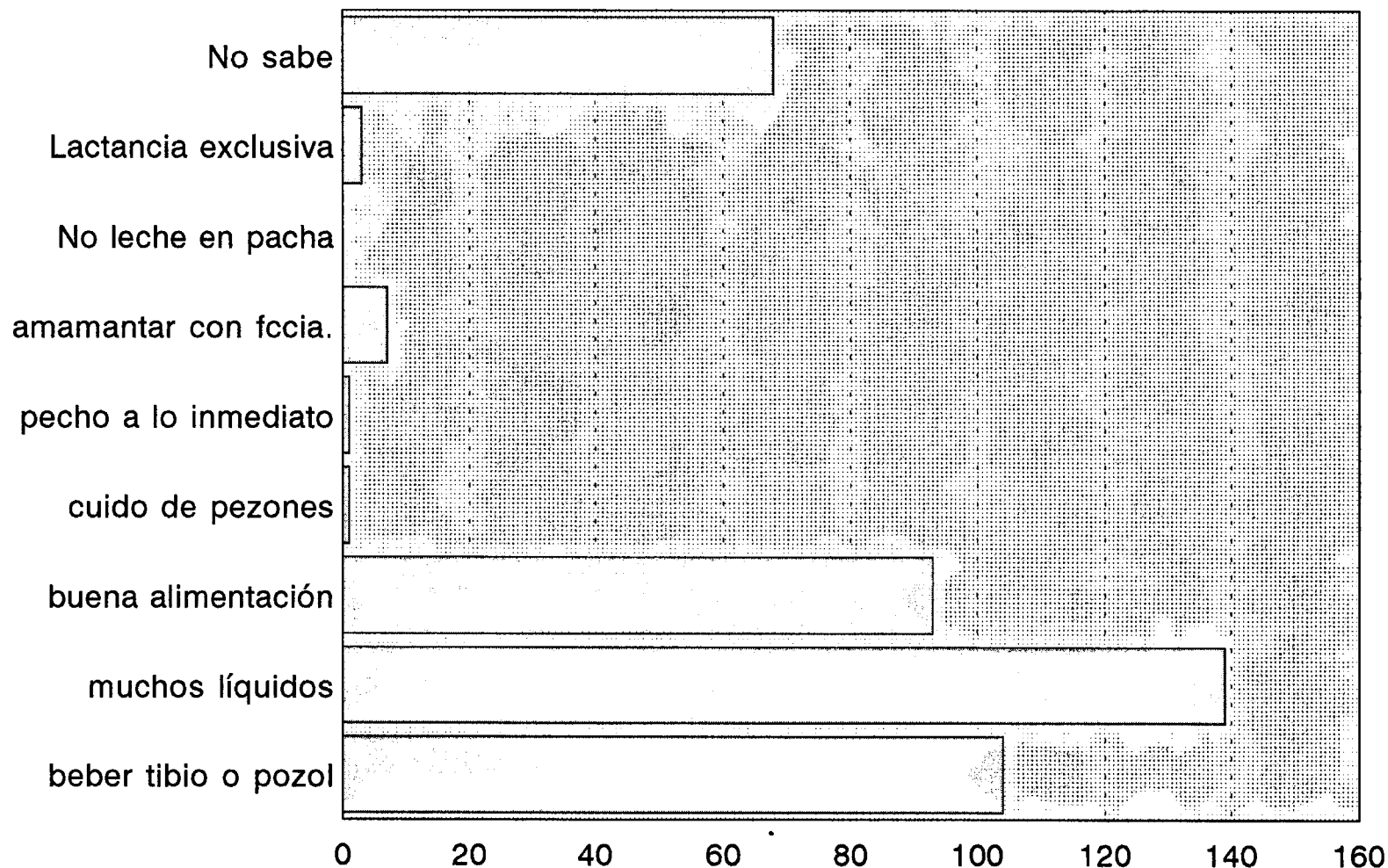


Fuente: Cuadro 3, anexos Informe Final



# Producción de mayor cantidad de leche materna

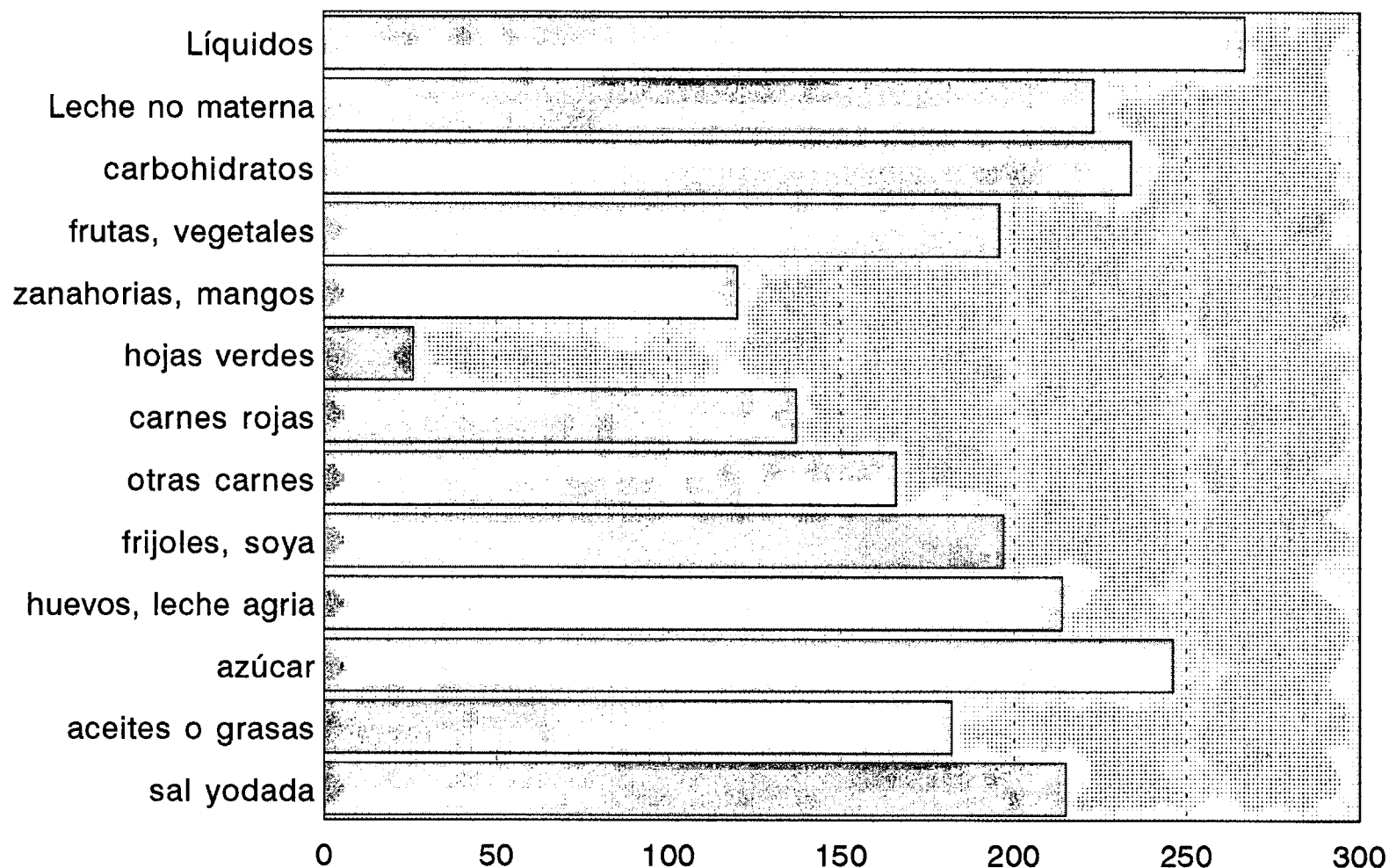
Departamento de Matagalpa, enero de 1997



