

Evaluación  
de Medio  
Término del  
Programa AIN  
en Honduras,  
BASICS II  
2000

**Reporte de  
Encuesta**

**Julio 2002**

**Autores:**

Karen Van Roekel, MA, MPH  
Oficial Técnica, PRM,  
BASICS II

Beth Plowman, MA  
Sub Directora, PRM/OER,  
BASICS II

Marcia Griffiths, MS,  
Coordinadora Técnica de  
BASICS/Honduras

Victoria Vivas de Alvarado, MS,  
Líder de Equipo Nacional,  
BASICS II/Honduras

Jorge Matute, MS,  
Consultor BASICS II

Miguel Calderón  
Consultor BASICS II

## Sinopsis

Este reporte presenta los resultados de la encuesta de hogares de medio término del año 2000 y compara las comunidades del programa de Atención Integral a la Niñez (AIN) con las comunidades control atendidas por los mismos centros de salud. El programa AIN es la estrategia nacional de monitoreo y promoción del crecimiento de la Secretaría de Salud de Honduras. El objetivo de la encuesta de medio término del AIN es ofrecer información sobre variables que incluyen participación en el programa, conocimientos, actitudes y prácticas a nivel del hogar. Los resultados de la encuesta muestran que pese a tener condiciones de vida inferiores, niveles socioeconómicos más bajos, menor acceso a servicios de salud, menor nivel educacional de las madres, y más nacidos vivos por madre que en las comunidades control, las madres en AIN han obtenido logros impresionantes desde la encuesta de línea de base en 1998, en diversas variables analizadas en este reporte. Las variables que mostraron tasas acrecentadas incluyen la de lactancia materna exclusiva entre niños menores de seis meses y el uso de terapia de rehidratación oral entre niños con diarrea. La encuesta descubrió también que la cobertura del programa AIN es casi total en las comunidades hondureñas evaluadas, con un 92% de los niños menores de dos años inscritos.

## Cita Recomendada

**VAN ROEKEL, K.** y **PLOWMAN B., GRIFFITHS M., VIVAS DE ALVARADO V., MATUTE J., CALDERÓN M.** Evaluación de Medio Término del Programa AIN en Honduras, **BASICS II**, (2000). Publicado por el Proyecto *Basic Support for Institutionalizing Child Survival*, **BASICS II** (Proyecto de Apoyo Básico para la Institucionalización de la Sobrevivencia Infantil) de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos de América, Arlington, Virginia, julio 2002.

## BASICS II

BASICS II es un proyecto internacional de sobrevivencia infantil financiado por la Oficina de Salud y Nutrición del Buró de Salud Global de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los EEUU (USAID). BASICS II es conducido por la Sociedad para el Cuidado de la Salud Infantil Inc (Partnership for Child Health Care, Inc.), bajo contrato número HRN-C-00-99-00007-00. Los socios son la Academia para el Desarrollo Educacional (Academy for Educational Development), John Snow, Inc., y Ciencias Gerenciales para la Salud (Management Sciences for Health). Entre los subcontratistas se incluyen a la Universidad Emory, la Universidad Johns Hopkins, el Manoff Group Inc., el Programa de Tecnología Apropriada en la Salud (Program for Appropriate Technology in Health, PATH), Save the Children Federation, Inc., y el TSL.



Este documento no presenta los puntos de vista ni las opiniones de USAID. Puede ser reproducido siempre que sea reconocido el crédito.

## **BASICS II**

1600 Wilson Boulevard, Suite 300 • Arlington, Virginia 22209 USA

• Fax: 703-312-6900

Correo Electrónico: [infoctr@basics.org](mailto:infoctr@basics.org) • Página en la red: [www.basics.org](http://www.basics.org)

