



Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud
Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua



Maestría en Salud Pública 2004 - 2006

Tesis para optar al título de Maestro en Salud Pública

Beneficios que provee a la familia el Programa Comunitario de Salud y Nutrición, en comunidades rurales del municipio de Jinotega, Departamento de Jinotega. Año 2005

Autor: Mario Ortega Maliaño. MD

Tutor: MSc. Manuel Martínez Moreira

Managua, Nicaragua. Junio del 2006.

INDICE

Dedicatoria	i
Agradecimientos	ii
Resumen	iii

Capítulo	Página
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	3
III. JUSTIFICACIÓN	10
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
V. OBJETIVOS	12
VI. MARCO DE REFERENCIA	13
VII. DISEÑO METODOLÓGICO	26
VIII. RESULTADOS	32
IX. ANÁLISIS DE RESULTADOS	37
X. CONCLUSIONES	42
XI. RECOMENDACIONES	43
XII. BIBLIOGRAFÍA	44

ANEXOS:

Mapa
Fotos
Lista de Comunidades
Cuestionario
Modelo Explicativo
Operacionalización de Variables
Tablas
Gráficos

DEDICATORIA

A mis padres Norberto Ortega y Juana Rosa Maliaño por el apoyo y motivación que me han brindado siempre.

A Lucía y Jeriel, por que son un motivo para lograr avanzar más en el desarrollo de mi vida.

Mario Ortega Maliaño

AGRADECIMIENTOS

A todas las personas que con mucho entusiasmo compartieron sus conocimientos y experiencias para hacer posible el alcance de esta meta.

A Project HOPE y mis compañeros de estudios por la ayuda que me brindaron siempre.

A mis profesores del CIES, por darnos la oportunidad de participar en nuestra propia formación.

A Alfredo por compartir conmigo su valiosa experiencia para la elaboración de la base de datos

Mario Ortega M.

Resumen

El Programa Comunitario de Salud y Nutrición se define como una nueva forma de cuidar la salud de los niños y las niñas de la comunidad, este programa se basa en los “autocuidados” para niños en la familia y en la comunidad. Orientada como una estrategia en donde los voluntarios de salud efectúan actividades tales como sesiones mensuales de pesaje, determinación del crecimiento, consejería individualizada, negociación y establecimiento de compromisos para mantener o mejorar el crecimiento y salud de sus hijos.

El presente estudio se efectuó con el propósito de evaluar los beneficios que provee a las familias el Programa Comunitario de Salud y Nutrición (PROCOSAN) comparándolos con otro grupo de niños de comunidades que no reciben atención a través de esta estrategia, dicho estudio se realizó en comunidades rurales del Municipio de Jinotega en el año 2005.

Para llevarlo a cabo, fueron seleccionadas 206 familias con niños menores de dos años, en comunidades rurales del municipio de Jinotega, además de las entrevistas a las madres se realizó toma de peso y talla a 206 niños, utilizando un cuestionario estructurado y pre-codificado, para obtener información sobre: aspectos demográficos, contacto con la información, prácticas alimenticias familiares, enfermedades prevalentes, búsqueda de atención y medida antropométrica en niños / niñas.

Los datos obtenidos en el estudio, evidenciaron que el promedio de edad en las madres fue de 24 años, la mayoría alcanzaron primaria, saben leer y no trabajan fuera del hogar. La cobertura del programa es muy superior a lo establecido en el esquema de implementación del programa, atiende el 30% de comunidades y 41% de la población de niños menores de dos años

El 50.5% del total de madres refirieron haber escuchado algún mensaje de salud y nutrición, correspondiendo el 64.1% a madres de comunidades con intervención del PROCOSAN. La fuente principal de información son 42.3% los brigadistas de salud y 47.1% mencionaron personal de salud. Mensajes que las madres más recuerdan son; como alimentar a los niños (50.0%); tipos de alimentos que deben dar 39.8%; cantidad de alimentos (18%) y búsqueda de atención (18%).

A pesar de ser un área de pobreza, las familias disponen de alimentos básicos para la dieta del niño como son: frijoles (81.6 %); leche materna (79.10%); arroz (73.3%); tortillas (57.3%); huevo (56.3%); aceite de cocinar (43.7 %); guineo (35.0%); mango (25.2%); cuajada (20.4%). El estudio reflejó que a medida que aumenta la edad, los niños en estudio no reciben una dieta adecuada.

El 39.3%, de los niños 15 días antes habían estado enfermos de: dificultad para respirar el 14.0%; diarrea 12.0%; catarro 7.7%; fiebre mas erupción en la piel 4.85%; La mayoría de las madres buscan al personal de salud para solicitar atención a sus niños.

La desnutrición crónica afecta a todos los grupos en una proporción de 32.5 %, levemente inferior a las cifras encontradas en ENDESA 2001, para el departamento de Jinotega. No se observó diferencia importante en la relación de desnutrición y niños de comunidades con o sin intervención del PROCOSAN.

I. INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud en las últimas décadas ha venido realizando un amplio proceso de reflexión y ajustes en sus políticas y estrategias, haciendo énfasis en la reorganización de la atención en salud con base en la comunidad, en la cual priorizan los grupos más vulnerables como son las mujeres en edad reproductiva, embarazadas y los niños menores de cinco años.

Este enfoque se basa en las siguientes consideraciones: a) reconocimiento de que aún existen deficiencias en los conocimientos sobre como prevenir la mayor parte de los problemas de salud, lo que se traduce en hábitos y costumbres poco saludables; b) esta situación se asocia a la pobreza y la incidencia de los factores ambientales y climatológicos que contribuyen a la aparición de problemas de salud prevenibles; c) frente a los cuales la población está más inclinada a su manejo curativo que preventivo¹.

Para tal efecto, se orienta el fortalecimiento de la atención primaria en salud a partir de las instituciones y organizaciones del sector salud quienes priorizarán el desarrollo de acciones y servicios de promoción y prevención en todos los niveles de atención. Contando que dicha atención en salud tenga una amplia participación comunitaria que permita fomentar hábitos y costumbres saludables en las personas, familias y la comunidad, por medio de la creatividad para hacer acciones de información, educación y comunicación que contribuyan a la transformación de sus prácticas sanitarias².

Con el enfoque de promover la salud y nutrición en niños menores de dos años ya que se caracterizan por una fase de crecimiento que es muy sensible a los cambios que puedan surgir por la transición en la alimentación y las enfermedades prevalentes, se crea el Programa Comunitario de Salud y Nutrición¹. El cual se define como una nueva forma de cuidar la salud de los niños y las niñas de la comunidad. El programa se basa

¹ En las políticas por área de intervención Promoción de la Salud, una de las estrategias definidas es la implementación de programas comunitarios de salud y nutrición en sus componentes materno infantil con criterios de focalización

en los “autocuidados” para niños en la familia y en la comunidad³. Esta estrategia está orientada para que los voluntarios de salud efectúen actividades dentro de las cuales se instauran las sesiones mensuales de pesaje, determinación del crecimiento de los niños, brindar consejería individualizada, negociación y establecimiento de compromisos para mantener o mejorar el crecimiento y salud de sus hijos, entrega de recordatorios de compromisos y referencias de niños cuando el caso lo amerita⁴.

Con el presente estudio se evaluaron los beneficios que provee en las familias, el Programa Comunitario de Salud y Nutrición (PROCOSAN) al compararlos con otro grupo de familias de comunidades que no reciben atención a través de esta estrategia, para ello se consideraron algunas variables de mayor relevancia para medir los mayores beneficios a las familias en estudio, entre ellas: contacto con mensajes de salud, disponibilidad de alimentos, prácticas alimenticias, prevalencia de enfermedades, búsqueda de atención y estado nutricional.

II. ANTECEDENTES

Se considera apropiado iniciar este capítulo con la opinión dada por un voluntario de salud en la comunidad de Pueblo Nuevo, sobre el trabajo que realizan durante las sesiones de pesaje...

“Bueno yo agradezco que me tomen en cuenta y yo le voy a decir a mi comunidad que tuve una entrevista para ver como estábamos haciendo con los niños cuando nos reunimos para pesarlos y que yo les dije a ustedes que vamos a seguir trabajando aunque el MINSA no venga a acompañarnos y que todas las madres deben comprometerse para cuidar a sus niños, seguir adelante para que el futuro de los niños sea mejor”⁵.

En un estudio realizado en Asia en 1999, refleja como un hecho muy significativo que el progreso ha sido donde los programas basados en la comunidad han estado ligados a las estructuras que entregan los servicios, refiriendo que los empleados gubernamentales pueden orientarse para actuar como facilitadores de acciones nutricionales coordinadas por personal de la comunidad localmente elegido⁶.

Considerando la participación de los voluntarios en las sesiones de pesaje encontramos evidencias de que la consejería tienen cierta eficacia para promover la salud y nutrición de los niños a nivel del hogar como lo demuestra los resultados de una evaluación de medio término realizada en Honduras por el organismo estadounidense Basic Support for Institutionalizing Child Survival (BASICS) en Julio del 2002 en el cual encontramos que el porcentaje de mujeres que mencionan que si el niño está delgado es signo de que no crece, las mujeres AIN tenían una propensión significativamente mayor a mencionar este signo a medio término que sus contrapartes de las comunidades de control (45% vs. 37%, respectivamente, $p \leq .01$).

Además de la consejería en alimentación infantil, también se evidencia que la consejería sobre cuidados de niños con diarrea e infecciones respiratorias agudas y sobre higiene tiene un efecto positivo pues la recepción de consejos sobre cuidados durante enfermedades fue significativamente más alta en las comunidades de AIN 63%;

que en las control 35%, ($p \leq .001$). Esto también fue el caso con los consejos sobre higiene AIN: 66%; control: 48%, $p \leq .001$.⁷

Otro hallazgo encontrado es una evaluación de impacto del Programa de Nutrición Infantil de la Agencia Adventista para el Desarrollo y Recursos Asistenciales (ADRA) en Perú en el 2000, en el cual encontramos resultados sobre la prevalencia de lactancia materna exclusiva en niños menores de seis meses en donde se nota una diferencia significativa entre la línea de base y el grupo con ADRA expost ($p=.038$) y entre los dos grupos de evaluación expost ($p=.017$). Los niños en el grupo control expost tuvieron una prevalencia de 68.6%, mientras los beneficiarios tuvieron una prevalencia muy alta de 87.3%.. También encontramos que el 69.6 % de madres beneficiarias y el 49.7 % de los grupos control ($p = 0.008$) acostumbran dar más líquidos durante un episodio diarreico en sus niños, estos resultados se aumentan significativamente a 91.1 % en madres beneficiarias y 68.9 % en grupos control ($p=0.001$) cuando dan igual o más cantidad de líquidos.⁸

En el año 2000 en Durban, Sudáfrica, los asistentes al encuentro regional para evaluar la Estrategia de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) resaltaron la necesidad de promover un “paquete” de conductas dirigidas a mejorar la salud y nutrición infantil a nivel del hogar y la comunidad. Los asistentes a la reunión acordaron dieciséis conductas familiares claves, porque la experiencia en los países y evidencia científica demostraron que realmente contribuyen a la supervivencia infantil y al desarrollo saludable del niño. Dichas conductas son la piedra angular de la estrategia de AIEPI Comunitaria y están agrupadas en prácticas que:

- Promueven el desarrollo físico y mental
- Sirven para prevenir enfermedades
- Facilitan la atención adecuada en el hogar
- Facilitan conductas de búsqueda de ayuda fuera del hogar

Basados en estos resultados, posteriormente se definen los comportamientos esenciales de la familia en el contexto de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la infancia(AIEPI):

Para el desarrollo físico y mental

1. Amamantar exclusivamente a los lactantes durante al menos cuatro meses y si es posible hasta los seis meses.
2. Aproximadamente a partir de los seis meses de edad, comenzar a dar a los niños alimentos complementarios recién preparados, con alto contenido nutritivo y calórico, y continuar amamantando hasta que el niño tenga dos o más años.
3. Asegurarse de que los niños reciban suficientes cantidades de micronutrientes (especialmente vitamina A y hierro), ya sea en su dieta o mediante suplementos alimenticios.
4. Promover el desarrollo mental y social del niño atendiendo sus necesidades (hablándole, jugando con él y proporcionándole un ambiente de estímulo).

Para la prevención de enfermedades

5. Llevar a los niños a vacunarse cuando corresponda, para completar el esquema de inmunizaciones (BCG, DPT, OPV y sarampión) antes de que cumplan el año de edad.
6. Deshacerse debidamente de la materia fecal (incluidas las de los niños); y lavarse las manos después de defecar, antes de preparar los alimentos, y antes de dar de comer a los niños.
7. Proteger a los niños en áreas donde la malaria sea endémica, haciendo que duerman bajo redes tratadas con insecticida.
8. Adoptar y mantener las conductas apropiadas en la prevención y tratamiento del VIH/SIDA, y el trato con las personas afectadas por la enfermedad, incluidos los niños huérfanos.

Para asegurar la atención adecuada en el hogar

9. Continuar amamantando a los niños cuando estén enfermos y ofrecerles más líquidos, incluida la leche materna.
10. Administrar a los niños enfermos el tratamiento adecuado en el hogar cuando tengan infecciones.
11. Tomar las medidas adecuadas para prevenir y tratar las lesiones y accidentes que sufran los niños.
12. Prevenir el abuso y descuido de los niños y tomar las medidas apropiadas cuando ocurra
13. Asegurarse de que los hombres participen en el cuidado de los niños y en la salud reproductiva de la familia.

En lo referente a la búsqueda de ayuda fuera del hogar

14. Reconocer cuándo los niños enfermos necesitan tratamiento fuera del hogar y buscar dicha atención de los proveedores adecuados.
15. Seguir las recomendaciones del trabajador de salud en lo que se refiere al tratamiento, consultas ulteriores y remisión de pacientes.
16. Asegurarse de que las mujeres embarazadas reciban suficiente atención antenatal, incluye por lo menos cuatro visitas antes del parto con un proveedor de salud adecuado y la dosis recomendada de la vacuna del toxoide tetánico. La madre necesita asimismo el apoyo de su familia y la comunidad para buscar la atención necesaria en el momento del parto e inmediatamente después del mismo, así como durante el período de lactancia.⁹

En Nicaragua se han hecho múltiples intentos para impulsar de forma amplia la participación de las comunidades en el proceso de promoción y prevención de la salud y una de sus expresiones más remotas son el Plan de Saneamiento Básico Rural (PLANSAR) y el Plan Rural de Atención y Capacitación en Salud (PRACS) cuyos diseños básicos estaban orientados al mejoramiento Sanitario.¹⁰

La salud materno infantil se refleja en los resultados de Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA) de 1998 y 2001, revisando el componente infantil, encontramos que la Lactancia Materna Exclusiva se registra en un 30 % (1998) y sube a 39 % en 2001; la duración de la lactancia es de 12 meses en 1998 y aumenta en 18 meses en 2001; el porcentaje de niños con desnutrición crónica es de 25 % (1998) y baja a 20 % en 2001; la desnutrición aguda fue de 2.2% en 1998 y de 2.0% en el 2001; Por Departamentos, Jinotega presenta la cifra más alta del país; Desnutrición crónica 36.7%, Desnutrición Aguda 4.9%. La tasa de mortalidad infantil es registrada en 31 x 1,000 NV en el 2001, motivo suficiente para considerar el impulso y fortalecimiento a programas y estrategias que ayuden a mantener o mejorar esta situación en donde la comunidad y la familia sean protagonistas principales del proceso¹¹

Una evaluación nutricional realizada por el Programa Mundial de Alimentos (PMA), en colaboración con el gobierno, para establecer la línea de base de los programas de asistencia del PMA, determinó que uno de cada tres niños en las zonas de intervención del PMA sufre de desnutrición crónica, y en las regiones afectadas por la crisis del café, la desnutrición crónica afecta a más del 40 por ciento de los niños menores de 5 años

En un estudio realizado en el Sistema Local de Atención Integral de Salud (SILAIS) León en 1,999, se reflejó que las causas más importantes que provocan desnutrición son: Falta de conocimientos alimentarios nutricionales; familias numerosas con niños de bajo peso; suspensión de lactancia materna y crisis económica.¹²

En el SILAIS Oriental de Managua en 1,999, se realizó un estudio en donde se evidenció que el deterioro nutricional tenía relación muy estrecha con el nivel de educación de los padres, nivel inmunitario de los niños, prevalencia de Enfermedad Diarréica Aguda (EDA), Infección Respiratoria Aguda (IRA), índice de promiscuidad de forma directamente proporcional.¹³

Basic Support for Institutionalizing Child Survival (BASICS) en sus capítulos I y II, en Matagalpa implementa la estrategia de Atención Integral en la Comunidad con el apoyo de organismos no gubernamentales y el personal de salud, la experiencia es

compartida con autoridades del Ministerio de Salud de Nicaragua quienes vienen impulsando la estrategia de Atención Integral a la Niñez en la Comunidad usando la estrategia del abordaje a la Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) Comunitario que posteriormente nuestras autoridades de salud logran integrar ambas estrategias en una sola tomando como eje central la parte nutricional y se lanza oficialmente en Junio del año 2004 como el Programa Comunitario de Salud y Nutrición (PROCOSAN) el cual tiene como objetivo general mejorar el crecimiento y prevenir la desnutrición y enfermedades en los niños menores de cinco años, poniendo énfasis en los menores de dos años, mediante la ganancia de adecuada de peso mensual.