Fuente: Cuadro 5, anexos Informe Final

# Tipo de alimentos que le da a su niño lactante

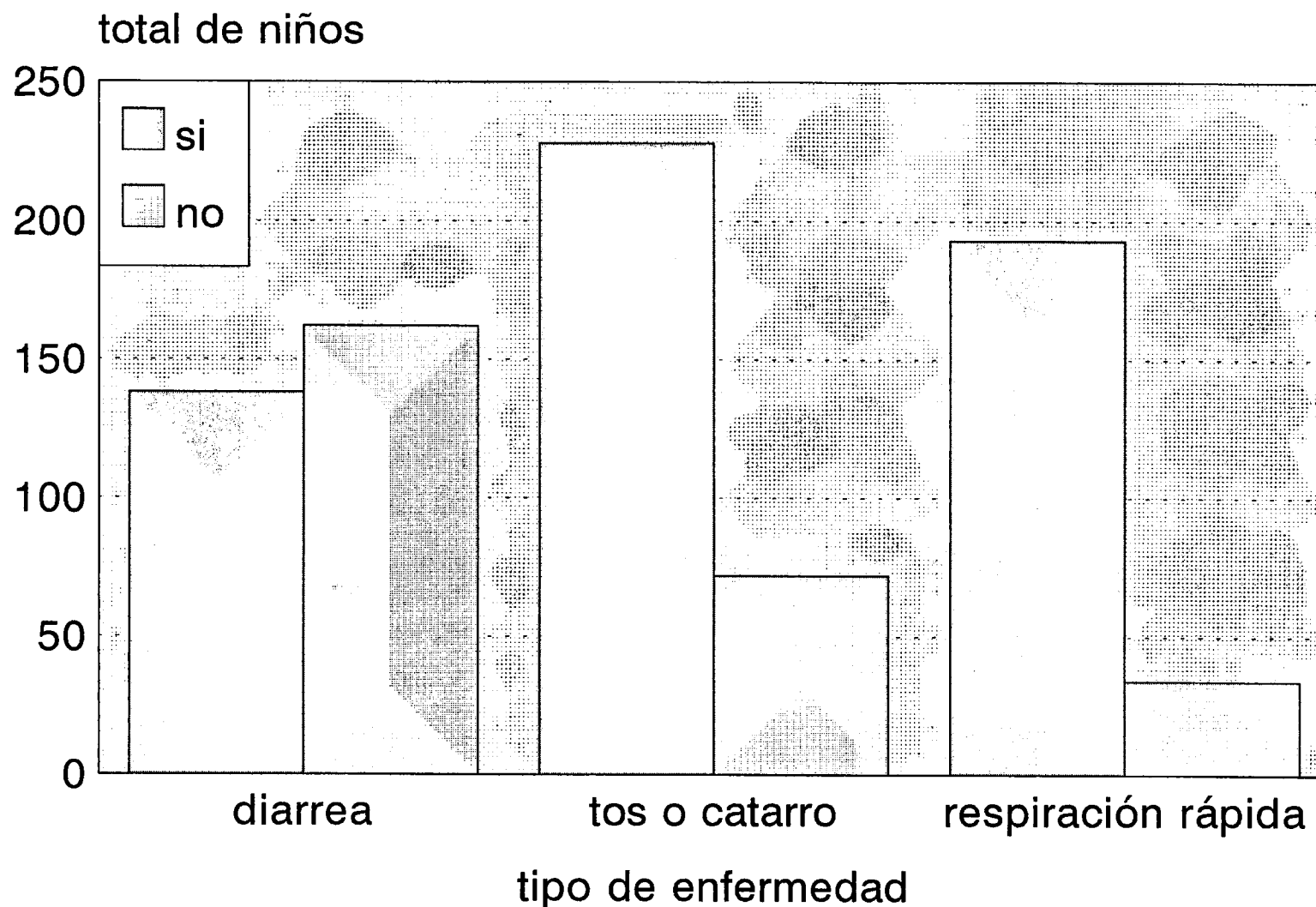
Departamento de Matagalpa, enero de 1997