---

# Tabla de Contenidos

Reconocimientos .....	ix
Lista de Siglas .....	xi
Resumen Ejecutivo .....	1
1. Introducción .....	6
1.1. Análisis de Situación en Honduras .....	6
1.2. Historia y Desarrollo del Programa AIN .....	7
1.3. Descripción del Programa AIN .....	10
2. Metodología .....	12
2.1. Objetivos del Encuesta y Marco Conceptual de la Evaluación .....	12
2.2. Revisión del Diseño de la Encuesta de Línea de Base .....	13
2.3. Diseño de Muestreo para la Encuesta de Medio Término .....	14
2.4. Tamaño de Muestra y Selección de Viviendas .....	15
2.5. Diseño y Contenido de los Cuestionarios .....	15
2.6. Capacitación, Trabajo de Campo y Logística .....	18
2.7. Manejo y Análisis de Datos .....	20
2.8. Pruebas Estadísticas .....	20
3. Descripción de la Muestra .....	22
4. Hallazgos a Nivel de las Viviendas .....	24
4.1. Composición de las Viviendas por Sexo y Edad .....	24
4.2. Características de las Viviendas .....	25
4.2.1. Agua y Servicios Sanitarios .....	26
4.2.2. Viviendas y Comodidades Domésticas .....	27
4.3. Estado Socioeconómico .....	29
4.4. Acceso a Servicios de Salud en Términos de Tiempo y Costos .....	30
4.5. Programas de Asistencia Social .....	32
4.6. Discusión de Hallazgos .....	33
5. Características de las Personas al Cuidado de los Niños .....	35
5.1. Parentesco de la Persona al Cuidado con el Niño .....	35
5.2. Edad y Nivel Educativo de la Madre .....	35
5.3. Nacidos Vivos y Mortalidad entre Niños Menores de Cuatro Años .....	36
5.4. Empleo de las Madres y Presencia de Hombres en las Viviendas .....	37
5.5. Discusión de Hallazgos .....	37

6.	Parto y Cuidados del Postparto . . . . .	39
6.1.	Parto y Peso del Recién Nacido . . . . .	39
6.2.	Visitas Postparto a Domicilio . . . . .	39
6.3.	Discusión de Hallazgos . . . . .	41
7.	Vacunas, Micronutrientes y Desparasitación. . . . .	42
7.1.	Vacunación . . . . .	42
7.2.	Suplementación con Vitamina A, Hierro . . . . .	44
7.3.	Desparasitación . . . . .	44
7.4.	Discusión de Hallazgos . . . . .	44
8.	Crecimiento y Desarrollo del Niño . . . . .	46
8.1.	Conocimiento de Signos que Indican que el Niño Crece Bien. . . . .	46
8.2.	Conocimiento de Signos que Indican que el Niño No Crece Bien. . . . .	47
8.3.	Participación en Programas de Monitoreo y Promoción del Crecimiento . . . . .	48
8.4.	Visitas a Domicilio por Personal de Programas de Monitoreo del Crecimiento . . . . .	53
8.5.	Información de la Tarjeta de Control de Crecimiento para Niños Participantes en Programas de Monitoreo y Promoción del Crecimiento . . . . .	54
8.6.	Consejería para Niños Participantes en Programas de Crecimiento . . . . .	57
8.7.	Láminas de Consejería . . . . .	58
8.8.	Discusión de Hallazgos . . . . .	59
9.	Diarrea . . . . .	61
9.1.	Prevalencia de Diarrea . . . . .	61
9.2.	Búsqueda de Ayuda para la Diarrea . . . . .	63
9.3.	Práctica de Cuidados durante la Diarrea . . . . .	66
9.3.1.	Terapia de Rehidratación Oral (TRO) . . . . .	66
9.3.2.	Lactancia y Alimentación durante Diarrea . . . . .	67
9.3.3.	Continuación de Alimentación y Líquidos durante la Diarrea . . . . .	68
9.4.	Percepciones de las Madres Acerca de Signos de Peligro en Niños con Diarrea . . . . .	68
9.5.	Discusión de Hallazgos . . . . .	70
10.	Infecciones Respiratorias Agudas (IRA). . . . .	72
10.1.	Prevalencia de Infecciones Respiratorias Agudas . . . . .	72
10.2.	Búsqueda de Ayuda para Infecciones Respiratorias Agudas . . . . .	73
10.3.	Lactancia y Prácticas Alimentarias durante IRA . . . . .	75
10.4.	Percepciones de las Personas al Cuidado de los Niños sobre Signos de Peligro en Niños con IRA . . . . .	76
10.5.	Percepciones de las Personas al Cuidado de los Niños sobre Signos Generales de Peligro . . . . .	77
10.6.	Prevalencia de Niños con Diarrea e IRA en el Mismo Período de Dos Semanas . . . . .	78
10.7.	Discusión de Hallazgos . . . . .	79
11.	Prácticas Alimentarias y de Lactancia . . . . .	81
11.1.	Prevalencia de Lactancia . . . . .	81
11.2.	Problemas Relacionados con la Lactancia . . . . .	82