En el departamento de Jinotega, aproximadamente el 65 % de las familias no cuentan con un sistema de abastecimiento de agua, su principal fuente de abastecimiento es a través de vertientes no protegidas, ríos, quebradas y pozos excavados en menor proporción, el principal método de desinfección que la mayoría de las familias practican en sus viviendas es; cloración del agua en un 28,5 %; el 13.2 % hierven el agua y un 58.7 % No hacen nada

Para el Nonestre del 2004 se registraron 9,885 casos de Diarrea de los cuales el 21.2 % recibieron tratamiento en una Unidad de Rehidratación Oral (URO), reportándose 14 muertes por Diarrea, siendo los menores de 1 año en el 71 % de los casos los afectados, en una misma proporción las muertes se dieron tanto, a nivel de unidad de salud, como a nivel domiciliar¹⁴

En el mes de Septiembre del 2004, el Programa Comunitario de Salud y Nutrición (PROCOSAN), registró los siguientes datos; el número de niños menores de dos años censados fue de 1,428, 74 % asistieron a las sesiones de pesaje; el 31 % de los niños que asistieron a la última sesión presentaron crecimiento insatisfactorio. Relacionado a las enfermedades prevalentes, se reportó que 70 niños presentaron diarrea, de ellos el 42 % recibieron suero oral y apenas el 38 % de los niños menores de dos años con sospecha de Neumonía fueron referidos a la unidad de salud.¹⁵

En el estudio de Línea de Base sobre Conocimiento Prácticas y Coberturas, realizado por Project HOPE en Marzo del 2005, se encontró que el 7.6 % de niños menores de dos años estaban con bajo peso (Peso para Edad); el 19.8 % de estos niños presentaron desnutrición crónica (Talla para edad); el 56 % de las Madres con niños de 0 – 5 meses de edad reportaron haber dado lactancia materna exclusiva en las últimas 24 horas; el 26 % de las madres con niños menores de dos años reconocen al menos dos signos de deshidratación; el 35 % de las madres solicitan ayuda a una unidad de salud cuando sus niños presentan diarrea; el 69 % de las madres dieron más o igual cantidad de líquidos a sus niños en su último episodio de diarrea; solamente el 45 % de madres dieron más o igual cantidad de alimentos y apenas el 19 % reportaron lavarse las manos con agua y jabón, después de defecar, después de limpiar a su niño que defecó, antes de preparar los alimentos y antes de dar de comer a su niño; El 76 % de las madres reconocieron la respiración rápida como señal de peligro de Neumonía.¹⁶

En el Informe Final de Enero del 2006, el Programa de Salud Integral en la Comunidad ejecutado en los departamentos de Matagalpa y Jinotega por ONGs integrantes de la Subred Norte – Nicasalud en el período de Junio del 2004 a Noviembre del 2005, reportan la siguiente información: Del total de niños censados en el área del proyecto en un total de 1140 sesiones mensuales de pesaje, el promedio de asistencia de los niños, fue del 68%; el promedio de niños con crecimiento satisfactorio fue del 61 % (El crecimiento satisfactorio se basa en la tendencia de un peso mínimo esperado que debe alcanzar todo niño mensualmente). La cobertura de niños con esquema completo de vacunación fue del 80.47 %, de 1,211 casos de diarrea en niños detectados durante las sesiones el 52.3 % recibieron Sales de Rehidratación Oral y de 376 casos sospechosos de Neumonía el 31.9 % fueron referidos a una unidad de salud.¹⁷

III. JUSTIFICACIÓN

El Programa Comunitario de Salud y Nutrición (PROCOSAN) tiene como objetivo monitorear el estado de salud y nutrición de niños menores de dos años, promoviendo la participación de la familia, líderes y voluntarios de salud, en la ejecución del programa, posibilitando de esta manera que dicho estado de salud y nutrición, al mejorar las prácticas sobre el cuidado y alimentación mejoren en el hogar

Con el estudio se pretendió evaluar resultados considerados beneficiosos para toda las familias, al tener una intervención eficaz, considerando entre ellos, los siguientes cambios de comportamiento en las familias relacionados a conocimiento sobre cuidado y alimentación de los niños, disponibilidad de alimentos y utilización adecuada de los mismo en la dieta de los niños, búsqueda de atención con el niño enfermo y estado nutricional de los niños.

De acuerdo a los resultados, el estudio servirá para fortalecer el programa, incentivar a los gestores y ejecutores a dar un mayor seguimiento y evaluación, tomando decisiones para que el PROCOSAN sea una intervención con resultados que evidencien su utilidad práctica y su eficacia.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Programa Comunitario de Salud y Nutrición (PROCOSAN), tiene dos años de ejecución en el municipio de Jinotega, y hasta la fecha se desconoce si la intervención está obteniendo los resultados esperados.

Por tanto nos hacemos la siguiente pregunta del estudio:

¿Cuáles son los beneficios que provee a la familia, el Programa Comunitario de Salud y Nutrición (PROCOSAN), en comunidades rurales del municipio de Jinotega, Departamento de Jinotega, año 2005?

Se derivan las siguientes interrogantes:

¿Cuál es la cobertura del PROCOSAN en el área de estudio?

¿Cuáles son las enfermedades más frecuentes, en los niños en el área de estudio?

¿Cómo es la información recibida por las familias con niños menores de dos años en el área de estudio?

¿Cuál es la disponibilidad y prácticas de alimentación a niños menores de dos años en el área de estudio?

¿Qué efectos han tenido las acciones del PROCOSAN en el estado nutricional de los niños menores de dos años, de las comunidades beneficiarias?

V. OBJETIVOS

5.1 Objetivo General

Evaluar los beneficios que provee a la familia, el Programa Comunitario de Salud y Nutrición (PROCOSAN), en comunidades rurales del municipio de Jinotega, Departamento de Jinotega, año 2005

5.2 Objetivos Específicos

1. Valorar la cobertura del PROCOSAN en el área de estudio
2. Describir las enfermedades más frecuentes, en los niños menores de dos años en el área de estudio
3. Describir la información que reciben las familias con niños menores de dos años en el área de estudio
4. Identificar la disponibilidad y prácticas de alimentación a niños menores de dos años en el área de estudio
5. Analizar los efectos que han tenido las acciones del PROCOSAN en el estado nutricional de los niños menores de dos años, de las comunidades beneficiarias

VI. MARCO DE REFERENCIA

El diseño del programa contempla dos componentes básicos para alcanzar los objetivos propuestos como son ejecutar las siguientes estrategias que vienen a ser la parte medular del programa:

- Promoción del crecimiento en menores de dos años basado en la determinación de la tendencia de crecimiento (satisfactorio o no) utilizando la tabla de ganancia de peso mínimo por mes.
- Identificación de signos de peligro de muerte y signos principales de enfermedades prevalentes de la infancia, en el manejo de Neumonía y enfermedad Diarreica.

Para ello se determina que la consejería será una actividad que se aplicará como un eje horizontal para llevar la educación a las madres, como se refiere claramente en los objetivos específicos del PROCOSAN:

1.1 Mejorar el consumo de alimentos en niños mediante la consejería sobre prácticas de alimentación, incluyendo lactancia materna.

1.2 Mejorar el estado nutricional de hierro en niños mediante la entrega mensual de hierro y consejería en la comunidad.

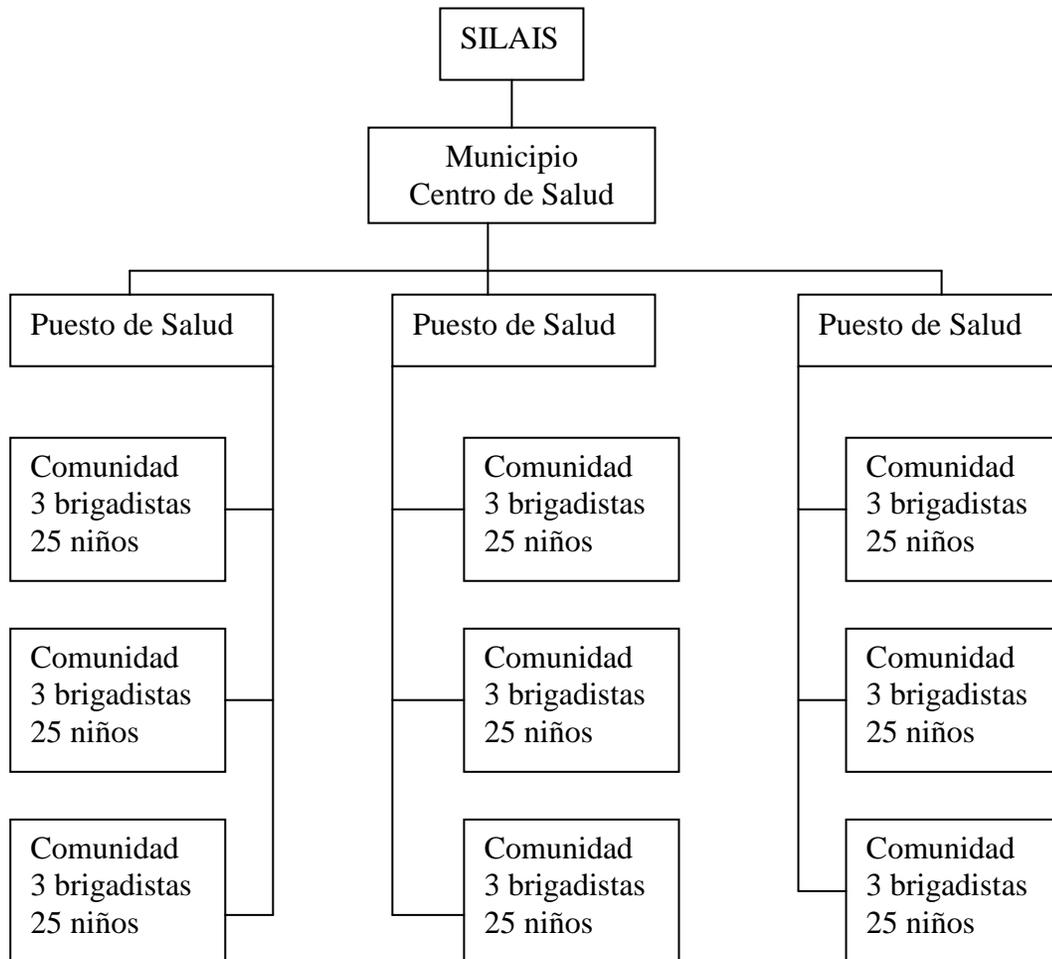
1.3 Disminuir la duración (y severidad) de infecciones diarreicas y respiratorias mediante consejería oportuna sobre el manejo casero de las enfermedades y el apoyo nutricional adecuado así como la referencia oportuna a las unidades de salud.¹⁷

Implementación del PROCOSAN

Para la organización del programa se tiene contemplado involucrar todos los niveles de dirección y ejecución de actividades, por tanto el PROCOSAN se ejecutará a partir del nivel central, el primer punto de contacto del programa será el SILAIS (Sistema Local de Atención Integral en Salud), que tiene la responsabilidad general de todos los servicios del Ministerio de Salud (MINSA), en el área geográfica a que corresponde. De ahí, el centro de salud que corresponde al nivel municipal y por último al puesto de salud, que corresponde prácticamente al nivel comunitario. Cada nivel recibirá la orientación,

capacitación, apoyo y supervisión que le corresponde para desarrollar el programa con facilidad.

Esquema propuesto para la implementación del PROCOSAN



Se mantendrá un esquema de 1 – 3 – 3. El SILAIS seleccionará un municipio, este a su vez seleccionará tres puestos de salud, quienes también seleccionarán tres comunidades, en donde se implementará el PROCOSAN, todo el proceso tendrán seis meses para organizar, capacitar y supervisar mensualmente las sesiones, que se realizarán en cada comunidad, se dispondrá de seis meses mas para continuar las supervisiones mensuales o cada dos meses, dependiendo de la disponibilidad de recursos humanos y tiempo (generalmente cada recurso humano en un puesto de salud tiene disponible alrededor de cuatro salidas a terreno mensualmente). Al finalizar estas dos etapas el municipio tendrá

que valorar la posibilidad de incluir otros puestos de salud o comunidades en los puestos que ya tienen implementada la intervención del PROCOSAN.

Actividades durante las sesiones de pesaje en la comunidad

Estas actividades sirven para llevar el control y registro del crecimiento de los niños que acuden a las sesiones, con el objetivo de decidir en conjunto con las madres que hacer con la situación de cada niño, para lograr esto se deben completar las siguientes actividades:

1. Pesar a cada niño menor de dos años
2. Determinar si cada niño está creciendo satisfactoriamente
3. Completar información sobre vacunas, hierro y enfermedades
4. Entregar y dar consejería sobre hierro
5. Dar consejería individualizada de acuerdo a la situación de cada niño usando láminas de consejería
6. Negociar con la madre buenas prácticas de cuidado de la alimentación y salud del niño
7. Establecer compromisos con las madres sobre lo que pueden hacer para mantener o mejorar el crecimiento y salud de sus hijos
8. Entregar a las madres recordatorios de los compromisos negociados
9. Determinar quienes necesitan una visita domiciliar
10. Referir los casos que ameritan, al centro o puesto de salud

Sesión de pesaje, registro y determinación del crecimiento.

Para realizar esta actividad utilizan balanzas tipo Reloj (Salter) durante los cuales se deben cumplir los siguientes pasos básicos:

Pesar al niño

1. Colgar la balanza
2. Colgar el calzón y regular la balanza
3. Colocar al niño en el calzón
4. Poner al niño en la balanza
5. Leer el peso y anotarlo

Determinar el crecimiento

Toda esta información se registra en instrumentos ya elaborados en el programa y que son modificaciones de las experiencias anteriores

1. Comparar el peso actual con el peso mínimo esperado a los 30 días

Crecimiento	Definición
Satisfactorio	Si el peso actual es igual o mayor que el peso mínimo esperado
Insatisfactorio	Si el peso actual es menor que el peso mínimo esperado

2. Marcar la tendencia

La tendencia se marca con un punto o círculo azul cuando esta es satisfactoria y roja si es insatisfactorio

3. Convertir el peso de kilos y gramos a libras y onzas

La conversión de kilos a libras es con el objetivo de darles la información a las madres sobre el peso de sus niños en libras ya que es la medida con la que más están acostumbradas

4. Llenar recordatorio del peso de mi niño

Esta es una tarjeta donde la madre puede ver con facilidad como ha sido la historia del peso, si han alcanzado o no el peso esperado de sus hijos, dicho registro lo realizan los voluntarios de salud en cada sesión mensual de pesaje.