Fuente: Cuadro 7, anexos Informe Final

# Casos de diarrea y infección respiratoria en últimas 2 semanas

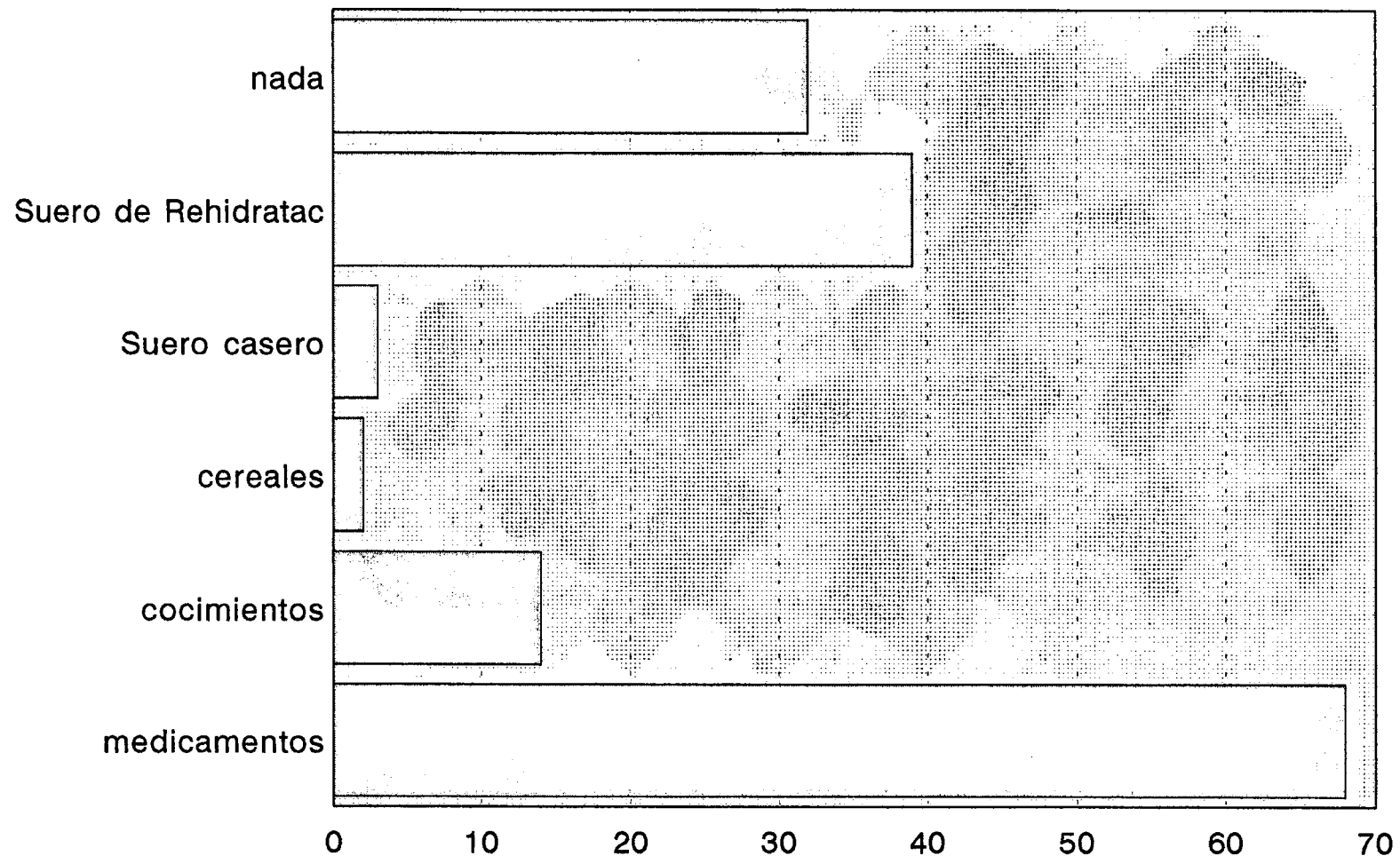
Departamento de Matagalpa, enero de 1997