11.3.Frecuencia de Lactancia . . . . .	83
11.4.Conocimiento de los Beneficios de la Lactancia . . . . .	85
11.5.Actitud Acerca de la Introducción de Agua y Otros Líquidos . . . . .	85
11.6.Introducción de Líquidos y Alimentos Complementarios . . . . .	85
11.6.1. Comparación de Introducción de Líquidos y Alimentos Complementarios para Niños < 6 Meses vs. ≥6 Meses . . . . .	85
11.6.2. Comparación de Edades Promedio de Introducción de Líquidos y Alimentos Complementarios . . . . .	87
11.7.Edad de Introducción de Frijoles . . . . .	88
11.8.Lactancia e Introducción de Alimentos Complementarios . . . . .	88
11.9.Índice de Alimentación Infantil y Marcadores . . . . .	91
11.9.1. Frecuencia de Lactancia . . . . .	91
11.9.2. Uso de Biberones . . . . .	93
11.9.3. Patrón Declarado de Lactancia y Alimentos Complementarios. . . . .	94
11.9.4. Frecuencia de Consumo de Alimentos Complementarios . . . . .	95
11.9.5. Resumen de Resultados de Alimentación Infantil por Componentes y Puntuación . . . . .	95
11.10. Puntuaciones de Conocimientos, Actitudes y Prácticas . . . . .	96
11.10.1. Consciencia de la Lactancia Materna Exclusiva . . . . .	97
11.10.2. Técnicas para Producir Suficiente Leche Materna . . . . .	98
11.10.3. Edad Apropiaada para Introducir Alimentos Complementarios . . . . .	99
11.10.4. Consistencia Apropiaada de los Primeros Alimentos Complementarios de un Niño . . . . .	99
11.10.5 Mejor Edad para Empezar a Alimentar a un Niño con la Dieta de la Familia . . . . .	100
11.10.6 Consistencia de la Sopa . . . . .	100
11.10.7 Técnicas para Preparar Sopa Espesa . . . . .	100
11.10.8 Capacidad de un Niño de Dos Años de Edad de Comer hasta la Mitad de lo que Come un Adulto . . . . .	101
11.10.9 Técnicas que las Personas al Cuidado de los Niños Han Usado para Mejorar el Apetito de los Niños . . . . .	101
11.10.10 Resumen de Hallazgos para el Marcador de Conocimientos, Actitudes, y Prácticas a Medio Término . . . . .	102
11.11. Discusión de Hallazgos . . . . .	103
12. Conclusiones y Recomendaciones . . . . .	104

## Anexos

A: Organización del Sector de Salud Público en Honduras . . . . .	108
B: Lista de Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPS) Participantes en Encuestas de Línea de Base y Medio Término . . . . .	109
C: UPS y sus Pares de Comunidades AIN / Control Incluidas en la Encuesta de Medio Término . . . . .	110
D: Muestra de Línea de Base, por Área de Salud . . . . .	112

E: Características de las Viviendas en cuanto a Agua, Servicios Sanitarios, y Comodidades Domésticas en Línea de Base .....	113
F: Cálculo de Estado Socioeconómico .....	115
G: Características de las Personas al Cuidado de los Niños .....	116
H: Vacunas por Biológico y Fuente de Información en Línea de Base .....	118
I: Actividades en la Más Reciente Sesión de Monitoreo del Peso .....	119
J: Ejemplo de Tarjeta de Control de Crecimiento del AIN. ....	121
K: Ejemplo de Lámina de Consejería del AIN .....	122
L: Fuentes de Ayuda para Diarrea y Orden Consultado .....	124
M: Fuentes de Ayuda para IRA y Orden Consultado .....	125
N: Estado de Lactancia Actual en Medio Término, según Edad del Niño .....	126
O: Frecuencia de Lactancia en Diferentes Grupos de Edad en Comunidades AIN a Medio Término, de Día, de Noche, y por Período de 24 Horas. ....	127
P: Frecuencia de Lactancia en Diferentes Grupos de Edad en Comunidades Control a Medio Término, de Día, de Noche, y por Período de 24 Horas . ....	129
Q: Lactancia y Alimentación Complementaria en Línea de Base .....	131
R: Puntuaciones Compuestos de Alimentación Infantil y Puntuaciones de Conocimientos .....	132
S: Cuestionario de Encuesta de Hogares de Medio Término .....	135