- Para definir el estado nutricional se utilizan dos indicadores básicos:

Niños de 0-11 meses ubicados por debajo de la línea inferior de la gráfica para peso/edad

Niños de 12-23 meses ubicados por debajo de la línea inferior de la gráfica para peso/edad

En la literatura encontramos la definición de tres estadios para determinar el estado nutricional en los niños(as), estos son los siguientes:

Desnutrición Aguda (Peso para la Talla) en 2DZ por debajo de la media

Desnutrición Crónica (Talla para Edad) en 2DZ por debajo de la media

Desnutrición Global (Peso para Edad) en 2DZ por debajo de la media

Definición de la desnutrición por su duración e intensidad.

Aguda:

Se presenta debido a la restricción de alimentos que se manifiesta por la pérdida de peso y quizá detención del crecimiento. Cuando el niño es atendido adecuadamente y oportunamente, este se recupera, repone sus pérdidas y vuelve a crecer normal.

Crónica:

Cuando la privación de alimentos se prolonga, la pérdida de peso se acentúa como consecuencia el organismo para sobrevivir disminuye requerimientos y deja de crecer, es decir mantiene una estatura baja para su edad. La recuperación es más difícil.

Información sobre la enfermedad del niño.

En esta sección por referencia de la madre se identifica historias recientes de enfermedad en sus hijos, también de referencias hechas por los voluntarios cuando lo consideran necesario.¹⁸

¿Qué debe saber la madre para el cuidado de la salud y crecimiento del niño?

Contenidos Educativos Específicos

En el proceso de transferencias de conocimientos y negociación para modificar comportamientos en las madres es imprescindible la definición de los contenidos educativos que permita que el voluntario pueda realizar las tareas de prevención y promoción a través de actividades de información, educación y comunicación a la población, dichos contenidos están basados en medidas básicas y muy prácticos sobre el cuidado de la salud y crecimiento del niño menor de dos años y promover la participación de la familia en dicho proceso.

En el manual del brigadista se describen un grupo de elementos básicos para poder llevar a cabo el proceso de consejería y negociación entre el voluntario de salud y la madre o familiar que se encarga del cuidado del niño, para estos casos se diseñaron 23 láminas de consejería para abordar aspectos sobre problemas de salud y nutrición por grupo de edad, estos grupos de láminas son las siguientes:

Niños de 0-5 meses, Niños de 6-8 meses, Niños de 9-11 meses, Niños de 12-23 meses.

Láminas de “Escuche a la Madre”:

Cada grupo de edad cuenta con dos láminas numeradas del 1 al 8

Láminas “Sugiera y Negocie”

Cada grupo de edad cuenta con tres láminas numeradas del 1 al 12

Láminas de apoyo para el grupo de 6-23 meses numeradas del 13 al 15, estas láminas ayudan al voluntario para abordar temas de consejería sobre; Suplementación de hierro, Alimentación del niño enfermo y Alimentación del niño desganado

Pasos a seguir en la consejería y la negociación:

A continuación se presentan los pasos que los voluntarios de salud deben seguir para realizar la consejería y la negociación con las madres que asisten a la sesión mensual en la comunidad.

1. Seleccionar el grupo de láminas de acuerdo con la edad del niño.

Para seleccionar que láminas va a utilizar, se debe saber la edad del niño. Sabiendo la edad se selecciona el grupo de láminas y se realiza la consejería de acuerdo con las preguntas de cada lámina.

2. Conocer el resultado del crecimiento.

Si el resultado del crecimiento fue satisfactorio o insatisfactorio.

3. Descubrir las prácticas de alimentación.

Ya seleccionadas las láminas de consejería según el grupo de edad del niño, se usa la primera lámina de “escuche a la madre” para preguntarle ¿Cómo está alimentando al niño?

4. Identificar los problemas de alimentación.

Si el crecimiento del niño ha sido insatisfactorio, se utiliza la primera y segunda lámina de “Escuche a la Madre” para conocer las razones por las cuales el niño no ha alcanzado su peso mínimo esperado.

5. Hacer recomendaciones.

De acuerdo con lo que haya platicado con la mamá sobre la alimentación de su niño, se escoge la lámina de “Sugiera y Negocie” para ofrecer recomendaciones por medio de las cuales la mamá pueda mejorar la alimentación y cuidado de su hijo.

6. Ofrecer motivaciones.

Ofrecer a la madre las motivaciones y explicaciones necesarias para que ella pueda realizar las recomendaciones que se han ofrecido.

7. Negociar compromisos.

Preguntar a la mamá “de todo lo que hemos platicado, ¿qué cosas puede hacer usted para mejorar la alimentación de su niño?”. De acuerdo con lo que la madre acepta hacer. Se establece un compromiso entre la brigadista y la madre.

8. Confirmar compromisos.

Después de que la madre ha aceptado poner en práctica los compromisos para mejorar la alimentación y cuidado de su niño, se confirma lo que la madre va a hacer.

9. Llenar el Recordatorio de Compromisos.

Después de confirmar los compromisos con la madre, se llena el recordatorio de compromisos encerrando en un círculo el compromiso que corresponda.¹⁹

Enfermedades Prevalentes

Las enfermedades que más afectan a la niñez menor de cinco años (Enfermedades prevalentes) son las enfermedades diarreicas agudas, las infecciones respiratorias

agudas (Neumonía) y la desnutrición, que además ocupan los primeros lugares en la mortalidad de estos niños y niñas. El programa responde en las comunidades a aquellos casos de niños en proceso franco de desnutrición, por un lado captándolos y mediante la referencia facilitándoles la atención oportuna en las unidades de salud y por otro lado en aquellos casos que han sido dados de alta, dándoles seguimiento adecuado y eficaz a través de las sesiones mensuales y las visitas domiciliarias.

Es evidente que existe una relación directa entre desnutrición infantil y mortalidad en esas edades, por lo que resulta obvio que la preservación del estado nutricional adecuado o su rápida corrección tienen impacto sensible en la disminución de las tasas de mortalidad en la niñez del país.²⁰

Para clasificar la Neumonía se consideran los signos generales de peligro y la respiración rápida, de acuerdo a la siguiente evaluación:

Signos de peligro:

Dejó de beber o comer; Vomita todo; Anormalmente somnoliento; Convulsiones:

Dificultad para respirar:

Respiración rápida (Niño de 2 a 11 meses: 50 o más respiraciones x minuto; Niño de 1 a 4 años: 40 o más respiraciones x minuto)

Tiraje subcostal, Estridor, Sibilancia

Clasificar:

Neumonía Grave: Si tiene cualquiera de los signos de peligro mas uno de dificultad para respirar

Neumonía: Si tiene Respiración Rápida

Cuando un niño tiene Diarrea, se considera lo siguiente:

Se clasifica como Deshidratación Grave cuando un niño con diarrea presenta dos o más de estos signos:

Anormalmente somnoliento, dejó de comer o beber. Ojos hundidos, signo del pliegue cutáneo.

Se clasifica como Deshidratación cuando un niño con diarrea presenta dos o más de estos signos:

Inquieto o irritable, ojos hundidos, bebe ávidamente, con sed, signo del pliegue cutáneo

Se clasifica como Diarrea Persistente Complicada cuando el niño tiene lo siguiente:

Diarrea hace 14 días o más, hay deshidratación o el niño es menor de seis meses de edad.

Si solamente presenta diarrea de hace 14 días o más se clasifica como Diarrea Persistente.

La presencia de sangre en las heces la clasifica la diarrea como Disentería ²¹

Conocimientos y Prácticas

Los conocimientos de las madres sobre nutrición y salud de los niños se enfocan a:

- Los niños alimentados al pecho crecen mejor.
- Los niños alimentados al pecho se enferman menos.
- El niño que mama más, le baja más leche y la mamá se siente bien.
- Cuando el niño come más, tiene más energía y está más sano.
- El niño sigue creciendo y necesita más comida a medida que va más grande.
- Mucha sed, llanto fácil, irritabilidad, boca seca, signo del pliegue son señales de deshidratación
- La respiración rápida es señal de Neumonía

Las Prácticas que se promueven son:

Madres con niños de 0 a 5 meses de edad

- Dar pecho materno exclusivamente.
- Amamantar 8 veces o más de día y noche.
- Usar ambos pechos cada vez que amamante y amamantar hasta que los pechos se sientan vacíos.
- Sacarse la leche manualmente para que se la den al niño cuando la madre no esté en la casa.

De 6 – 8 meses:

- Continuar dando el pecho 6 veces o más, de día y de noche.
- Iniciar la alimentación a partir de los 6 meses.
- Comenzar a dar de comer el frijol de forma machacada o sopa espesa.
- Dar de comer al niño la cantidad adecuada según su edad. Si se utiliza el plato graduado del programa, dar hasta el color celeste (8 cucharadas soperas).
- Dar de comer al niño comida espesa.
- Dar de comer al niño 2 comidas al día.
- Animar al niño a que se coma toda la comida que le sirve en el plato.
- Usar plato y vaso para darle los alimentos al niño.

De 9 – 11 meses:

- Continuar dando el pecho materno.
- Dar de comer al niño la cantidad adecuada según su edad. Si se utiliza el plato graduado del programa, dar hasta el color rosado (12 cucharadas soperas).
- Dar de comer al niño comida desbaratada.
- Dar de comer al niño 3 comidas al día.
- Acompañar al niño a comer y animarlo a que se coma toda la comida que le sirven en el plato.

De 12 – 23 meses:

- Continuar dando el pecho materno.
- Dar de comer al niño la cantidad adecuada según su edad. Si se utiliza el plato graduado del programa, dar hasta el color verde (16 cucharadas soperas).
- Dar de comer al niño en trocitos.
- Dar de comer al niño 4 comidas al día.
- Acompañar al niño a comer, y animarlo a que se coma toda la comida que le sirven en el plato.
- Dar de comer al niño todo lo que hay disponible en el hogar (aguacate, cuajada, papas, maíz, frijoles, huevo, maduro, guineo, ayote, tortilla, yuca, mangos, bananos, naranja y limón entre otros). En cada comida, combinar varios alimentos para una buena nutrición. Por ejemplo: arroz, frijol y fruta; frijoles, tortilla y aguacate; huevo, arroz y fruta; arroz, cuajada y banano.

Por tanto todo niño debe de ser alimentado considerando estos aspectos:

Calidad de alimentación: Considerada como el tipo de alimento que todo niño(a) debe recibir de acuerdo a la edad

0-5 meses: Solo leche materna

6-23 meses: Pecho materno + (Frijoles + arroz + Mango) o (Frijoles + tortilla,+ aguacate) o (arroz + cuajada + Banano) o (Frijoles + cuajada + naranja) o (Frijoles + guineo + aguacate) o (Arroz + Huevo + Mango)

Cantidad de alimentos: Se define como el volumen adecuado de alimentos que recibe el niño(a) en 24 horas de acuerdo a su edad

0-5 meses: Hasta vaciar el pecho y de los dos pechos

6-8 meses: Dar hasta vaciar el pecho + 8 cucharadas de alimentos espesos (Primer grada del plato suministrado por PROCOSAN)

9-11 meses: Dar el pecho a vaciarlo + 12 cucharadas de alimentos (Segunda grada del plato suministrado por PROCOSAN)

12-23 meses: Dar el pecho + 16 cucharadas de alimentos (Tercer o cuarta grada del plato suministrado por PROCOSAN)

Frecuencia de alimentación: Se define como el número de veces que recibe alimentos el niño(a) en 24 horas de acuerdo a su edad

0-5 meses: dar pecho materno 8 o más veces

6-8 meses: Dar el pecho 6 o más veces + alimentos dos veces al día

9-11 meses: Pecho materno + alimentos tres veces al día

12-23 meses: Pecho materno + alimentos cuatro veces al día

Factores Restrictivos y Facilitadores

Los comportamientos individuales y colectivos están marcados por factores culturales como las costumbres y hábitos que prevalecen y se desarrollan en el seno familiar, pero también se consideran que son factores incidentes el conocimiento y actitud individual que forma en la conciencia un modelo de conducta que transforma la percepción

relacionada a susceptibilidad, vulnerabilidad, barreras o beneficio de mantener un comportamiento adecuado o no, ante un problema de salud.

Estas conductas también se ven afectadas por factores socioeconómicos como por ejemplo; disponibilidad de fuentes de agua para consumo humano, tratamiento de aguas servidas, disponibilidad de letrinas, disponibilidad de alimentos adecuados, familias numerosas, higiene ambiental.

Por tanto las acciones de PROCOSAN están enfocadas a bloquear aquellos factores que restringen los modelos de conducta adecuados para alimentar al niño sano o enfermo, realizar actividades para prevenir las diarreas, o solicitar atención ante un caso sospechoso de Neumonía, a través de un modelo de consejería que negocia con las madres y la familia abandonar comportamientos inadecuados y fortalecer o adquirir comportamientos adecuados que beneficiarían a la familia al reducir las posibilidades que sus niños se mantengan en un círculo vicioso de Desnutrición - Enfermedad.

La consejería es un componente clave para lograr cambios de comportamiento y se basa en la comunicación interpersonal. Los compromisos para mejorar prácticas se logran sobre la base de un proceso de negociación donde, la madre u otro miembro de la familia sean quiénes deciden que recomendación pueden poner en práctica.

El impacto de PROCOSAN es medido a través de los siguientes indicadores:

- No de casas con niños menores de dos años que han muerto en el último año.
- No. De niños con peso menor de 2,500 gramos al nacer
- No. De niños de 0-11 meses ubicados por debajo de la línea inferior de la gráfica para peso/edad
- No. De niños de 12-23 meses ubicados por debajo de la línea inferior de la gráfica para peso/edad
- No de niños con esquema completo de vacunación
- No de niños(as) menores de dos años que han enfermado el último mes
- No de niños menores de dos años que han enfermado el último mes y que visitaron el centro / puesto de salud correspondiente
- No de niños menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva.²²

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

a. Tipo de estudio:

El estudio es descriptivo, de corte transversal, en el cual se realizó una evaluación de los beneficios que provee el PROCOSAN a las familias; para ello se seleccionaron grupos de comparación en una relación 1:1.

b. Área de Estudio:

Comunidades del área rural en el municipio de Jinotega, Departamento de Jinotega.

c. Universo del Estudio:

El universo del estudio fueron familias con niños menores de dos años registradas en los censos que tienen en cada una de las comunidades del área de estudio.

d. Tamaño de la Muestra:

La muestra fue de 103 familias en cada grupo de comparación, para un total de 206 familias. Para obtener la muestra se utilizó la fórmula siguiente:

$$N' = 2Z^2 pq / (d')^2$$

El tamaño de la muestra se obtuvo basada en los siguientes criterios:

Intervalo de confianza del 95 % (Error alfa del 5 %)

Potencia del 80 % (Error beta del 20 %)

Frecuencia Encontrada del 20 %

Frecuencia Esperada del 50 %

Muestra: 94 familias

Se asume un efecto de diseño del 10 % para un número de (94 + 9.4), 103 familias por grupo.

e. Unidad de Análisis:

Familias con niños menores de dos años que asisten al Programa Comunitario de Salud y Nutrición y familias con igual característica que nunca hayan tenido contacto con el programa.

f. Criterios de inclusión de las madres que son intervenidas por el PROCOSAN

Primera muestra de familias que son intervenidas por el PROCOSAN:

- Madres que están censadas en el programa
- Que asisten periódicamente a las sesiones de pesaje
- Familias de niños que no cumplen todavía los dos años de edad
- Familias que estando censadas, no hayan asistido a las sesiones de pesaje en dos meses seguidos

Segunda muestra de familias que no son intervenidas por el PROCOSAN:

- Familias de comunidades que no se ha implementado el Programa Comunitario de Salud y Nutrición
- Familias que sus niños no cumplen todavía los dos años de edad

g. Variables del estudio:

Cobertura del PROCOSAN:

- Comunidades con intervención del PROCOSAN
- Niños menores de dos años atendidos en PROCOSAN

Enfermedades más frecuentes:

- Enfermedades padecidas en los últimos 15 días
- Búsqueda de ayuda

Información que reciben las familias:

- Consejerías recibidas
- Origen de la consejería
- Frecuencia de las consejerías
- Temas abordados

Disponibilidad y prácticas de alimentación:

- Tipos de alimentos disponibles en el hogar
- Calidad
- Cantidad
- Frecuencia

Estado nutricional de los niños menores de dos años:

- Desnutrición Crónica (Talla/ Edad con $< 2DZ$)
- Desnutrición Aguda (Peso / Talla con $< 2DZ$)

h. Instrumentos de recolección de la información:

Para recepcionar la información, se revisaron diversos instrumentos existentes (cuestionarios KPC, formatos de registro de información, guías de supervisión del PROCOSAN), una vez revisada dicha información se diseñó un instrumento propio de la investigación, dicho instrumentos fue elaborado en su mayoría con preguntas cerradas, seleccionándose preguntas que le dieron salida a las variables establecidas para todos los objetivos del estudio.

i. Tipo de información:

Se considera que las madres con niños menores de dos años sean la fuente primaria de información y como fuente secundaria el sistema de información en salud que dispone el Ministerio de Salud en cada unidad de salud.

j. Solicitud de Consentimiento:

Se solicitó el consentimiento a las familias explicándose el motivo del estudio, sus razones y la forma en que se utilizaría la información, procediéndose a realizar la entrevista una vez fue aceptada la solicitud.

k. Plan de análisis:

El análisis se realizó a partir de frecuencias simples, que permitieron establecer las diferencias encontradas en los dos grupos de comparación, también se elaboraron tablas de 2 x 2, para comparar las comunidades con y sin PROCOSAN , las variables en estudio fueron las siguientes:

1. Edad
2. Talla
3. Procedencia
4. Consejería recibida
5. Origen de consejería
6. Mensaje recibido
7. Disponibilidad de alimentos
8. Calidad del alimento
9. Cantidad de alimentos
10. Frecuencia de alimentación
11. Cobertura geográfica
12. Cobertura poblacional
13. Prevalencia de enfermedades
14. Búsqueda de atención
15. Estado nutricional

También se realizaron cruces de las siguientes variables:

Comunidades PROCOSAN	Información recibida
	Alimentación adecuada
	Búsqueda de ayuda
	Desnutrición Crónica
	Calidad de alimentación
	Cantidad de alimentación
Grupo de Edad	Frecuencia de alimentación
	Alimentación adecuada
	Desnutrición Crónica
	Desnutrición Aguda
Alimentación adecuada	Desnutrición Crónica
	Desnutrición Aguda

Plan de recolección de datos:

Para la recolección de datos se realizó el siguiente proceso:

Se seleccionó un equipo de encuestadores con experiencia en este tipo de encuestas, definiéndose quienes tomarían el rol de entrevistador y el de supervisor.

Una vez formados los grupos fueron capacitados en técnicas de entrevistas individuales, además de la importancia de manejar bien el contenido y aplicación de los instrumentos, también en técnicas para el peso y talla d en niños.

Los hogares fueron seleccionados a través de una muestra aleatoria simple, se tomaron del censo existente en cada comunidad con y sin PROCOSAN.

Se realizó entrenamiento al personal participante, en técnica de peso y talla de niños a fin de estandarizar el proceso

Se estableció el período de Marzo a Abril del 2006 para realizar la recolección de información a través de entrevistas a familias en los hogares.

I. Prevención de sesgos:

Posterior al taller de entrenamiento técnicas de peso y talla de niños y sobre el manejo de técnicas de entrevistas, manejo del formulario se procedió a realizar una validación del instrumento (Guía de Entrevista) a través de una prueba de campo en un área poblacional fuera del área sujeta a estudio, dichos instrumentos se modificaron de acuerdo a resultados de validación, todos fueron adaptados al lenguaje local y se elaboraron instructivos para el uso de guías y llenado de los cuestionarios por parte del personal encuestador.

n. Procesamiento de la información:

Se utilizó el paquete estadístico EPI-INFO versión 6.2. Una vez realizado el procesamiento se procedió a ordenar las respuestas en los resultados, siguiendo el orden de los objetivos específicos. Para el análisis se utilizaron algunas pruebas estadísticas tales como; la proporción, prevalencia, frecuencia simple y acumulada, Odds ratio, el Chi cuadrado, el valor de “p” e intervalos de confianza. Los resultados se presentan en tablas y gráficos de pastel y en su mayoría gráficos de barras.

VIII. RESULTADOS

Un total de doscientas seis familias con niños menores de dos años fueron entrevistadas, ciento tres por cada área de estudio (Comunidades con y sin PROCOSAN), todas ellas manifestaron voluntad y disposición para participar en la entrevista. Las preguntas del cuestionario fueron contestadas en su totalidad y acorde a la guía de entrevista elaborada, previamente todas las familias recibieron información acerca de que los datos suministrados, que estos serían utilizados de forma confidencial y de manera exclusiva para los fines de la investigación.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

8.1 Características demográficas de las Familias.

El promedio de edad de las madres entrevistadas fue de 24 años, El 65.6% (133) de las madres refirieron saber leer y escribir, un 35.4% (73) mencionaron no hacerlo.

(Ver en Anexos, Tabla 1.)

De las madres que refirieron saber leer y escribir, el 81.2 % (108) alcanzaron la primaria, 15.8% (21) llegaron a Secundaria, en igual proporción 1.5% (2) las madres refirieron haber sido alfabetizadas o haber llegado a la universidad,

(Ver en Anexos, Tabla 2)

Relacionado al trabajo que ejecutan fuera del hogar, el 81.6% (168) de las madres refirieron no trabajar fuera de casa. (Ver en Anexos, Tabla 3).

Los niños tuvieron una distribución por grupo de edades de la siguiente manera

Grupo de Edades	Comunidad con PROCOSAN	Comunidad sin PROCOSAN
0 a 5 meses	26.2%	34.0%
6 a 8 meses	18.9%	14.6%
9 a 11 meses	14.6%	7.8%
12 a 23 meses	40.8%	43.7%
0 a 23 meses	100.0%	100.0%

8.2 Cobertura del Programa Comunitario de Salud y Nutrición (PROCOSAN)

El programa atiende el 30% (38) de comunidades registradas en el área de estudio. y alrededor del 41% (1,168) de niños menores de dos años, del total de niños en el mismo rango de edad registrados en el área de estudio, (Ver en Anexos, Tablas 4 y 5).

También se pudo observar que de 11 unidades de salud (1 Centro y 10 puestos de salud), cinco unidades de salud han implementado el programa incluso con un número mayor de comunidades que las contempladas en el esquema, tomando en consideración las limitaciones de recursos humanos en cada unidad de salud.

8.3 Prevalencia de enfermedades y búsqueda de atención

La proporción de niños enfermos en el estudio fue de 39.3% (81),
Ver en Anexos, Tabla 6)

La prevalencia de enfermedades fue la siguiente: Dificultad para Respirar 14.0% (29);
Diarrea 12.1% (25); Catarro 7.7% (16); Fiebre mas erupción en la piel 4.85% (10);
Desnutrición 4.85% (10) y Problemas del Oído el 0.48% (1). (Ver en Anexos, Tabla 7)

De las madres que refirieron que sus niños habían enfermado, el 71.6% (58) buscaron al personal del puesto de salud para solicitar ayuda; el 24.7% (20) al Brigadista; 2.5% (2) al personal del centro de salud y 1.2% (1) a la partera. (Ver en Anexos, Tabla 8)

Al relacionar madres de comunidades con intervención del PROCOSAN y búsqueda de atención encontramos que el 57.9% (22) buscaron al personal de puestos de salud; 39.5% (15) buscaron al brigadista y 2.6% (1) al personal del centro de salud, mientras que las madres de comunidades sin intervención del PROCOSAN, 83.7% (36) buscaron al personal de puestos de salud; 11.6% (5) buscaron al brigadista; 2.3% (1) buscaron tanto al personal del centro de salud y la partera. (Ver en Anexos, Tabla 9)

8.4 Contacto con la información.

Relacionado a mensajes escuchados en los últimos 30 días, el 50.5% (104) del total de madres refirieron haber escuchado algún mensaje de salud y nutrición, correspondiendo de la manera siguiente; el 64.1% (66) de madres en comunidades con intervención del PROCOSAN, refirieron haber escuchado algún mensaje, comparado con el 36.9 % (38) de madres de comunidades sin intervención del mismo programa (PROCOSAN).

(Ver en Anexos, Tabla 10).

De 104 madres que dijeron haber escuchado algún mensaje, el 42.3% (44) refirieron que la fuente fue el brigadista de salud, 47.1% (49) mencionaron al personal de salud, 6.7 % (7) la fuente fue la radio y el 3.8% (4) refirieron escucharlo del promotor de alguna organización. No gubernamental. (Ver en Anexos, Tabla 11).

El 93.3% (97) de ellas, refirieron escuchar los mensajes una vez al mes, 3.8% (4) dos veces y el 2.9 % (3) refirieron haber escuchado hasta tres veces en el mes.

(Ver en Anexos, Tabla 12).

Relacionado al contenido de los mensajes que las madres en estudio refirieron recordar independiente de la fuente y periodicidad se encontró lo siguiente; el 50% (103) mencionó como alimentar a los niños; 39.8% (82) tipos de alimentos que deben dar; en igual proporción, cantidad de alimentos 18% (38) y búsqueda de atención 18% (18); el 15.5% (32) mencionó frecuencia de alimentación en los niños y en una menor proporción los mensajes relacionados a cuidados del niño con Infecciones Respiratorias Agudas 4.9% (10) y Diarrea 8.7% (18). (Ver en Anexos, Tabla 13)

Al comparar los grupos de madres de comunidades con y sin intervención del PROCOSAN, relacionado a los mensajes que mencionaron, se observa lo siguiente:

Mensaje	Con PROCOSAN	Sin PROCOSAN
Cómo Alimentar	67%	33%
Tipo de alimentos	51.5%	28.2%
Búsqueda de atención	23%	12.6%
Frecuencia de alimentación	24.3%	6.8%,
Cantidad de Alimentos	29.1 %	7.8 %
Cuido del niño con Enfermedad Respiratoria	5.8%	3.9%
Cuido del niño con Enfermedad Diarreica	14.6%	2.9%

8.5 Disponibilidad y Prácticas de Alimentación.

Las madres del estudio mencionaron que disponen en el hogar de los siguientes alimentos: Frijoles 81.6% (168); Leche Materna 79.10%(163); Arroz 73.3% (151); Tortillas 57.3% (118); Huevo 56.3% (116); Aceite de Cocinar 43.7% (90); Guineo 35.0% (72); Mango 25.2% (52); Cuajada 20.4% (42); Otro tipo de Leche 13.6% (28); Carne 4.4 % (9), Pan 1.9% (4) y Sopa Maggi 1.5 % (3) (Ver en Anexos, Tabla 14).

Relacionado a calidad de alimentación, definida como; tipos adecuados de alimentos que reciben los niños menores de dos años, se obtuvo el siguiente resultado: el 65.5% (111) recibieron Alimentos adecuados (Ver en Anexos, Tabla 15).

Agrupando a los niños encontramos que en el grupo de 0 a 5 años, el 53.2% (33) habían recibido el tipo adecuado de alimento; el 58.8% (20) en el grupo de 6 a 8 meses de edad; 60.9% (14) en el de 9 a 11 meses y 32.2% (28) en el grupo de 12 a 23 meses de edad. (Ver en Anexos, Tabla 16).

Referente a la cantidad de adecuada de alimentos que un niño debe recibir se encontró que el 41.3% (85) habían recibido la cantidad adecuada, contra un 58.3% (121) que no la recibieron (Ver en Anexos, Tabla 17).

Por grupo de edad se observó que de 0 a 5 meses, el 50.0% (31) recibieron la cantidad adecuada; 61.8% (21) en el grupo de 6 a 8 meses de edad; 43.5% (10) en el grupo de 9 a 11 meses y 26.4% (23) en el grupo de 12 a 23 meses de edad.

(Ver en Anexos, Tabla 18).

La frecuencia de alimentación definida como el número de veces que un niño, recibe alimentos en 24 horas, se encontró que el 32.0% (66) recibieron la frecuencia adecuada de alimentación, según edad; el 68.0% (140) no la recibieron. (Ver en anexo, tabla 19)

Relacionando a los niños por grupo de edad y frecuencia de alimentación, encontramos que el 56.5% (35) recibieron la frecuencia adecuada en el grupo de 0 a 5 meses de edad; 11.8% (4) en el grupo de 6 a 8 meses; 26.1% (6) en el grupo de 9 a 11 meses y el 24.1% (21) en el grupo de 12 a 23 meses de edad. (Ver en Anexos, Tabla 20).

La relación grupo de edad con alimentación adecuada, el estudio reflejó que el 45.2% recibieron alimentación adecuada en el grupo de 0 a 5 meses de edad; 5.9% en el grupo de 6 a 8 meses; 13.0% en el de 9 a 11 meses y solamente el 9.2% en el grupo de 12 a 23 meses de edad. (Ver en Anexos, Tabla 21).

8.6 Estado nutricional de niños en el estudio

Relacionado al estado nutricional de los niños en el área de estudio se encontró que la desnutrición aguda es de 11.8% (4) en el grupo de 6 a 8 meses de edad; 4.3% (1) en el grupo de 9 a 11 Meses; los grupos de 0 a 5 y 12 a 23 meses no representan proporción alguna, la desnutrición aguda para todos los grupos de edad es de 2.4%.

(Ver en Anexos, Tabla 22).

Respecto a desnutrición crónica se observó que el 19.4% (12) pertenecen al grupo de 0 a 5 meses de edad; 32.4% (11) al de 6 a 8 meses; 39.1% (9) al grupo de 9 a 11 meses y 40.2% (35) al grupo de 12 a 23 meses de edad, para todo el grupo de edad la desnutrición crónica fue del 32.5% (67). (Ver en Anexos, Tabla 23).

Al relacionar alimentación adecuada y desnutrición crónica encontramos que el 34.1% (14) de niños que recibieron alimentación adecuada estaban afectados con desnutrición crónica; el 32.1% (53) de niños con alimentación inadecuada estaban afectados con desnutrición crónica. (Ver en Anexos, Tabla 24).

IX. ANALISIS DE RESULTADOS

9.1 Características demográficas de las Familias.

El promedio de edad de las madres entrevistadas fue de 24 años, el porcentaje de madres que saben leer y escribir en el área de estudio es superior a los resultados obtenidos en ENDESA. 2001, en el sexo femenino del departamento de Jinotega que fue del 41.5%, también superior a las mujeres originarias de áreas rurales (37.5%), y todavía muy superior al promedio nacional (24.0%), si comparamos las cifras de madres que alcanzaron un mayor nivel de instrucción se observa que están muy por debajo de las cifras nacionales (Secundaria 22.7%, Superior 6.4%), relacionado a las edades de los niños(as), el grupo de 0 a 5 meses de edad, procedente de comunidades sin PROCOSAN, fue mayor.

9.2 Cobertura del Programa Comunitario de Salud y Nutrición (PROCOSAN)

Si tomamos en cuenta el esquema de implementación establecido por PROCOSAN, podemos considerar que la cobertura del programa está por arriba de lo estimado, pues con una implementación de aproximadamente dos años en el área de estudio, y tomando como referencia, que anualmente debieron agregar tres puestos de salud más y cada puesto de salud que ya tiene implementado el programa, hubiese agregado una comunidad más, nos da el aproximado que para la fecha deberían tener un total de 21 comunidades con PROCOSAN, actualmente se registran un total de 38 comunidades con la intervención, podemos apreciar que el esfuerzo a sido enorme considerando que los recursos humanos disponibles en cada puesto de salud son limitados, a excepción del Centro de Salud Guillermo Matute que cuenta con los suficientes para implementar el programa, y que para poder implementar el programa de manera ideal, además de los recursos humanos han tenido que contemplar el tiempo disponible y recursos materiales y financieros.