Fuente: Cuadro 8, anexos Informe Final

# Tratamiento durante la diarrea

Departamento de Matagalpa, enero de 1997



Fuente: Cuadro 10, anexos Informe Final

# Búsqueda de ayuda en caso de enfermedades

Departamento de Matagalpa, enero de 1997

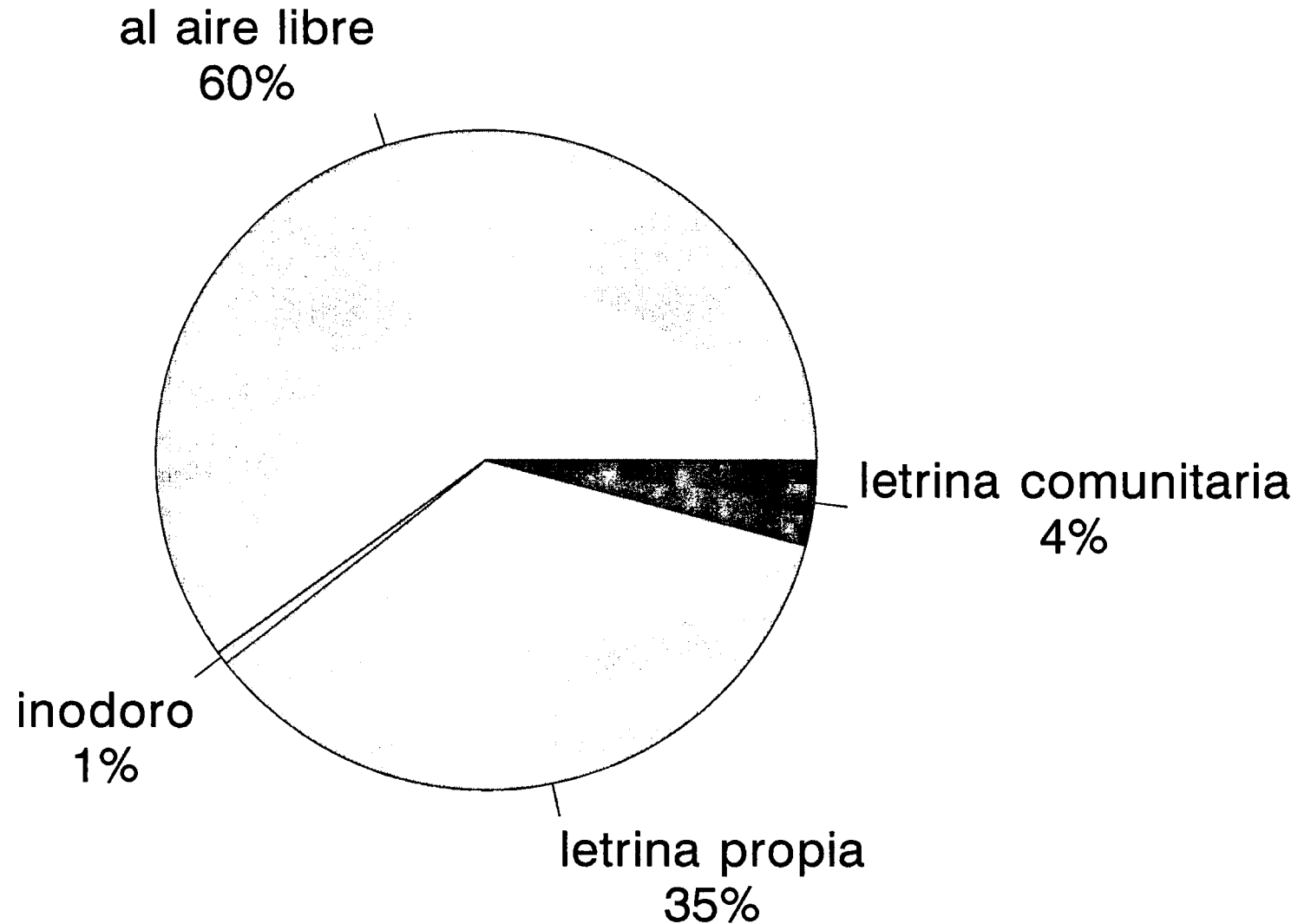


Fuente: Cuadro 11, anexos Informe Final