## Tablas

2.1: Resumen de Niveles y Proceso de Selección de la Muestra .....	14
2.2: Símbolos Usados para Marcar Resultados Estadísticos Significantes .....	21
3.1: Tamaño de Muestra a Medio Término, por Área de Salud .....	22
3.2: Tamaño de Muestra a Medio Término, por Sexo de Niño Índice .....	23
3.3: Tamaño de Muestra a Medio Término, por Grupo Etéreo del Niño .....	23
4.1: Composición de las Viviendas a Medio Término, por Sexo y Grupo .....	24
4.2: Composición de Viviendas a Medio Término, por Edad, Sexo y Grupo .....	25
4.3: Características de las Viviendas con Relación a Agua y Servicios Sanitarios a Medio Término .....	26
4.4: Características de las Viviendas a Medio Término .....	27
4.5: Tenencia de Comodidades en las Viviendas a Medio Término .....	29
4.6: Costo de Transportación y Alimentos para Llegar a Servicios de Salud .....	31
4.7: Comparación de Conocimiento de Programas de Monitoreo y Promoción del Crecimiento en la Comunidad en Línea de Base y Medio Término .....	32
4.8: Participación en Programas de Asistencia Social a Medio Término .....	33
6.1: Personal Efectuando Visitas Postparto a Domicilio .....	40
6.2: Actividades durante la Visita Postparto .....	40
7.1: Vacunación entre Niños de 12 a 23 Meses de Edad, por Biológico y por Fuente de Información, a Medio Término. ....	43
8.1: Fuente de Programa de Monitoreo y Promoción del Crecimiento. ....	49
8.2: Edad del Niño en la Primera Sesión de Monitoreo de Crecimiento .....	50
8.3: Asistencia a Monitoreo de Crecimiento en los Últimos 3 Meses de Niños $\geq 3$ Meses de Edad .....	50

8.4:	Edad de Primer Peso Marcado en la Tarjeta de Crecimiento del Niño . . . . .	55
8.5:	Precisión de Diagramación en Tarjeta de Control de Crecimiento para Niños con al menos 2 Pesos Marcados en Sus Tarjetas . . . . .	56
8.6:	Reconocimiento de Láminas de Consejería AIN y Sitio Donde Fueron Vistas a Medio Término. . . . .	59
9.1:	Prevalencia de la Diarrea en Niños, por Grupo y en el Tiempo. . . . .	61
9.2:	Prevalencia de Diarrea en Niños, por Grupo de Edad, a Medio Término . . . . .	62
9.3:	Prevalencia de Diarrea Persistente y con Sangre, por Grupo y Tiempo . . . . .	62
9.4:	Búsqueda de Ayuda para Diarrea a Medio Término . . . . .	63
9.5:	Consejos Recibidos por las Personas al Cuidado de los Niños con Diarrea, por Proveedor de Salud que Dio el Consejo . . . . .	65
9.6:	Uso de TRO en Línea de Base y Medio Término . . . . .	66
9.7:	Práctica de Lactancia durante Enfermedad Diarréica a Medio Término . . . . .	67
9.8:	Práctica Alimentaria durante Enfermedad Diarréica para Niños de 6 Meses o Mayores a Medio Término. . . . .	68
9.9:	Continuación de Alimentación y Líquidos durante la Enfermedad Diarréica para Niños de 6 Meses o Mayores . . . . .	68
9.10:	Percepciones de las Personas al Cuidado de los Niños acerca de Signos de Diarrea Grave a Medio Término . . . . .	70
10.1:	Prevalencia de IRA en Niños, por Grupo y en Tiempo . . . . .	73
10.2:	Prevalencia de IRA a Medio Término, por Grupo de Edad . . . . .	73
10.3:	Búsqueda de Ayuda para IRA a Medio Término . . . . .	74
10.4:	Práctica de Lactancia durante IRA. . . . .	76
10.5:	Práctica Alimentaria durante IRA para Niños de 6 Meses o Mayores . . . . .	76
10.6:	Percepciones de las Personas al Cuidado de los Niños acerca de Signos de Peligro para IRA a Medio Término . . . . .	77
10.7:	Percepciones de las Personas al Cuidado de los Niños acerca de Signos Generales de Peligro . . . . .	78
11.1:	Lactancia y Alimentación Complementaria a Medio Término . . . . .	89