9.3 Prevalencia de enfermedades y búsqueda de atención

La prevalencia de Dificultad para Respirar y Diarrea, en ambos es baja si lo comparamos con los resultados ENDESA 2001 que para el departamento de Jinotega fue de 35.4% y 19.6% respectivamente, es posible que el período de recolección de información sea un factor que marque la diferencia, pues se considera que durante los meses de invierno estas enfermedades tienen sus mayores repuntes, también el porcentaje de madres que buscan atención con el personal de salud es mayor, principalmente en las comunidades sin intervención del PROCOSAN, esto podría deberse a la falta de promoción a las actividades que los brigadistas de salud, realizan en sus comunidades.

Esto viene a confirmar que en las comunidades con intervención del PROCOSAN existe una mayor probabilidad de que la primer línea de contacto sean los brigadistas de salud, tanto para difundir información en salud, como para detectar y referir a niños con problemas de salud identificados en las comunidades.

9.4 Contacto con la información.

Tal como lo propone el programa al garantizar el contacto del personal de salud y brigadistas de comunidades con las madres, el número de contactos con mensajes de salud se aumentará, tal como se pueden observar en estos resultados, correspondiéndose con la estrategia, por tal razón las madres de comunidades con intervención del PROCOSAN, van a tener siempre mayor oportunidad de estar escuchando algún mensaje de salud y nutrición.

En el caso de los actores más importantes para desarrollar la estrategia de comunicación éstos están ejecutando muy bien la parte de difundir información, pero están limitando esa oportunidad durante las sesiones de pesaje y se han olvidado posiblemente por el factor tiempo, en la otra actividad que garantiza no solamente la difusión de información, sino, el seguimiento a los compromisos establecidos por las

madres para modificar conductas inadecuadas, el PROCOSAN establece que “las visitas domiciliarias serán realizadas por el brigadista o el personal de salud, para garantizar el seguimiento al cumplimiento de compromisos adquiridos por la madre durante la consejería”. Los mensajes que más recuerdan las madres están acordes con los tipos de mensajes que durante la consejería, en las sesiones de pesaje se difunden.

9.5 Disponibilidad y Prácticas de Alimentación.

A pesar de que, el área de estudio está considerada como área de pobreza en el departamento de Jinotega, encontramos que la disponibilidad de alimentos en el hogar, es muy variada y corresponde a los alimentos que garantizan una dieta básica a los niños, al revisar los resultados de ENDESA 2001 y que contempla el Ministerio de Salud de Nicaragua, los grupos de alimentos que se deben dar al niño a partir de los seis meses de edad, además de leche materna, se observó que son similares a los mencionados por las madres en el estudio, tales como; Frijoles, Leche Materna, Arroz, Tortillas, Huevo, Aceite de Cocinar, Guineo y Cuajada,.

Referente a calidad de alimentación, definida como los tipos adecuados de alimentos que reciben los niños menores de dos años, encontramos que a medida que la edad del niño aumenta se van agregando otros tipos de alimentos, pero mucho más antes de cumplir los 6 meses de edad, ya están agregando otros tipos de leche, bastante similar a los resultados de ENDESA 2001, en donde se encontró que antes de los dos meses el 30% de los niños recibieron leche de fórmula, el 60% de los niños entre 4 - 5 meses reciben cualquier tipo de alimento.

La cantidad adecuada de alimentos definida como el volumen de alimentos que recibe un niño está directamente relacionada con la edad del niño, en el estudio se encontró que los grupos de edad de 9 a 11 y de 12 a 23 son los más afectados, posiblemente se deba a que en estas edades, existe una mayor libertad de considerar al niño con mayor independencia para poder ingerir solos sus alimentos y también ser considerados adultos pequeños que pueden comer de todo y en la cantidad que ellos decidan.

A pesar de que se ha considerado que los niños a medida que aumenta la edad, se reduce la frecuencia de alimentación a base de leche materna y aumenta la dieta a base de otros líquidos, semisólidos o sólidos como lo reflejan los resultados ENDESA 2001. En el estudio encontramos que después de los 6 meses de edad, la frecuencia de alimentación se redujo dramáticamente, posiblemente esté estrechamente relacionado a la variedad de alimentos que cada niño y de acuerdo a su edad debe recibir, en ENDESA 2001, encontramos que la frecuencia de alimentación varía con la edad y que es muy superior a lo recomendado por el Ministerio de Salud, pero también se ve reducida la frecuencia de alimentación al considerar los tipos de alimentos, que a medida que aumenta la edad cada niño debe recibir, un ejemplo; entre los 8 a 11 meses de edad los niños reciben a la semana; entre uno o dos días carnes y tubérculos, un día o menos verduras y frutas amarillas. No ha sido posible comparar con otros estudios el número de veces que debe de recibir un niños de acuerdo a la edad que tiene establecida el PROCOSAN.

Al relacionar grupo de edad con las variables de calidad, cantidad y frecuencia de alimentación, encontramos que es muy bajo el porcentaje de niños que están recibiendo una alimentación adecuada, pero no se encontró relación con el porcentaje de niños encontrados con desnutrición crónica, también no se encontró relación alguna entre los cruces de comunidades con / sin intervención del PROCOSAN y alimentación adecuada.

9.6 Estado nutricional de niños en el estudio

Aunque la desnutrición aguda para todos los grupos de edad es baja y algo similar a los resultados de ENDESA 2001, también encontramos en esa misma fuente, que en el departamento de Jinotega se registró una desnutrición aguda del 4.9%, muy superior a la encontrada en este estudio, siendo el grupo más afectado el de 6 a 8 meses de edad, muy estrechamente relacionada entre el período de transición entre la finalización de Lactancia Materna Exclusiva e inicio de Alimentación Complementaria.

En el caso de la desnutrición crónica en ENDESA 2001, encontramos que en 1998 fue de 25%; y bajó en el 2001 al 20%, en el departamento de Jinotega se registró una cifra de 36.7%, siendo la más alta del país, al comparar estos datos, con los del estudio se observa que hubo un pequeño descenso, en el área de estudio.

X. CONCLUSIONES

1. La cobertura del programa que en el área de estudio se podría considerar superior a lo establecido, si consideramos el esquema de implementación del PROCOSAN.
2. Las enfermedades diarreicas y respiratorias siguen siendo las prevalentes en los niños, es evidente que en las comunidades con PROCOSAN, existe mayor promoción y por tal razón, un comportamiento positivo en las familias, a demandar ayuda a los brigadistas.
3. A través de las sesiones de pesaje las madres tienen la probabilidad de escuchar mensajes de salud y nutrición, aunque todavía limitada, en cuanto a la frecuencia para recibir éstos mensajes, que se corresponden con los establecidos en el PROCOSANN.
4. A pesar de ser considerada área de pobreza, las familias disponen de alimentos básicos para la dieta del niño, pero estos no están siendo aprovechados, para mantener una alimentación adecuada, es evidente que el inicio de la etapa de alimentación complementaria es temprana y una vez que inicia, los niños comienzan a recibir una dieta deficiente que podría estar repercutiendo en el estado nutricional de los niños.
5. A pesar que la desnutrición crónica afecta a todos los grupos de edad, al compararla con los datos ENDESA 2001 para el departamento de Jinotega, esta ha sufrido un descenso mínimo en el área de estudio, pero sigue siendo prioridad para este o cualquier otro programa nutricional.
6. Con los resultados, se puede evidenciar que en el área de estudio, las familias no han logrado cambios significativos en las prácticas de alimentación, ni modificaciones en el estado nutricional, que se pueda asociar a la intervención del PROCOSAN

XI. RECOMENDACIONES

Al Programa Comunitario de Salud y Nutrición del Ministerio de Salud

1. El programa debería buscar como establecer una estrategia de información y comunicación para el cambio de comportamiento, pues no basta con que las madres adquieran el conocimiento, dicha estrategia podría enmarcarse a dar un mayor seguimiento en el hogar a través de madres promotoras.
2. El programa debería ir creando las bases para aumentar su cobertura, de acuerdo a sus posibilidades, sin olvidar el esquema establecido en el programa.
3. Se debería crear un esfuerzo conjunto con otras instituciones y organismos para que el programa sea fortalecido con acciones que complementen la difusión de mensajes con el seguimiento a la alimentación del niño en el hogar, pues el problema principal está en que a partir de los 6 meses de edad, se ven afectados en recibir una alimentación adecuada.
4. Se deberían realizar otros estudios a fin de encontrar los factores que están incidiendo en que las familias no modifiquen sus comportamientos para brindar una dieta adecuada a sus niños, también sería de suma importancia evaluar el proceso de atención que se está realizando en el Programa Comunitario de Salud y Nutrición.

A los brigadistas en las comunidades

1. Fortalecer el trabajo de los brigadistas en todas las comunidades, ya que son la primera línea de contacto con la población, estos deberían desarrollar una mayor capacidad para detectar, referir y dar seguimiento a todos los niños que presentan algún problema de salud.
2. Los brigadistas deberían priorizar las visitas domiciliarias a los hogares en donde se han detectado niños con crecimiento insatisfactorio y así vigilar estrechamente la alimentación que las madres están dando a sus niños.
3. Deberían detectar a madres con experiencias exitosas y motivarlas para que ayuden como promotoras de prácticas adecuadas de alimentación en los niños.

A las familias

Se debería promover la participación del padre, para crear compromisos en el hogar de brindar una adecuada alimentación a los niños menores de dos años.

Promover en la familia que la combinación de alimentos, además de la leche materna es excelente, pero se deben cumplir reglas estrictas tales como; garantizar la cantidad ideal de alimentos y cumplir con la frecuencia establecida según la edad

Las familias que viven en áreas de pobreza extrema, deberían aprender a gestionar programas de seguridad alimenticia, que les ayude brindar una alimentación mas variada, pero también, crear compromisos para modificar conductas que no son las mas adecuadas, para alimentar a sus niños.

ANEXOS

1. Mapas
2. Fotos
3. Lista de comunidades
4. Cuestionarios
5. Modelo Explicativo
6. Operacionalización de Variables
7. Tablas
8. Gráficos

Municipio de Jinotega
Comunidades en el área de Estudio

Unidad de Salud	Personal de Salud Asignado	No.	Nombre	Niños < 2 años
<u>U/S La Colonia.</u>	2	1	La Colonia.	28
		2	Montecristo.	29
		3	La Union	18
		4	Nogales.	10
		5	Paz del Tuma.	30
		6	Coop Sta Isabel.	42
		7	San Pablo.	8
		8	Sierra Morena.	34
		9	Sarayal.	22
		10	Poza Redonda	8
		11	Fortuna	14
U/S Los Alpes	1	12	Los Alpes	22
		13	Las Cuchillas.	22
		14	Letreros	6
		15	San Fco de los Cedros 1	42
		16	La Virgen.	34
		17	Virgen 2	43
		18	La guaba-Rio grande	16
		19	San Isidro.	20
U/S Asturias.	1	20	Asturias.	75
		21	Cedros	28
		22	Potrerillos.	18
		23	San Jose.	10
		24	Esperanza.	18
		25	Sta Elena.	14
		26	San Ramon.	16
		27	El Dorado.	42
		28	Sta Rita.	2
		29	Sta Teresa.	10
		30	Sto domingo.	10
		31	La Florida	6
		32	La Vencedora.	20
		33	Monterrey.	41
		34	Sta ana.	10
		35	Diamante.	8
		36	San Enrique	16
		37	Chaguitones.	26

Unidad de Salud	Personal de Salud Asignado	No.	Nombre	Niños < 2 años
<u>U/S Mancotal</u>	1	38	Mancotal arriba	58
		39	Mancotal Abajo	45
		40	Quebradas.	12
		41	Yankee 1	36
		42	Yanke 2	37
		43	Yanke 3 Garabato	6
		44	Paso Real 1	18
		45	Paso Real 2	26
		46	Tomayunca.	32
<u>U/S Ernesto Acuña</u>	2	47	Ernesto Acuña	24
		48	El Consuelo.	20
		49	America	38
		50	La Viola	12
		51	La Perlita	20
		52	Escambray.	34
		53	Sonora	12
		54	Sardinal Arriba.	52
<u>U/S El Cacao</u>	1	55	Ronald Paredes.	2
		56	El Cacao	22
		57	Limon.	10
		58	Las Lomas.	42
		59	Sta Ana.	18
		60	Corral de Piedra	2
		61	Potrerillo	2
		62	Sta Barbara.	12
		63	Saraguasca.	37
		64	La Joya.	4
		65	Cureñas	20
66	Tomatoya.	40		
<u>U/S Sisle</u>	1	67	Zapote.	2
		68	Sisle	70
		69	Sasle	38
		70	Mojón	70
		71	Chaguite Grande	52
		72	Cerro de Agua	4
		73	San Antonio de Sisle	47
74	San Gregorio	30		
<u>U/S La Reforma.</u>	1	75	La Reforma.	36
		76	La Naranja.	12
		77	Los Angeles.	18
		78	Antioquia	14
		79	Sta Fe	4
		80	Anita	6

Unidad de Salud	Personal de Salud Asignado	No.	Nombre	Niños < 2 años
U/S Datanli	2	81	Datanli	69
		82	Laguna.	22
		83	Palo blanco.	22
		84	El Palacio.	22
		85	Apaquila	18
		86	Los Robles	88
		87	Salto Abajo	14
		88	Salto Arriba	70
		89	Jiguina.	42
		90	La Bastilla	4
<u>U/S Pueblo Nuevo</u>	2	91	Pueblo Nuevo	62
		92	Venecia.	27
		93	Corinto finca.	28
		94	La Trampa.	16
		95	Las Lajas.	8
		96	Colombina.	4
		97	Orosi.	4
		98	La Isla.	4
		99	Jesus Maria.	12
		100	Sta Maura.	26
		101	Bonetillo.	12
		102	El Raicero.	30
		103	Sta Gertrudis	22
		104	El Recreo.	4
		105	Coop.Luis Hernandez.	4
		106	El Gobiado.	2
		107	Cuyali	25
		108	Las Morenas.	6
		109	Volcan.	30
		110	San Esteban	72

Unidad de Salud	Personal de Salud Asignado	No.	Nombre	Niños < 2 años
Centro Salud Guillermo Matute	4	111	Las Mesitas.	14
		112	La Montañita	2
		113	La Cal	4
		114	Chimborazo	10
		115	Sta Lastenia	2
		116	Ariscris.	6
		117	Sta Ines., las Latas	10
		118	Sta Carmela.	8
		119	Las Mercedes.	20
		120	Los Papales.	8
		121	El Tabacal.	8
		122	Aventina.	4
		123	Lipululo	20
		124	Los Cipreces	16
		125	Las Pilas	4
		126	Sta Martha.	6
		127	El Porvenir	10
			Total	2835

Cobertura Geográfica y Poblacional

Municipio de Jinotega	Cantidad	%
Total de Unidades de Salud en el área estudio	11	100%
Unidades de Salud implementando PROCOSAN	5	45.4%
Total Comunidades	127	100%
Comunidades Con PROCOSAN	38	30%
Comunidades Sin PROCOSAN	89	70%
Población Total de niños < 2 años	2835	100%
Población de niños < 2 años Atendida	1168	41%
Población de niños < 2 años sin Atender	1667	59%

Nota: Las comunidades marcadas en negrilla, son comunidades atendidas por PROCOSAN

Instrumento No 1

JINOTEGA, NICARAGUA, Febrero a Marzo del 2006.