# Disposición de excretas

Departamento de Matagalpa, enero de 1997

---

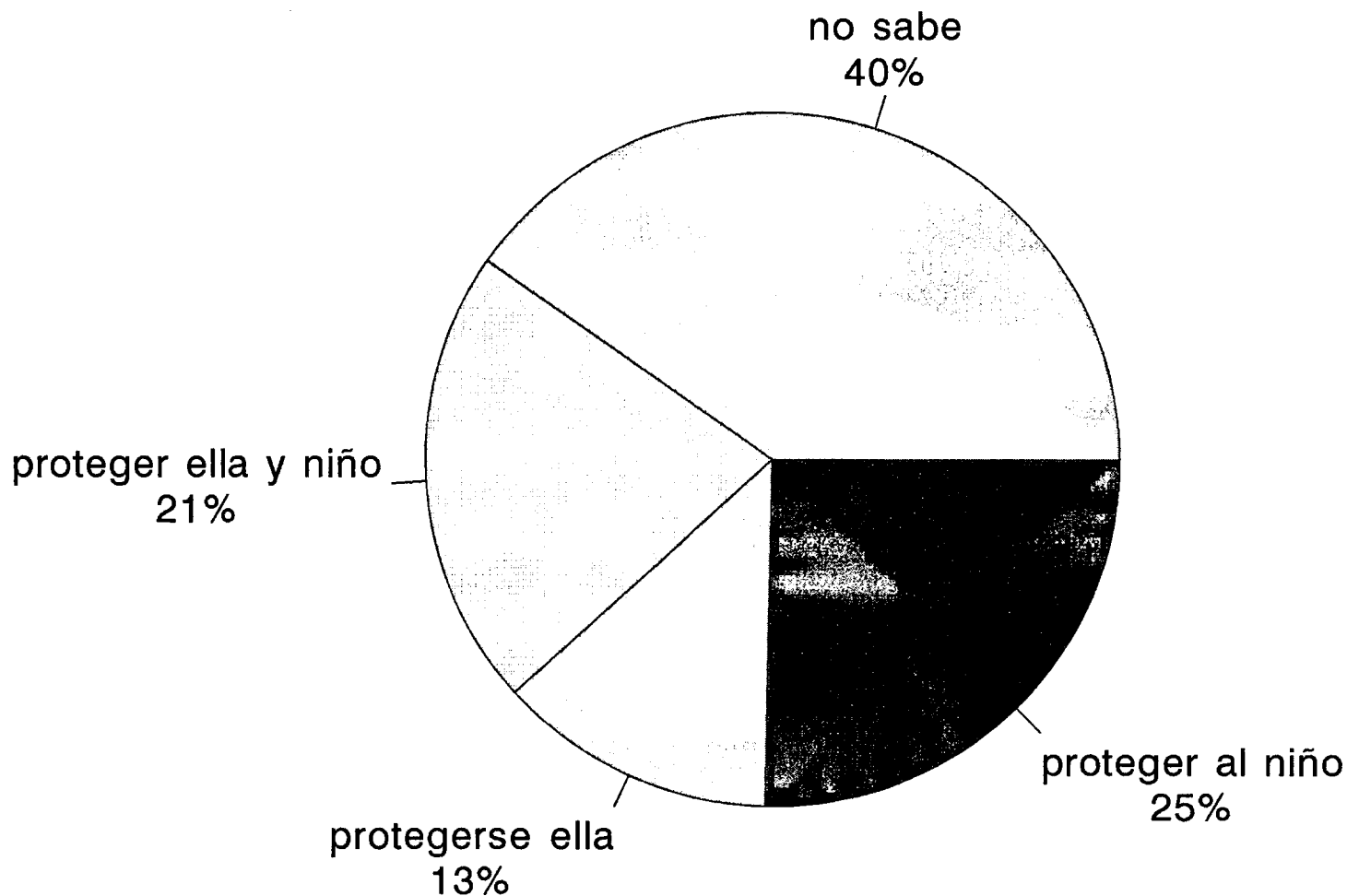


Fuente: Cuadro 15, anexos Informe Final

# Importancia de vacuna TT. en embarazadas

Departamento de Matagalpa, enero de 1997

---

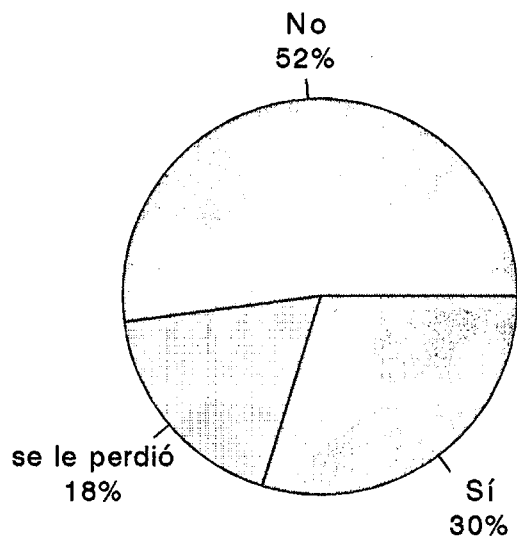


Fuente: Cuadro 16, anexos Informe Final