## Figuras

2.1:	Marco Conceptual para la Evaluación de AIN . . . . .	12
4.1:	Comparación de Niveles Socioeconómicos entre Grupos . . . . .	30
4.2:	Tiempo Invertido para Llegar a Servicios de Salud a Medio Término . . . . .	31
5.1:	Distribución de Edad de las Madres Muestreadas en la Encuesta de Medio Término . . . . .	35
5.2:	Niveles de Educación Materna . . . . .	36
5.3:	Número de Nacidos Vivos Reportados . . . . .	37
8.1:	Comparación de Conocimientos de las Personas al Cuidado de los Niños sobre Signos que Indican que un Niño Crece Bien en las Comunidades AIN y Control de la Línea de Base a Medio Término . . . . .	47
8.2:	Comparación de Conocimientos de las Personas al Cuidado de los Niños sobre Signos que Indican que un Niño No Crece Bien en las Comunidades AIN y Control de la Línea de Base y a Medio Término . . . . .	48

8.3: Comparación de Inscripción Actual de Niños en Programas de Monitoreo y Promoción del Crecimiento en el Período, por Grupo . . . . .	49
8.4: Comparación de Actividades Periódicas en Programas de Monitoreo y Promoción del Crecimiento en Comunidades AIN y Control, a Medio Término y Línea de Base . . . . .	51
8.5: Comparación de Actividades en Respuesta a Situaciones Específicas Encontradas en Programas de Monitoreo y Promoción del Crecimiento en Comunidades AIN y Control a Medio Término y Línea de Base . . . . .	52
8.6: Frecuencia de Visitas a Domicilio en Comunidades de AIN a Medio Término. . .	53
8.7: Razones para Visitas a Domicilio en Comunidades de AIN a Medio Término . . .	54
8.8: Edad del Niño en Comunidades de AIN al Momento del Más Reciente Episodio de Crecimiento Inadecuado a Medio Término . . . . .	57
8.9: Consejos Recibidos por las Personas al Cuidado de los Niños en las Comunidades de AIN a Medio Término . . . . .	58
9.1: Signos de Deshidratación en Niños con Diarrea a Medio Término . . . . .	62
9.2: Primer Fuente de Ayuda Consultada para Diarrea a Medio Término . . . . .	64
10.1: Primera Fuente de Ayuda Consultada para IRA a Medio Término . . . . .	75
10.2: Prevalencia de la Combinación de Diarrea e IRA a Medio Término . . . . .	79
11.1: Tendencias de Lactancia Actual a Medio Término, por Grupo de Edad . . . . .	82
11.2: Comparación de Datos Resumidos para el Período de 24 Horas, para Niños de 0 a 5 Meses, 6 a 8 Meses, y 9 a 11 Meses de Edad a Medio Término . . . . .	84
11.3: Comparación de Datos Resumidos para Periodo de 24 Horas, por Grupo de Niños de 12 a 23 Meses de Edad, por Grupo, a Medio Término. . . . .	84
11.4: Proporciones de Niños en Comunidades AIN y Control a Quienes Se Introdujo Líquidos y Alimentos además de Leche Materna antes de los 6 Meses. . . . .	87
11.5: Comparación de Edad Promedio de Introducción de Líquidos y Alimentos entre Grupos a Medio Término . . . . .	88
11.6: Tasas de Lactancia Materna Exclusiva. . . . .	91
11.7: Frecuencia de Lactancia para Niños de 6 a 8 Meses a Medio Término. . . . .	92
11.8: Frecuencia de Lactancia para Niños de 9 a 11 Meses a Medio Término. . . . .	92
11.9: Frecuencia de Lactancia para Niños de 12 a 23 Meses a Medio Término . . . . .	93
11.10: Uso de Biberón en Comunidades AIN y Control a Medio Término . . . . .	94
11.11: Patrones Generales de Alimentación para Niños de 6 a 8 Meses y 9 a 11 Meses a Medio Término . . . . .	94
11.12: Frecuencia General de Comidas para Niños de 6 a 8 Meses, 9 a 11 Meses y 12 a 23 Meses a Medio Término . . . . .	95
11.13: Puntuación Promedio de Alimentación Infantil, por Grupo y Edad . . . . .	96
11.14: Consciencia de Lactancia Materna Exclusiva hasta los 6 Meses . . . . .	98
11.15: Conocimiento de Técnicas para Producir Suficiente Leche Materna . . . . .	99
11.16: Edad Apropiaada para Introducir Alimentos Complementarios . . . . .	99
11.17: Consistencia de la Sopa . . . . .	100
11.18: Técnicas para Preparar Sopa Espesa . . . . .	101
11.19: Capacidad de Comer un Niño de Dos Años de Edad . . . . .	101
11.20: Técnicas Usadas para Mejorar el Apetito del Niño. . . . .	102
11.21: Puntuaciones Promedio de Conocimientos por Grupo y Edad a Medio Término	102