Las siguientes preguntas son para las madres de niños menores de dos años (24 meses)

Fecha de la entrevista: ____/____/____	Re-entrevista: ____/____/____	IDNUM: _____
Nombre del Entrevistador: _____	Firma: _____	
Supervisor : _____	Firma: _____	
Nombre Comunidad: _____	Comunidad con PROCOSAN: SI () ; NO ()	

DATOS DE LA MADRE:

1. Nombre: _____
2. Edad (años): _____
3. Sabe leer y escribir.....
 - a. Si()
 - b. No()
4. Hasta que grado llegó?
 - a. Alfabetizada()
 - b. Primaria y no lee()
 - c. Primaria y si lee.....()
 - d. Secundaria()
 - e. Técnico.....()
 - f. Universitario.....()
5. Trabaja fuera de casa
 - a. Si()
 - b. No()

DATOS DEL NIÑO

6. Nombre: _____
7. Fecha de nacimiento: ____/____/____
8. Edad en meses: _____ (dd / mm/ aa)
9. Sexo: Masculino () ; Femenino ()

MENSAJES A TRAVÉS DE CONSEJERÍA

10. ¿Ha escuchado algún consejo sobre la salud y nutrición de (nombre del niño /a) en los últimos 30 días?
 - a. Si()
 - b. No.....() -----(PASE A LA PREGUNTA # 15

11. Dónde escuchó los consejos?

- a. Sesiones de pesaje en la comunidad()
- b. Sesión de pesaje en la unidad de salud..... ()
- c. En la radio()
- d. Lo leyó en un folleto, afiche, periódico.....()
- e. Lo vio por televisión()
- f. Otra (especifique) _____

12. ¿ Quién dio los consejos?

- a. Voluntario de Salud()
- b. Personal de salud ()
- c. Promotor de ONG's()
- d. Otras fuentes. Especifique: _____

13. ¿Cuántas veces al mes, escucha los consejos?

- a. Una vez al mes.....()
- b. Dos veces al mes.....()
- c. Tres veces al mes.....()
- d. Cuatro veces al mes.....()
- e. Cinco veces al mes.....()
- f. Seis o mas veces()

14. ¿Recuerda algún mensaje de salud, podría mencionarlo? **Puede anotar mas de una opción**

- a. Como alimentar a los niños()
- b. Los tipos de alimentos que deben dar a los niños ()
- c. Frecuencia con que se les debe dar los alimentos.....()
- d. Cantidad de alimentos que debemos dar a los niños.....()
- e. Como cuidar y alimentar al niño enfermo con IRA..... ()
- f. Como cuidar y alimentar al niño enfermo de diarrea ()
- g. Cuando buscar atención en la unidad de salud ()
- h. Otras fuentes. Especifique: _____

PRACTICAS EN EL HOGAR. CARACTERÍSTICAS DE ALIMENTACIÓN

15. ¿Qué tipo de alimentos tiene en la casa para darle de comer a (nombre del niño /a)? **Puede anotar mas de una opción**

- a. Doy leche materna()
- b. Frijoles..... (..)
- c. Arroz()
- d. Tortillas()
- e. Queso o cuajada()
- f. Banano, mango, naranja()
- g. Guineo, quequisque()
- h. Aguacate ()
- i. Huevo()

- j. Aceite para cocinar()
- k. Otros. Especifique: _____

16. ¿Qué le dio de comer a (nombre del niño) el día de ayer (Últimas 24 horas? **Puede anotar mas de una opción**

- a. Leche materna()
- b. Frijoles ()
- c. Arroz()
- d. Tortillas()
- e. Queso o cuajada()
- f. Banano, mango, naranja()
- g. Guineo, quequisque, aguacate ()
- h. Huevo()
- i. Aceite para cocinar()
- j. Otros. Especifique: _____

17. ¿Qué cantidad de alimentos le dio de comer a (nombre del niño) el día de ayer (Últimas 24 horas?

- a. Leche materna, hasta vaciar los dos pechos.....()
- b. Pecho materno + 8 cucharadas de alimentos (1er grada plato)..... ()
- c. Pecho materno + 12 cucharadas de alimentos(2da grada Plato).....()
- d. Pecho materno + 16 cucharadas de alimentos (3ra grada plato o mas).....()
- e. Ninguna anteriores()
- f. Otra(especifique):_____

18. Cuantas veces le dio de comer a (nombre del niño) el día de ayer (Últimas 24 horas?

- a. Dio el pecho 8 o mas veces ()
- b. Dio el pecho 6 o mas veces + alimentos 2 veces al día ()
- c. Dio el pecho + alimentos 3 veces al día ()
- d. Dio el Pecho materno + alimentos 4 veces al día ()
- e. Ninguna anteriores()
- f. Otras(especifique):_____

19. De que forma (consistencia) le dio los alimentos a (nombre del niño) el día de ayer ?

- a. Da solamente el pecho ()
- b. Alimentos machacados o espesos ()
- c. Alimentos machacados o trocitos ()
- d. Comida Entera.....()
- e. Ninguna anteriores()

PREVALENCIA DE ENFERMEDADES

20. ¿Qué enfermedades ha padecido (nombre del niño) en los últimos 15 días ? **Puede marcar mas de una opción**

- a. Ha estado sano() **Pasa a pregunta 23a**
- b. Dificultad para Respirar ()
- c. Diarrea ()
- d. Fiebre + Sangrado ()
- e. Fiebre + Erupción cutánea()
- f. Problema del oído()
- g. Problema de garganta()
- h. Anemia ()
- i. Desnutrición ()
- j. Otras (Especifique) _____

21. ¿A quién le solicitó consejo o ayuda por la enfermedad de (Nombre del niño)?

- a. Brigadista ()
- b. Partera ()
- c. Personal de salud en el Puesto de Salud ()
- d. Personal de salud en el centro de salud..... ()
- e. Personal de farmacia privada..... ()
- f. Médico privado ()
- g. No solicitó ayuda()
- h. Otros (Especifique) _____

22. ¿Qué tratamiento recibió (Nombre del niño) por su enfermedad? **Puede marcar mas de una opción.**

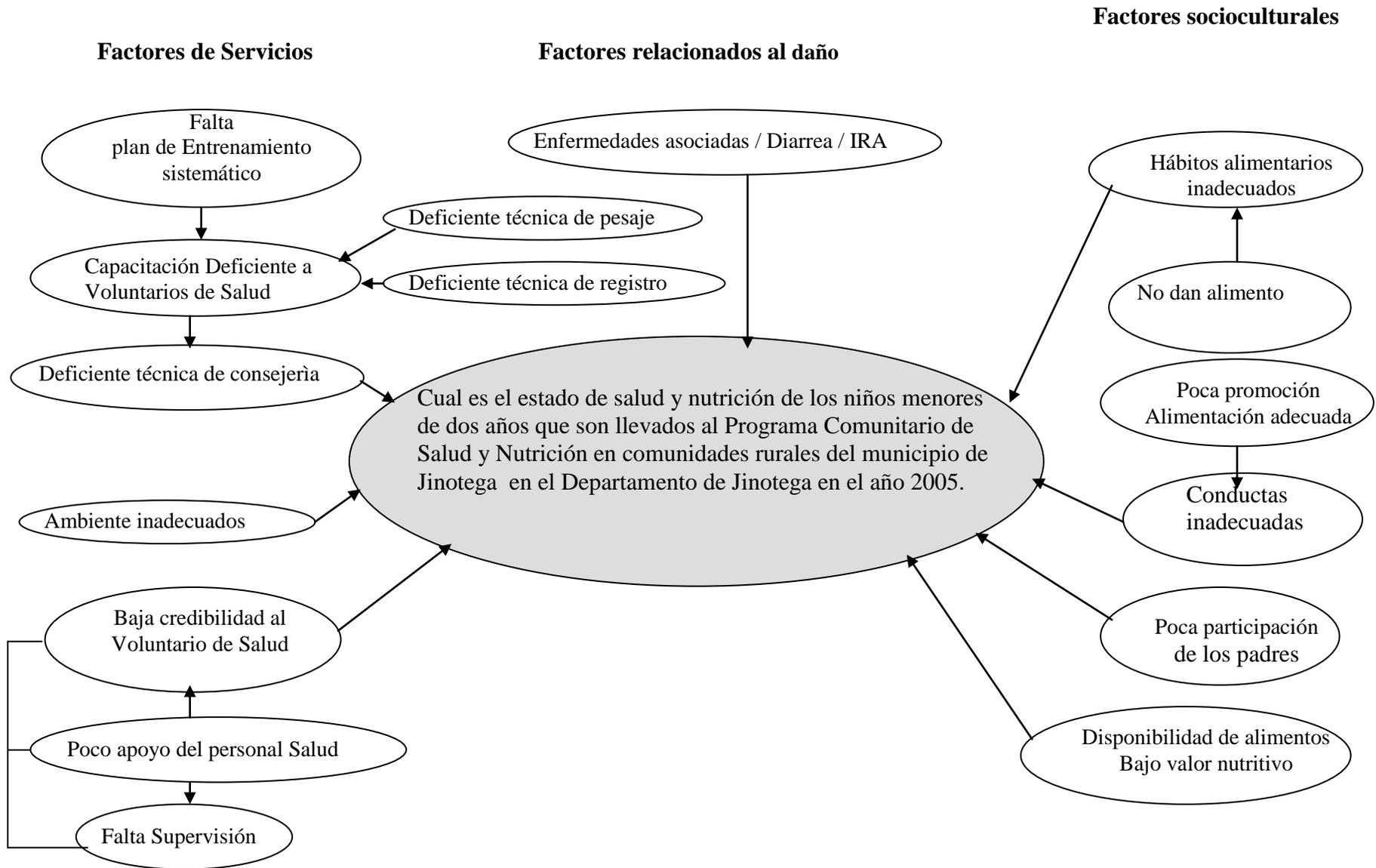
- a. No se acuerda () **Pasa a pregunta 23a**
- b. Antiparasitarios..... ()
- c. Analgésicos ()
- d. Antipiréticos ()
- e. Sulfato de Hierro ()
- f. Sales de Rehidratación Oral()
- g. Antibióticos ()
- h. Otros (Especifique) _____

CLASIFICACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL

23. Sra. (Nombre de la Madre), Nos permite pesar a (nombre del niño)?
Prepare la balanza, asegúrela bien, calibre la aguja a cero, quítele toda la ropa al niño y proceda a pesarlo, asegúrese que la aguja dejó de moverse:

- a. Anote el peso: _____ Kilos : _____ Gramos
- b. Anote la Talla: _____ Metro : _____ Centímetros

Modelo Explicativo



Operacionalización de Variables

Objetivo 1. Valorar la cobertura del PROCOSAN en el área de estudio

Variable	Definición operacional	Indicadores	Escala de Medición
Comunidades con intervención del PROCOSAN	Se define como el número de comunidades rurales que tienen intervención del PROCOSAN del municipio de Jinotega	No de comunidades del municipio de Jinotega con intervención del PROCOSAN entre el total de comunidades rurales del municipio de Jinotega	Porcentual
Niños menores de dos años atendidos en PROCOSAN	Se define como el número de niños menores de dos años que son atendidos en PROCOSAN en el área de estudio	No de niños menores de dos años que son atendidos por PROCOSAN entre el total de niños menores de dos años en el área de estudio	Porcentual

Objetivo 2. Describir las enfermedades más frecuentes en los niños menores de dos años, en el área de estudio

Variable	Definición	Indicador	Escala de Medición
Prevalencia de enfermedades	Se define como las enfermedades referidas por la madre, que hayan sufrido sus niños(as) en los últimos 15 días al momento de la entrevista	No de niños de 0-23 meses que han padecido de cualquiera de estas enfermedades: Dificultad para Respirar, Diarrea, Fiebre + Sangrado, Fiebre + Erupción Cutánea, Problema del Oído, Problema de Garganta, Anemia, Desnutrición entre el total de niños(as)	Si No
Búsqueda de ayuda	Se define como la decisión de la madre de solicitar ayuda ante la sospecha de una enfermedad en su niño	No de madres que dijeron buscar ayuda con el personal de salud de puesto o centro de salud entre el total de madres del estudio	(Personal de salud) Si No

Objetivo 3. Describir la información que reciben las familias con niños menores de dos años, en el área de estudio

Variable	Definición operacional	Indicadores	Escala de Medición
Consejerías recibidas	Se define como la última charla que ha tenido el consejero(a) con la madre para abordar algún tema sobre la salud y alimentación del niño(a)	Número de madres que refieren haber tenido una charla con el consejero(a) en los últimos 30 días entre el total de madres del estudio	Charla último 30 días. No ha tenido charlas
Origen de las consejerías	Se define como la fuente de donde obtuvo la madre la información en la comunidad	Porcentaje de madres que refieren haber recibido la consejería de parte del Voluntario de Salud en la comunidad entre el total de madres del estudio	Recibió consejería del Voluntario de Salud. No ha recibido consejería. Recibió consejería de otra fuente. (Personal de salud, Promotor ONG)
Frecuencia de las consejerías	Se define como el número de veces que la madre a recibido los mensajes sobre la salud y alimentación de su niño(a)	Porcentaje de madres que refieren haber recibido al menos una consejería cada mes de parte del voluntario de salud en la comunidad entre el total de madres del estudio	Mensual Dos meses Tres meses Nunca
Temas abordados	Se define como los mensajes que la madre recibe durante la consejería relacionados a la salud y alimentación del niño(a) en el hogar	Porcentaje de madres que mencionan al menos dos mensajes recibidos durante la consejería entre el total de madres del estudio	Tipos de alimentos por edad Cantidad de alimentos por edad Frecuencia de alimentos por edad Cuido del niño con IRA Cuido del niño(a) con diarrea

Objetivo 4. Identificar la disponibilidad y prácticas de alimentación a niños menores de dos años en el área de estudio

Variable	Definición operacional	Indicadores	Escala de Medición
Tipos de alimentos disponibles en el hogar	Se define como los diferentes alimentos que una madre dispone en el hogar para alimentar a sus niños	Porcentaje de madres que mencionan los alimentos básicos para la nutrición de sus niños entre el total de madres	0-5 meses: Solo Pecho materno 6-23 meses: Pecho materno + Frijoles + arroz + tortilla,+ cuajada + guineo + Mango, Banano, aguacate, naranja + huevo + Aceite para cocinar
Calidad	Se define como los tipos de alimentos adecuados a su edad que recibe el niño en 24 horas	No de niños(as) de 0-23 meses que reciben el tipo de alimento adecuado a su edad entre el total de niños(as) del mismo grupo de edad	0-5 meses: Solo leche materna 6-23 meses: Pecho materno + (Frijoles + arroz + Mango) o (Frijoles + tortilla,+ aguacate) o (arroz + cuajada + Banano) o (Frijoles + cuajada + naranja) o (Frijoles + guineo + aguacate) o (Arroz + Huevo + Mango)
Cantidad	Se define como el volumen adecuado de alimentos que recibe el niño(a) en 24 hora de acuerdo a su edad	No de niños(as) de 0-23 meses que reciben la cantidad de alimentos adecuada a la edad entre el total de niños(as) del mismo grupo de edad	0-5 meses: Hasta vaciar el pecho y de los dos pechos 6-8 meses: Dar hasta vaciar el pecho + 8 cucharadas de alimentos espesos (Primer grada del plato) 9-11 meses: Dar el pecho a vaciarlo + 12 cucharadas de alimentos (Segunda grada del plato) 12-23 meses: Dar el pecho + 16 cucharadas de alimentos (Tercer o cuarta grada del plato)
Frecuencia	Se define como el número de veces que recibe alimentos el niño(a) en 24 horas de acuerdo a su edad	No de niños(as) de 0-23 meses que reciben alimentos el número de veces adecuadas a la edad entre el total de niños(as) del mismo grupo de edad	0-5 meses: dar pecho materno 8 o más veces 6-8 meses: Dar el pecho 6 o más veces + alimentos dos veces al día 9-11 meses: Pecho materno + alimentos tres veces al día 12-23 meses: Pecho materno + alimentos cuatro veces al día

Objetivo 5. Analizar los efectos que han tenido las acciones del PROCOSAN en el estado nutricional de los niños menores de dos años, de las comunidades beneficiarias