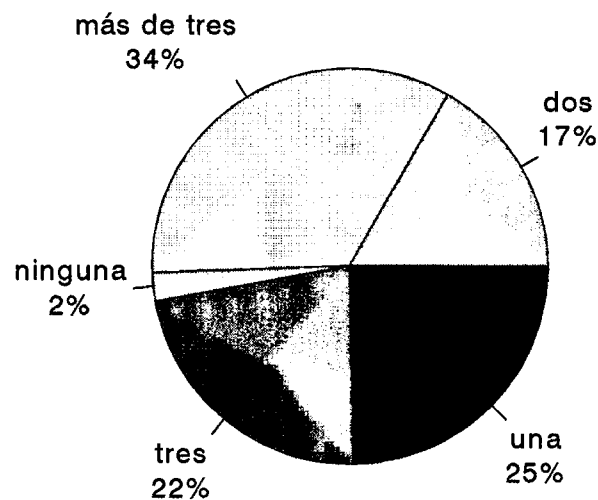
# Salud de mujer embarazada

Departamento de Matagalpa, enero de 1997

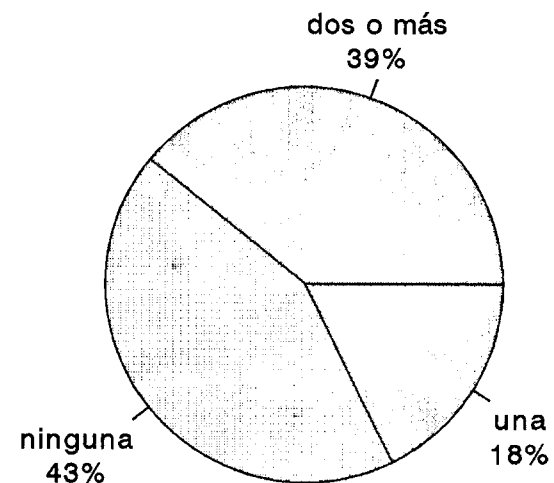
---



Tenencia de tarjeta de CPN



No. visitas de CPN (madres con tarjeta)



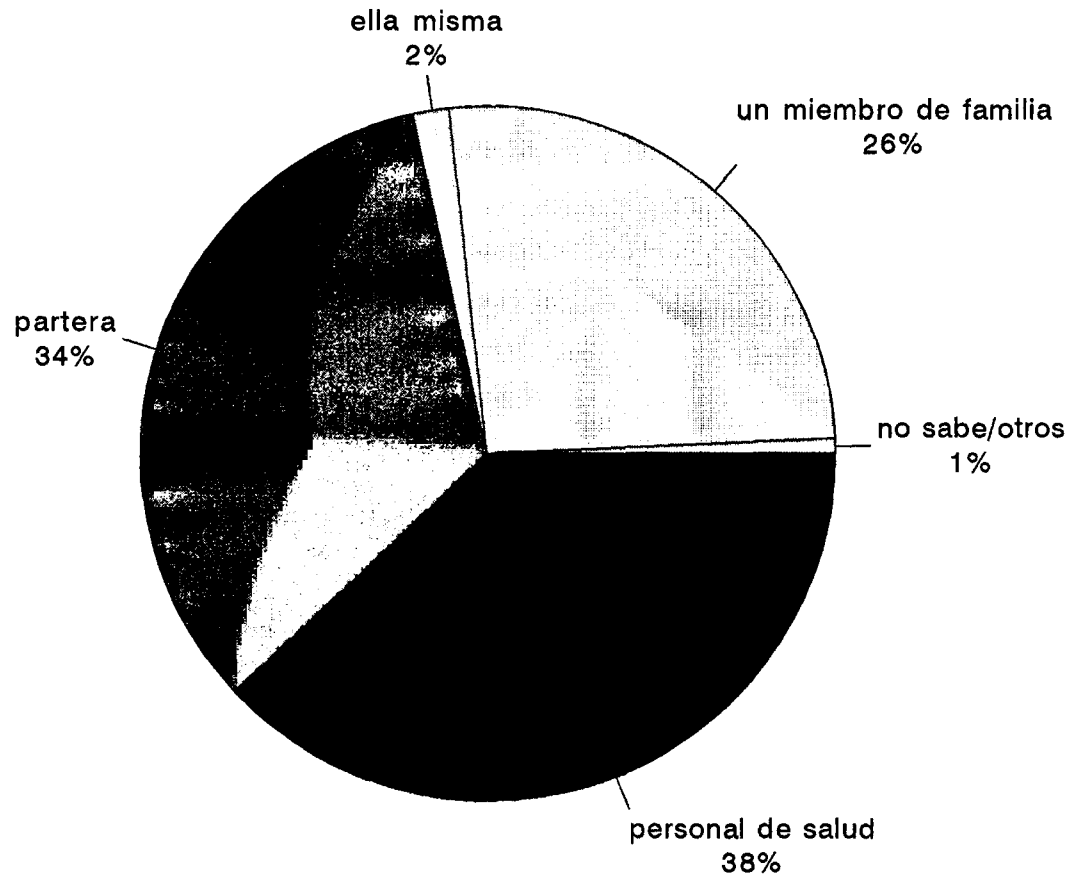
No. vacunas TT.(madres con tarjeta)