---

## Reconocimientos

La realización de esta encuesta y la producción de este reporte ha sido el producto de un esfuerzo de colaboración de muchas personas. El Proyecto BASICS II quisiera agradecer a la destacada contribución de los individuos aquí mencionados en orden alfabético bajo los diferentes componentes de la encuesta.

### Equipo de Planeación de la Encuesta

- Miguel Calderón Consultor de BASICS II
- Marcia Griffiths, MSc Coordinadora Técnica, BASICS II /Honduras
- Jorge Matute, MSc Consultor de BASICS II
- Beth Plowman, MA Sub Directora, PRM/OER, BASICS II
- Karen Van Roekel, MA, MPH Oficial Técnica, PRM, BASICS II
- Victoria Vivas de Alvarado, MSc Líder de Equipo Nacional, BASICS II/Honduras

### Diseño de la Encuesta y Muestreo

- Jorge Matute, MSc Consultor de BASICS II

### Revisión y Desarrollo de Cuestionario

- Miguel Calderón Consultor de BASICS II
- Alfonso Contreras, MD, MPH Asesor Técnico, IACH, BASICS II
- Enrique Espinal, MD Director, Unidad de Salud Adolescente, Departamento de Salud Materno-Infantil / SS / Honduras
- Marcia Griffiths, MSc Coordinadora Técnica, BASICS II /Honduras
- Maria Elena Guevara, MD Coordinadora, Unidad de Salud Infantil Integrada SS / Honduras
- Jorge Matute, MSc Consultor de BASICS II
- Beth Plowman, MA Sub Directora, PRM/OER, BASICS II
- Karen Van Roekel, MA, MPH Oficial Técnica, PRM, BASICS II
- Victoria Vivas de Alvarado, MSc Líder de Equipo Nacional, BASICS II/Honduras

### Capacitación y Coordinación de Trabajo de Campo

- Miguel Calderón Consultor de BASICS II

### Supervisores de Campo y Entrevistadores

- Nidia Ivette Castillo Amador Supervisora, Consultora de BASICS II
- Rosa Irma Castro Ayala Supervisora, Consultora de BASICS II
- Odesa Cecilia Fonseca Núñez Supervisora, Consultora de BASICS II
- Maribel Cruz Almendarez Entrevistadora, Consultora de BASICS II
- Lourdes Patricia Fúnez Zúñiga Entrevistadora, Consultora de BASICS II
- Vilma Suyapa Mejía Solórzano Entrevistadora, Consultora de BASICS II
- Lilian Suyapa García Fúnez Entrevistadora, Consultora de BASICS II
- Melvin Guillermina Velásquez Oliva Entrevistadora, Consultora de BASICS II

- Maritza Chávez Cárcamo Entrevistadora, Consultora de BASICS II
- Gladys Yolanda Rodríguez Benítez Entrevistadora, Consultora de BASICS II
- Denia Belinda López Godoy Entrevistadora, Consultora de BASICS II
- Mirna Lizeth Carías Chirinos Entrevistadora, Consultora de BASICS II

### **Personal de Ingreso de Datos**

- Ruth Lorena Rodríguez Supervisora, Consultora de BASICS II
- Nancy Jackeline Mejía Soto Digitadora, Consultora de BASICS II
- Silvia Leticia Bernárdez Digitadora, Consultora de BASICS II