Variable	Definición	Indicador	Escala de Medición
Desnutrición Crónica	Se define como estado de nutrición en los niños(as) de 0 –23 meses, detectado por arriba de -2 DZ (basado en Talla/Edad)	No de niños de 0-23 meses pesados que están por arriba de -2 DZ relacionados a Talla /Edad (Se eliminarán las desviaciones extremas menor a -5DZ y mayor a +5DZ)	Normal: Mayor a-2DZ Desnutrido: Menor a – 2DZ
Desnutrición Aguda	Se define como estado de nutrición en los niños(as) de 0 –23 meses, detectado por arriba de -2DZ (basado en Peso/Talla)	No de niños de 0-23 meses pesados que están por arriba de -2 DZ relacionados a Peso/Talla (Se eliminarán las desviaciones extremas menor a -5DZ y mayor a +5DZ)	Normal: Mayor a-2DZ Desnutrido: Menor a – 2DZ

Tabla 1

Madres que Saben Leer y Escribir incluidas en el estudio

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Saben Leer y Escribir	133	64.6
No Saben Leer y Escribir	73	35.4
Total	206	100.0

Fuente: Datos del estudio, Jinotega -2005

Tabla 2

Grado de escolaridad que llegaron las madres del estudio

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Alfabetizada	2	1.5
Primaria y si lee	108	81.2
Secundaria	21	15.8
Universitario	2	1.5
Total	133	100.0

Fuente: Datos del estudio, Jinotega -2005

Tabla 3

Madres que trabajan fuera de casa en el área de estudio

Trabajan fuera casa	Frecuencia	Porcentaje
Si	38	18.4
No	168	81.6
Total	206	100.0

Fuente: Datos del estudio, Jinotega -2005

Tabla 4

Porcentaje de Comunidades atendidas por PROCOSAN en el área de estudio

Municipio de Jinotega	Cantidad	Cobertura %
Con PROCOSAN	38	30
Sin PROCOSAN	89	70
Total	127	100

Fuente: Datos del estudio, Jinotega -2005

Tabla 5

Porcentaje de niños atendidos por PROCOSAN en el área de estudio

Municipio de Jinotega	Cantidad	Cobertura %
Población de niños < 2 años Atendida	1168	41
Población de niños < 2 años sin Atender	1667	59
Población Total de niños < 2 años	2835	100

Fuente: Datos del estudio, Jinotega -2005

Tabla 6**Niños Enfermos al momento del estudio, Jinotega - 2005**

Niño Enfermo	Frecuencia	Porcentaje
No	125	60.7%
Si	81	39.3%
Total	206	100.0%

Fuente: Datos del estudio, Jinotega -2005

Tabla 7**Enfermedades Prevalentes en niños del estudio**

Enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
Dificultad para Respirar	29	14.0%
Diarrea	25	12.1%
Catarro	16	7.7%
Fiebre + Erupción	10	4.85%
Desnutrición	10	4.85%
Problemas de Oído	1	0.48%

n = 206 Fuente: Datos del estudio, Jinotega -2005

Tabla 8**Solicitud de ayuda por enfermedad de los niños en el área de estudio**

A quién solicitó ayuda por enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
Brigadista	20	24.7%
Partera	1	1.2%
Personal puesto de salud	58	71.6%
Personal centro de salud	2	2.5%
n = 81	81	100.0%

Fuente: Datos del estudio, Jinotega -2005

Tabla 9**Comunidades PROCOSAN / Solicitud de ayuda**

Comunidades	A quien solicitan ayuda				TOTAL
	Brigadista	Partera	Personal del puesto de salud	Personal del centro de salud	
Con PROCOSAN	39.5% (15)	0.0% (0)	57.9% (22)	2.6% (1)	100.0% (38)
Sin PROCOSAN	11.6% (5)	2.3% (1)	83.7% (36)	2.3% (1)	100.0% (43)
TOTAL	24.7% (20)	1.2% (1)	71.6% (58)	2.5% (2)	100.0% (81)

Fuente: Datos del estudio, Jinotega -2005

Tabla 10.**Comunidades PROCOSAN / Madres que escuchan mensajes de salud**

Comunidades	Escucharon el mensaje		Total
	SI	NO	
Con PROCOSAN	66 (64.1%)	37 (35.9%)	103 (100.0%)
Sin PROCOSAN	38 (36.9%)	65 (63.1%)	103 (100.0%)
TOTAL	104 (50.5%)	102 (49.5%)	206 (100.0%)

OR (producto cruzado) = 3.0512, Chi cuadrado: sin corregir = 15.2247; p de 2 colas = 0.0000966141
Fuente: Datos del estudio, Jinotega -2005

Tabla 11.**Fuente de donde recibieron información las madres en estudio, Jinotega - 2005**

Fuente de Información	Frecuencia	Porcentaje
Personal de salud	49	47.1%
Voluntario de Salud	44	42.3%
Radio	7	6.7%
Promotor ONGs	4	3.8%
Total	104	100.0%

Fuente: Datos del estudio, Jinotega -2005

Tabla 12**Frecuencia que las madres del estudio, escuchan los mensajes al mes**

Veces que escucha el mensaje	Frecuencia	Porcentaje
Una vez al mes	97	93.3%
Dos veces al mes	4	3.8%
Tres veces al mes	3	2.9%
Total	104	100.0%

Fuente: Datos del estudio, Jinotega -2005

Tabla 13**Contenido de los mensajes que escucharon durante la consejería**

Mensajes de salud	Frecuencia	Porcentaje
Como alimentar al niño	103	50%
Tipo alimentos que deben dar a los niños	82	40%
Cantidad alimentos que deben dar al niño	38	18%
Búsqueda Atención a la unidad de salud	37	18%
Frecuencia Alimentación en niños	32	16%
Cuido del niño con Enf. Diarrea	18	9%
Cuido del niño con Enf. Respiratoria	10	5%

Fuente: Datos del estudio, Jinotega -2005

Tabla 14

Disponibilidad de Alimentos en los hogares estudiados, Jinotega - 2005

Tipo de alimentos	Frecuencia	Porcentaje
Frijoles	168	81.60%
Leche Materna	163	79.10%
Arroz	151	73.30%
Tortillas	118	57.30%
Huevo	116	56.30%
Aceite cocinar	90	43.70%
Guineo	72	35.00%
Banano, Mango	52	25.20%
Cuajada	42	20.40%
Leche	28	13.6%
Carne	9	4.4%
Atol	5	2.4%
Pan	4	1.9%
Aguacate	4	1.9%
Maggi	3	1.5%

n= 206 , Fuente: Datos del estudio, Jinotega -2005

Tabla 15

Calidad de alimentos que consumen los niños en el área de estudio

Calidad de Alimentos	Frecuencia	Porcentaje
NO	111	53.9
SI	95	65.5
Total	206	100.0

Fuente: Datos del estudio, Jinotega -2005

Tabla 16

Relación Grupo de edad / Calidad de alimentación en los niños

Grupo de Edad	Calidad adecuada de alimentación		TOTAL
	No	Si	
0 a 5 meses	29 46.8%	33 53.2%	62 100.0
6 a 8 meses	14 41.2%	20 58.8%	34 100.0
9 a 11 meses	9 39.1%	14 60.9%	23 100.0
12 a 23 meses	59 67.8%	28 32.2%	87 100.0
TOTAL	111 53.9%	95 46.1%	206 100.0

p = 0.0065 Fuente: Datos del estudio, Jinotega -2005

Tabla 17**Cantidad de alimentos que consumen los niños en el área de estudio**

Cantidad de Alimentos	Frecuencia	Porcentaje
NO	121	58.7 %
SI	85	41.3%
Total	206	100.0%

Fuente: Datos del estudio, Jinotega -2005

Tabla 18**Relación Grupo de edad / Cantidad de alimentos dan a niños**

Grupo de Edad	Cantidad adecuada de alimentos		TOTAL
	No	Si	
0 a 5 meses	50.0% (31)	50.0% (31)	100.0 (62)
6 a 8 meses	38.2% (13)	61.8% (21)	100.0 (34)
9 a 11 meses	56.5% (13)	43.5% (10)	100.0 (23)
12 a 23 meses	73.6% (64)	26.4% (23)	100.0 (87)
TOTAL	58.3%	41.7%	100.0 (206)

p = 0.0013 Fuente: Datos del estudio, Jinotega -2005

Tabla 19**Frecuencia con que alimentan a los niños en el área de estudio**

Frecuencia de Alimentación	Frecuencia	Porcentaje
NO	140	68.0%
SI	66	32.0%
Total	206	100.0%

Fuente: Datos del estudio, Jinotega -2005

Tabla 20**Relación Grupo de edad / Frecuencia de alimentación a niños**

Grupo de Edad	Frecuencia de alimentación		TOTAL
	No	Si	
0 a 5 meses	43.5% (27)	56.5% (35)	100.0 (62)
6 a 8 meses	88.2% (30)	11.8% (4)	100.0 (34)
9 a 11 meses	73.9% (17)	26.1% (6)	100.0 (23)
12 a 23 meses	75.9% (66)	24.1% (21)	100.0 (87)
TOTAL	68.0%	32.0%	100.0

p = 0.0000 Fuente: Datos del estudio, Jinotega -2005

Tabla 21

Relación Grupo de Edad / Alimentación Adecuada

Grupo de Edad	Alimentación Adecuada		TOTAL
	No	Si	
0 a 5 meses	54.8%	45.2%	100.0
6 a 8 meses	94.1%	5.9%	100.0
9 a 11 meses	87.0%	13.0%	100.0
12 a 23 meses	90.8%	9.2%	100.0
TOTAL	80.1%	19.9%	100.0

p = 0.0000 Fuente: Datos del estudio, Jinotega -2005

Tabla 22

Relación Grupo de edad / Desnutrición Aguda

Grupo de Edad	Desnutrición Aguda		TOTAL
	No	Si	
0 a 5 meses	62 100.0%	0 0.0%	62 100.0
6 a 8 meses	30 88.2%	4 11.8%	34 100.0
9 a 11 meses	22 95.7%	1 4.3%	23 100.0
12 a 23 meses	87 100%	0 0.0%	87 100.0
TOTAL	201 97.6%	5 2.4%	206 100.0

p=0.0009 Fuente: Datos del estudio, Jinotega -2005

Tabla 23

Relación Grupo de Edad / Desnutrición Crónica

Grupo de Edad	Desnutrición Crónica		TOTAL
	No	Si	
0 a 5 meses	50 80.6%	12 19.4%	62 100.0
6 a 8 meses	23 67.6%	11 32.4%	34 100.0
9 a 11 meses	14 60.9%	9 39.1%	23 100.0
12 a 23 meses	52 59.8%	35 40.2%	87 100.0
TOTAL	139 67.5%	67 32.5%	206 100.0

p=0.0524 Fuente: Datos del estudio, Jinotega -2005

Tabla 24

Relación Alimentación adecuada / Desnutrición Crónica

Tipo alimentación	Desnutrición Crónica		TOTAL
	No	Si	
Adecuada	27 65.9%	14 34.1%	41 100.0
Inadecuada	112 67.9%	53 32.1%	165 100.0
TOTAL	139 67.5%	67 32.5%	206 100.0

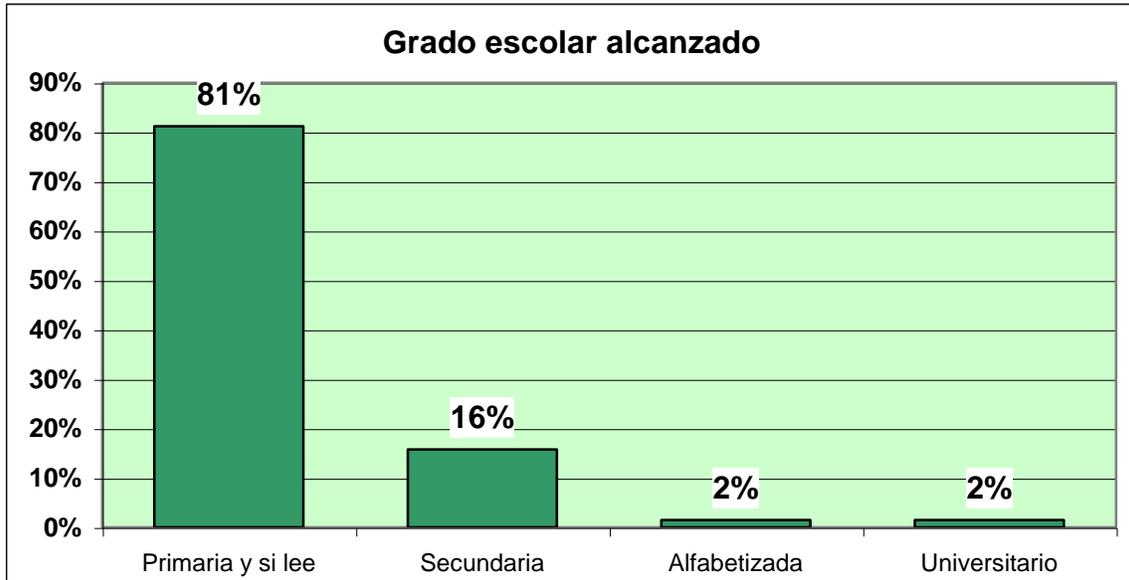
NSE = No Significancia Estadística, Fuente: Datos del estudio, Jinotega -2005

Gráfico 1



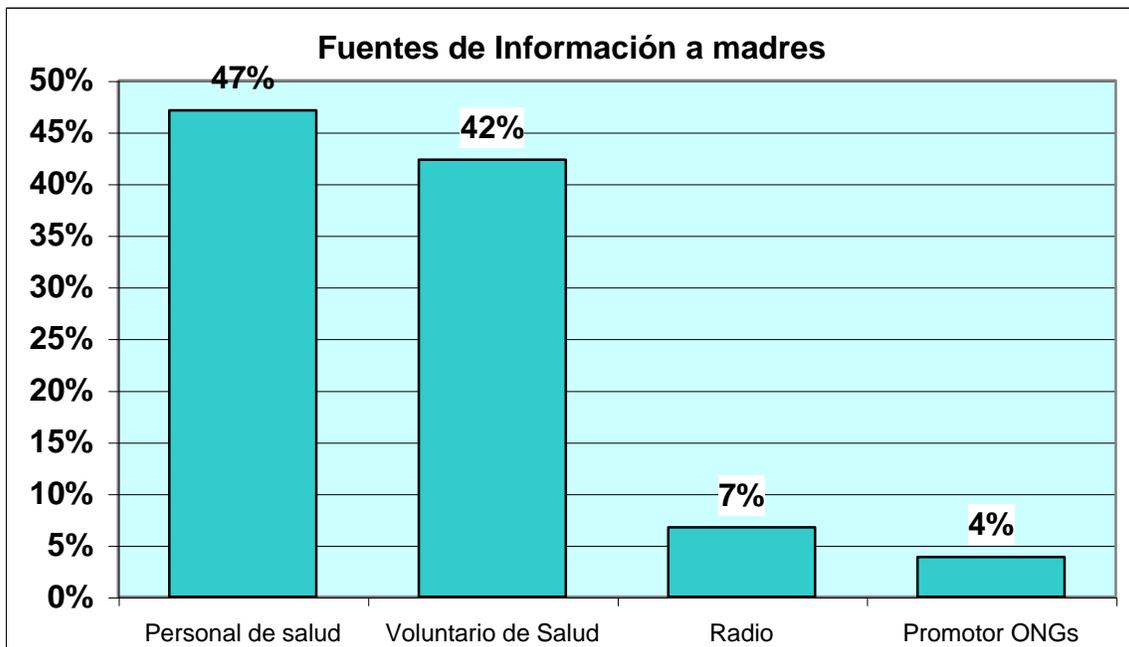
Fuente: Tabla 1, Estudio, Jinotega -2005