# Atención del parto

Departamento de Matagalpa, enero de 1997

---



Quién cortó el ombligo del niño?

## COMPARACIÓN DE INDICADORES CON OTRA ENCUESTA DE BASE REALIZADA EN MANAGUA Y MASAYA EN 1993

El siguiente es un cuadro que compara los resultados del Estudio realizado en Matagalpa en 1997 con los resultados de un estudio similar realizado en Managua y Masaya en 1993. Estas cifras sirvieron para realizar la comparación al comentar los resultados del presente estudio.

I N D I C A D O R	Encues. Mat. 1997	Encues. Mga, Masaya 1993
1. Niños con diarrea que reciben SRO	30%	26%
2. Niños que reciben más o igual pecho materno durante la diarrea	70%	43%
3. Niños que reciben más o igual cantidad de líquidos durante la diarrea	58%	46%
4. Niños que reciben más o igual cantidad de alimentos durante la diarrea	45%	37%
5. Madres que reconocen los signos y señales de deshidratación	16%	----
6. Madres que identifican signos y síntomas de gravedad de neumonía	49%	
7. Madres que buscan ayuda adecuada(personal entrenado) cuando sus hijos presentan síntomas de neumonía	37%	26%
8. Madres que recibieron tres o más controles prenatales	17%	52%
9. Madres con dos dosis de TT	37%	24%
10. Madres que reconocen la lactancia materna como factor de espaciamiento del embarazo	4%	----
11. Partos atendidos por personal entrenado	38%	
12. Madres que reconocen los signos de peligro de un embarazo	71%	----
13. Niños menores de dos años con control de peso en los últimos tres meses	34%	31%
14. Niños entre 5 y 9 meses recibiendo alimentos sólidos o semi-sólidos	93%	100%
15. Niños con lactancia materna exclusiva antes de los 4 meses de edad	17%	2%
16. Niños con lactancia inmediata al nacer	54%	60%

**ENCUESTA DE LÍNEA DE BASE**  
**Anexo 4. LISTA DE PERSONAS PARTICIPANTES DE LA ENCUESTA**

<b>NOMBRE Y APELLIDOS</b>	<b>PROCEDENCIA</b>	<b>ROL</b>
1. Kristen Sample	CRS-Guatemala	Capacitación de encuesta
2. Gloria Guevara	CRS-Ecuador	Asesora de campo supervisora
3. José Mendieta L.	CRS- Nicaragua	Coordinador/supervisor
4. Magda Cajina	CRS-Nicaragua	Logística
5. Medardo Saborío	CRS-Nicaragua	Conductor
6. Oscar Boza	CARITAS- Matagalpa.	Equipo central/supervisor
7. Irene Hernández	CARITAS-Matagalpa	Equipo central/supervisora
8. Sergio Centeno	CARITAS-Matagalpa	Logística
9. Nelson López	CARITAS-Matagalpa	Supervisor
10. Guillermo Vega	CARITAS-Matagalpa	Supervisor/encuestador
11. Norma Aguilar A	Managua	Supervisora
12. Sonia Martínez R	Managua	Supervisora
13. Eliseo Reyes S.	Managua	Supervisor
14. Jorge L. Espinales	Managua	Supervisor
15. Martha Luna E.	Managua	Supervisora
16. Raymond Zeledón	CARITAS-Matagalpa	Encuestador
17. Lucía González	CARITAS-Matagalpa	Encuestadora
18. Ma. Luisa Méndez	CARITAS-Matagalpa	Encuestadora
19. Magdalena Trujillo	CARITAS-Matagalpa	Encuestadora
20. Marco Hernández	CARITAS-Matagalpa	Encuestador
21. Flor de Ma. Flores	CARITAS-Matagalpa	Encuestadora
22. María de A. Calero	CARITAS-Matagalpa	Encuestadora
23. Rolando Rivera	CARITAS-Matagalpa	Encuestador