### **Programa de Ingreso de Datos y Capacitación**

- Jorge Matute, MSc Consultor de BASICS II

### **Revisión y Desarrollo del Plan de Análisis de Datos**

- Alfonso Contreras, MD, MPH Asesor Técnico, IACH, BASICS II
- Lydia d' Alois, PhD Oficial Técnica, OER, BASICS II
- Anastasia Gage, PhD Oficial Técnica, PRM, BASICS II
- Marcia Griffiths, MSc Coordinadora Técnica, BASICS II/Honduras
- Beth Plowman, MA Sub Directora, PRM/OER, BASICS II
- Karen Van Roekel, MA, MPH Oficial Técnica, PRM, BASICS II
- Victoria Vivas de Alvarado, MSc Líder Nacional de Equipo, BASICS II/Honduras

### **Análisis de Datos**

- Michael Edwards, PhD Consultor de BASICS II, John Snow, Inc.
- Jorge Matute, MSc Consultor de BASICS II
- Rafael Perez-Escamilla, PhD Consultor de BASICS II, Universidad de Connecticut

### **Pruebas Estadísticas**

- Michael Edwards, PhD Consultor de BASICS II, John Snow, Inc.

### **Revisión Técnica de Hallazgos Reporte de Encuesta de Medio Término**

- Alfonso Contreras, MD, MPH Asesor Técnico, IACH, BASICS II
- Lydia d' Alois, PhD Oficial Técnico, OER, BASICS II
- Marcia Griffiths, MSc Coordinadora Técnica, BASICS II /Honduras
- David McCarthy, MS Asesor Técnico, IACH, BASICS II
- Beth Plowman, MA Sub director, PRM/OER, BASICS II
- Robert Steinglass, MPH Líder de Equipo, Inmunizaciones, BASICS II
- Karen Van Roekel, MA, MPH Oficial Técnica, PRM, BASICS II
- Carlos Villalobos, MD Consultor de BASICS II
- Victoria Vivas de Alvarado, MSc Líder Nacional de Equipo, BASICS II/Honduras

### **Apoyo Administrativo y Logístico**

- Reden Sagana, BA Asistente del Programa, PRM/OER, BASICS II
- Carminda de Taylor Administradora, BASICS II/Honduras

---

## Siglas

AIEPI	Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
AIM	Atención Integral a la Mujer
AIN	Atención Integral a la Niñez
ANOVA	<i>Analysis of Variance</i> (Prueba estadística de Análisis de Variación)
BASICS II	<i>Basic Support for Institutionalizing Child Survival II</i> (Proyecto de Apoyo Básico para la Institucionalización de la Sobreviviencia Infantil)
BCG	Bacilo Calmette-Guerin (vacuna contra tuberculosis)
CAP	Conocimientos, Actitudes y Prácticas
CESAMO	Centro de Salud con Médico
CESAR	Centro de Salud Rural
COMSAIN	Programa de Comunicación en Salud Infantil
DPT	Diphtheria, Pertussis, Tetanus (Difteria, Tos ferina, Tétanos)
IRA	Infección Respiratoria Aguda
ITS	Infección de Transmisión Sexual
LME	Lactancia Materna Exclusiva
MMR	<i>Measles, Mumps, Rubella</i> (Sarampión, Paperas, Rubéola)
ONG	Organización No Gubernamental
ORT	Terapia de Rehidratación Oral
PAHO	<i>Pan American Health Organization</i> (Organización Pan Americana de la Salud)
PAI	Programa Ampliado de Inmunizaciones
PRAF	Programa de Asignación Familiar
SRO	Sales de Rehidratación Oral
SS	Secretaría de Salud
TIPS	<i>Trials of Improved Practices</i> (Ensayos de Prácticas Mejoradas)
UNAH	Universidad Nacional Autónoma de Honduras
UNICEF	<i>United Nations International Children's Fund</i> (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia)
UPS	Unidades Productoras de Servicios de Salud
USAID	<i>United States Agency for International Development</i> (Agencia para el Desarrollo Internacional de los EEUU)

---

## Resumen Ejecutivo

El programa de *Atención Integral a la Niñez* (AIN) es la estrategia nacional de monitoreo y promoción de crecimiento de la Secretaría de Salud de Honduras. Utiliza un modelo combinado de cuidado preventivo y curativo que integra componentes de salud y nutrición infantil. Un aumento de peso adecuado cada mes sirve de indicador clave para evaluar tanto el estado nutricional como el estado general de salud. La respuesta a las situaciones de un aumento inadecuado de peso es involucrar a las personas al cuidado de los niños en negociaciones sobre prácticas mejoradas de alimentación y cuidado, o si el niño enferma, de ayudar a la familia a cuidarlo y / o buscar atención médica.