Gráfico 2



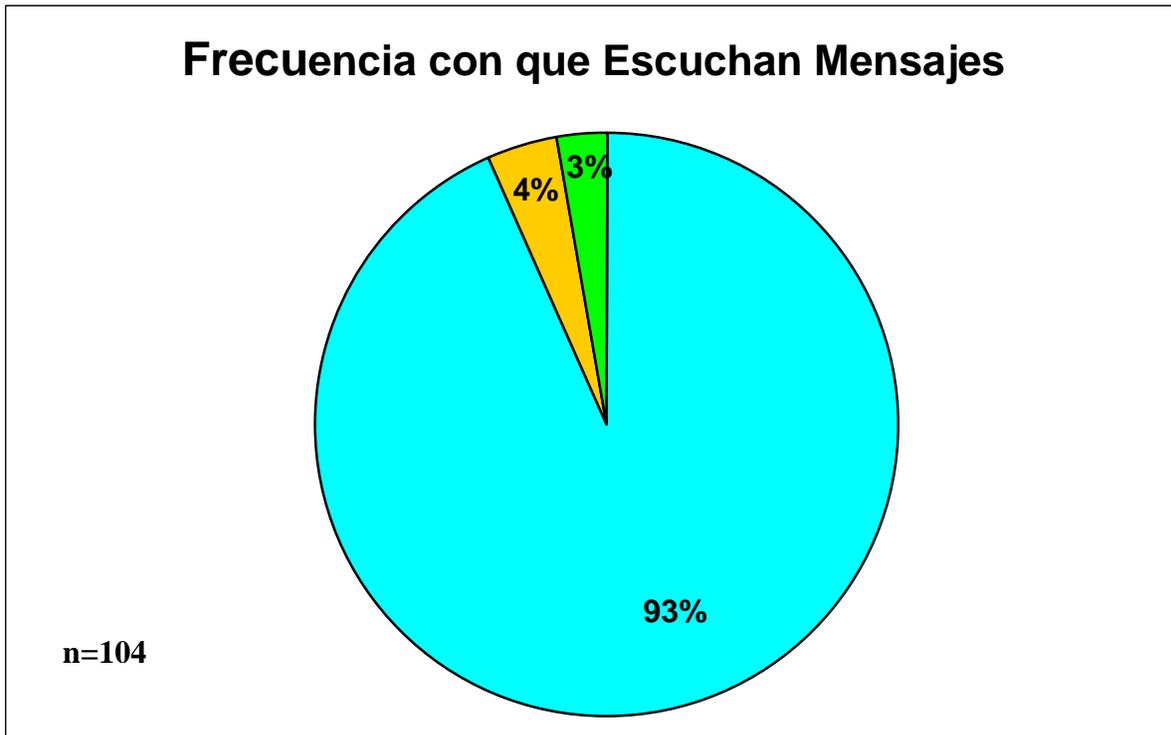
n=206, Fuente: Tabla 2, Estudio, Jinotega -2005

Gráfico 3



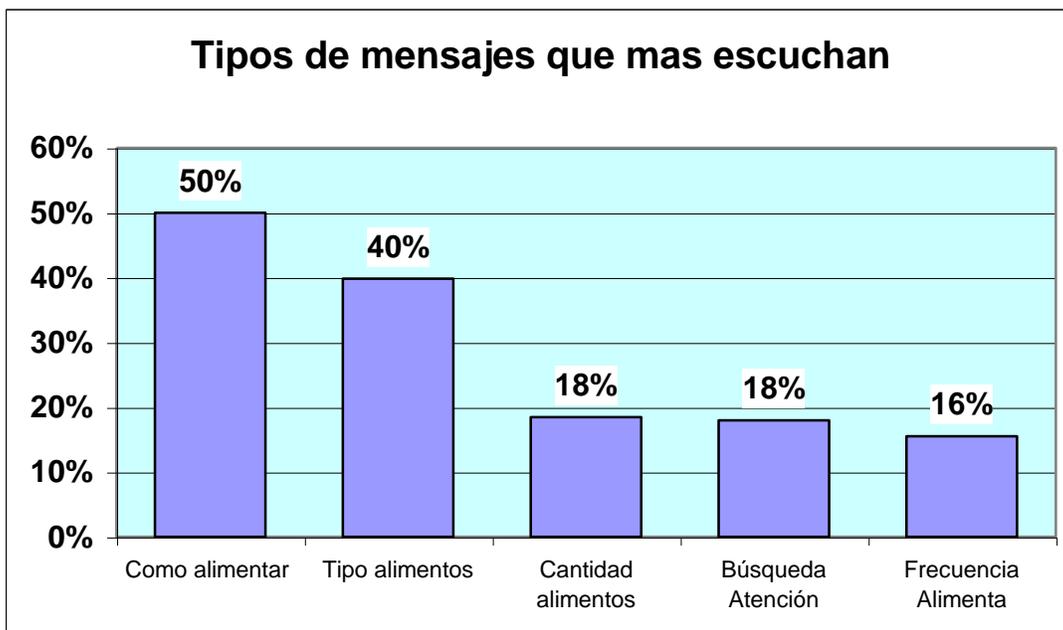
n=206, Fuente: Tabla 12, Estudio, Jinotega -2005

Gráfico 4



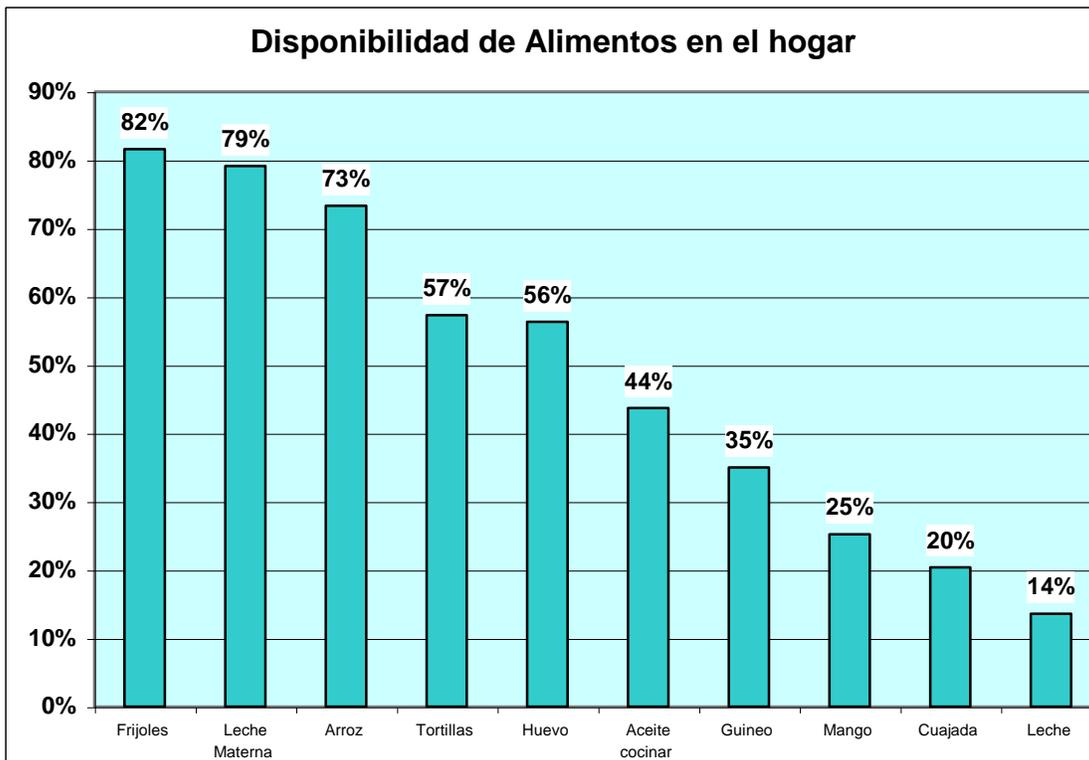
Fuente: Tabla 13, Estudio, Jinotega -2005

Gráfico 5



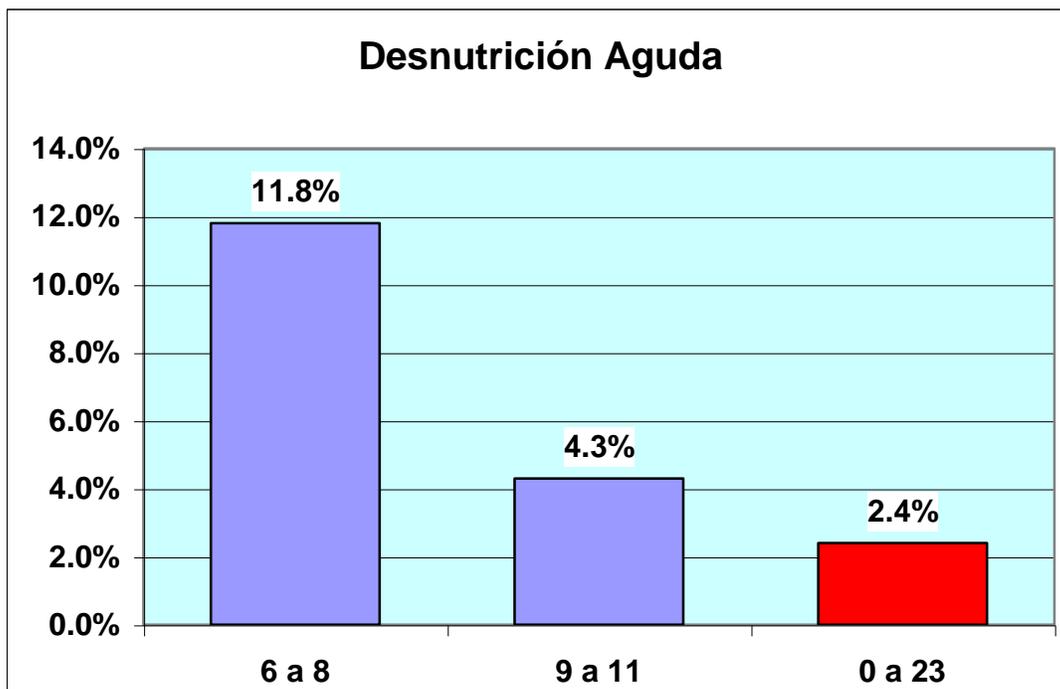
Fuente: Tabla 14, Estudio, Jinotega -2005

Gráfico 6



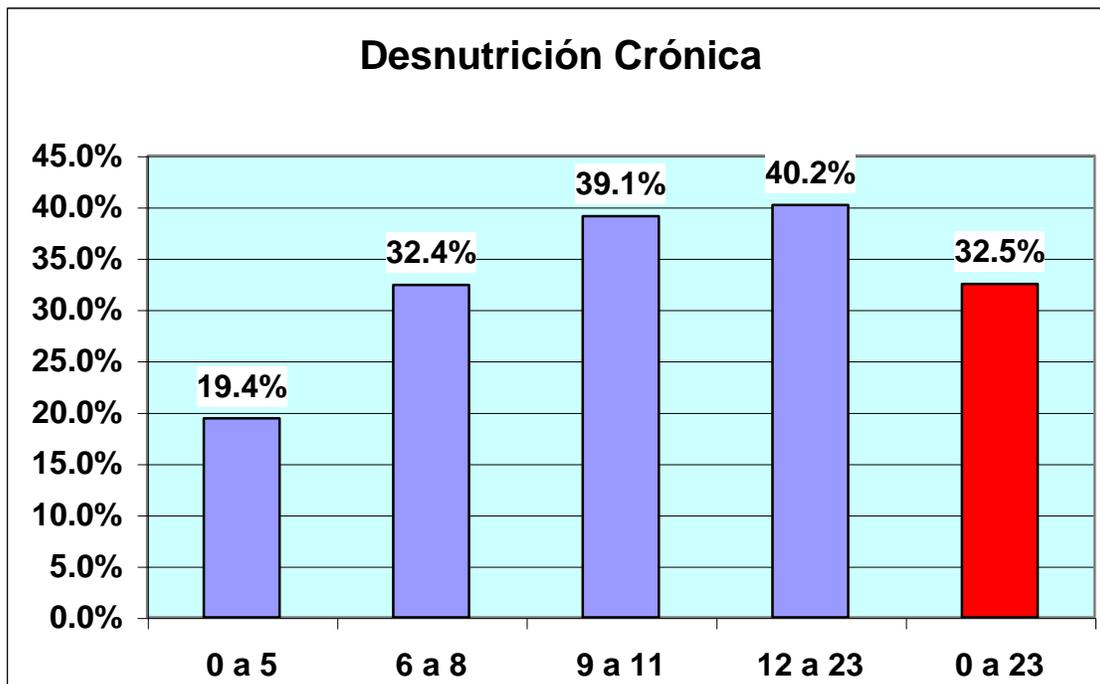
Fuente: Tabla 15, Estudio, Jinotega -2005

Gráfico 7



Fuente: Tabla 24, Estudio, Jinotega -2005

Gráfico 8



Fuente: Tabla 25, Estudio, Jinotega -2005

XII. BIBLIOGRAFÍA

1. Política Nacional de Salud, 2004 – 2015, Managua Mayo 2004. P.8.
2. Política Nacional de Salud, 2004 – 2015. Managua Mayo 2004. P.32 – 33.
3. Manual Técnico Operativo,. Programa Comunitario de Salud y Nutrición, MINSA, Noviembre 2003. Pag.8
4. Manual del Brigadista, Programa Comunitario de Salud y Nutrición. MINSA, Junio 2003. P.30
5. CSTS–Project HOPE, Grupo Focal a Voluntarios, sobre Sostenibilidad PROCOSAN, Jinotega 2003.
6. Kraisid Tontisirin, Stuart Gillespie. Linking Community-based Programs and Service Delivery for Improving Maternal and Child Nutrition. *Asian Development Review*, vol. 17, nos. 1,2, pp. 33-65 © 1999
7. Karen Van Roekel, MA, MPH Oficial Técnica, PRM, BASICS II. Et. At Evaluación de Medio Término del Programa AIN en Honduras, BASICS II 2000, Reporte de Encuesta Julio 2002
8. Evaluación de Impacto 1997-1999 del Programa Nutrición Infantil de ADRA Perú: Informe Final de Diez Departamentos (Lima, Perú: ADRA Perú y DS Consult). Febrero, 2000
9. Llegando a las comunidades para promover la salud y nutrición infantil propuesta de un marco conceptual para la implementación del componente de AIEPI para el hogar y la comunidad Baltimore, Maryland, Enero 17–19, 2001
10. Aportes para el análisis histórico, La Educación y Participación Popular en salud, Ministerio de Salud. 1997.
11. Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud. ENDESA INEC-MINSA, 2001
12. Parajón Alejos A. Situación Nutricional Niños menores de 5 años, SILAIS León, 1,999.
13. Reyes Cardoze C. Prácticas alimentarias de los niños del Barrio Austria SILAIS Oriental, Managua 1,994
14. Estadísticas del SILAIS, MINSA, Jinotega, año 2004 – 2005.

15. Datos Estadísticos, SIS, PROCOSAN, Jinotega, Mayo 2004 a Abril 2005.
16. Estudio de Conocimientos Prácticas y Coberturas en Supervivencia Infantil, SIS, Project HOPE, Jinotega, Marzo del 2005.
17. Informe Final Programa de Salud Integral en la Comunidad, Subred Norte-Nicasalud. Enero del 2006.
18. Manual del Brigadista (Promoción del Crecimiento), Programa Comunitario de Salud y Nutrición, MINSA, Junio 2003. P.34-51.
19. Manual del Brigadista (Promoción del Crecimiento), Programa Comunitario de Salud y Nutrición, MINSA, Junio 2003. P.62-64.
20. Manual del Brigadista (Promoción del Crecimiento), Programa Comunitario de Salud y Nutrición, MINSA, Junio 2003. P.70-72.
21. Manual Técnico Operativo, Programa Comunitario de Salud y Nutrición, MINSA, Noviembre 2003. P.9.
22. Cuadros de Procedimientos, Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, Manual Operativo AIEPI, Octubre –2001
23. Manual técnico operativo, Programa Comunitario de Salud y Nutrición. MINSA, Pag. 24, 43 y 44. Nov-2003