<b>NOMBRE Y APELLIDOS</b>	<b>PROCEDENCIA</b>	<b>ROL</b>
24. Alba M. Espinoza	CARITAS-Matagalpa	Encuestadora
25. Carlos A. Corrales	Matagalpa	Encuestador
26. Francisco Herrera	Matagalpa	Encuestador
27. Mario Portobanco	Matagalpa	Encuestador
28. Walter García M.	CARITAS-Matagalpa	Encuestador
29. Narciso Loza G.	CARITAS-Matagalpa	Encuestador
30. Luis Hernández	Matagalpa	Encuestador
31. Luis A. Cerrato	CARITAS-Matagalpa	Encuestador
32. Danelia Portobanco	Matagalpa	Encuestadora
33. Hilda Alegría	Matagalpa	Encuestadora
34. Julio Mercado	CARITAS-Matagalpa	Encuestador/Matiguás
35. Ma. Asunción Ráudez	CARITAS-Matagalpa	Encuestadora/Matiguás
36. Juana Pastora Ubeda	CARITAS-Matagalpa	Encuestadora/Matiguás
37. Sandra Castillo S.	CARITAS-Matagalpa	Encuestadora/Matiguás
38. Alejandro Mercado	CARITAS-Matagalpa	Conductor
39. Deglis Rostrán L.	CARITAS-Matagalpa	Conductor

**Anexo 5. PROGRAMA DE CAPACITACIÓN PARA ENTREVISTADORES Y SUPERVISORES  
AÑO 1997.**

**DÍA 1: Lunes, 13 de enero**

**Capacitación a supervisores:**

- a.m. 1. Presentación de participantes
- 2. Objetivos del proyecto
- 3. Objetivos de la encuesta
- 4. Rol de supervisores/encuestadores
- p.m. 5. Lectura del cuestionario
- 6. Elementos y principios de la encuesta
- 7. Prácticas con el cuestionario

**DÍA 2: Martes 14 de enero**

**Capacitación a supervisores y encuestadores**

- a.m. 1. Presentación de participantes
- 2. Rol de supervisor/encuestador
- 3. Elementos y principios de una encuesta
- 4. Lectura del cuestionario
- p.m. 5. Lectura del cuestionario
- 6. Revisión del lenguaje
- 7. Práctica del cuestionario

**DÍA 3: Miércoles 15 de enero**

**Capacitación a supervisores y encuestadores**

- a.m. 1. Sesión adicional de práctica y retroalimentación
- 2. Selección de conglomerados
- 3. Selección de casas
- p.m. 4. Validación del cuestionario en una comunidad
- 5. Retroalimentación sobre validación/revisión

**DÍA 4: Jueves 16 de enero**

**Capacitación y salida a La Dalia**

- a.m. 1. Revisión de la versión final del cuestionario
- 2. Asignación de equipos/comunidades
- 3. Revisión de los objetivos de la capacitación
- p.m. 4. Salida a La Dalia (a las 15:00)

**Anexo 6. PROGRAMACION DE APLICACION DE LA ENCUESTA**

D I A	CONGLOMERADO	PERSONAL PARTICIPANTE
Viernes 17 de enero	1. Comején	1 supervisor + 2 encuestadores
	2. Yaoska	1 supervisor + 2 encuestadores
	3. Carpas # 1	1 supervisor + 2 encuestadores
	4. Sn. José Peñas Bl.	1 supervisor + 3 encuestadores
	5. La Tronca	1 supervisor + 2 encuestadores
	6. San Antonio BulBul	1 supervisor + 3 encuestadores
	7. Wasaka	1 supervisor + 2 encuestadores
	8 y 9. La Estrella/La Dalia (2 conglomerados)	1 supervisor + 3 encuestadores
	Sábado 18 de enero	10. Piedra Luna
11. Coyolar # 2		2 supervisores + 5 encuestadores
12. Quebradón		1 supervisor + 4 encuestadores
13. Las Nubes		2 supervisores + 5 encuestadores
14. Las Escaleras		1 supervisor + 3 encuestadores
Domingo 19 enero		Viaje a Matiguás
Lunes 20 de enero	15. Patastule	2 supervisores + 3 encuestadores
	16 y 17. Maizama/Tierra Blanca (2 conglomerados)	3 supervisores + 6 encuestadores
	18. Compasagua	2 supervisores + 6 encuestadores
	19 y 20. Wiliguas/Vergel (2 conglomerados)	2 supervisores + 7 encuestadores

D I A	CONGLOMERADO	PERSONAL PARTICIPANTE
Martes 21 de enero	21. San Ignacio	1 supervisor + 2 encuestadores
	22. Saiz San Juan	1 supervisor + 2 encuestadores
	23. Paiwitas	1 supervisor + 2 encuestadores
	24. San Rafael	2 supervisores + 3 encuestadores
	25. Concepción anzuelo	1 supervisor + 2 encuestadores
	26. Sn. Antonio anzuelo	1 supervisor + 2 encuestadores
	27. Cebadilla El Valle	1 supervisor + 3 encuestadores
	28. Cebadilla Sn. Sebastián	1 supervisor + 2 encuestadores
	29. Kirragua	1 supervisor + 2 encuestadores
	30. Bilwas	1 supervisor + 2 encuestadores