El programa de AIN contiene un componente institucional llevado por enfermeras de centros de salud y otro basado en la comunidad apoyado por personas voluntarias. El componente basado en la comunidad está dirigido al monitoreo y promoción del crecimiento mensual de los niños menores de dos años y al manejo de enfermedades comunes de la niñez - es decir, enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas (IRA) - para los menores de cinco años.

Este reporte presenta los resultados de la encuesta de hogares de medio término comparando comunidades de AIN (intervenidas) con comunidades de control atendidas por los mismos centros de salud. Esta encuesta fue conducida en otoño del 2000 en 60 comunidades de las 100 muestreadas originalmente para la encuesta de línea de base en 1998. Los resultados presentados en este reporte están basados en el análisis del subgrupo de 938 viviendas (474 AIN, 464 control) de la encuesta de línea de base, que corresponden a las 1,168 viviendas (596 AIN, 572 control) en las 60 comunidades examinadas a medio término.

El objetivo de la encuesta de medio término del AIN es ofrecer información sobre variables incluyendo participación en el programa y conocimientos, actitudes, y prácticas a nivel del hogar. La población objetivo estudiada en esta evaluación comprende personas al cuidado de niños menores de dos años de edad. Es presentada información de contexto sobre las viviendas, las mujeres al cuidado, y la atención postparto, así como los resultados en diversas áreas importantes del programa, como vacunación, crecimiento y desarrollo del niño, diarrea, infecciones respiratorias agudas, lactancia materna, y alimentación complementaria. Los resultados de esta evaluación documentan los cambios ocurridos desde la encuesta de línea de base y proveen un punto de comparación con tendencias en las comunidades de control.

Los resultados de la encuesta muestran que las mujeres al cuidado de niños en AIN - pese a tener condiciones de vida más desfavorecidas, una situación socioeconómica en general más baja, menor acceso a servicios de salud, niveles menores de educación materna, y mayor número de nacidos vivos que las mujeres en comunidades de control - hicieron mejorías impresionantes en diversas variables de conocimiento y conducta analizadas en este reporte. El conocimiento, las prácticas de cuidado durante enfermedades, y las prácticas alimentarias han mejorado, como otras variables generales relacionadas con la participación en el AIN.

La cobertura del programa de AIN es casi universal en las comunidades estudiadas con un 92% de los niños menores de dos años registrados, una proporción significativamente mayor que el 21% de niños que fueron inscritos en los programas de monitoreo y promoción de crecimiento en las comunidades de control. Para el medio término, 9% de las madres en las comunidades de AIN reportaron haber recibido una visita postparto de la monitora de AIN, y en 39% de estas visitas los niños fueron inscritos en el programa de AIN. Sesenta y nueve por ciento de los niños registrados en el AIN fueron inscritos antes de la edad de tres meses. El registro en el programa a edades tempranas, a través de la visita domiciliaria de monitoras de AIN a los recién nacidos, beneficiaría a estos niños en el crítico primer año de sus vidas.

Con respecto a la concentración de la participación en el AIN, 70% de los niños de tres meses de edad, o mayores, asistieron al programa tres veces o más en los tres meses anteriores a la encuesta de medio término. Pese a que este porcentaje ha mejorado desde la encuesta de línea de base, sigue sin alcanzar la meta del programa de pesar al 100% de los niños menores de dos años cada mes. En las comunidades de AIN, los niños de tres meses de edad, o mayores, que asistieron a las sesiones de peso menos de tres veces en los tres meses anteriores a esta encuesta no tenían mayor probabilidad de recibir una visita domiciliaria que aquellos que asistían regularmente.

Para variables relacionadas con el crecimiento, el conocimiento de que un niño aumentara su peso como signo de buen crecimiento se incrementó significativamente sobre la línea de base entre cuidadoras de niños en AIN. Las mujeres al cuidado de niños en las comunidades de AIN mostraron significativamente más tendencia a mencionar este signo a medio término que las de las comunidades de control. Aunque las mujeres al cuidado de niños en las comunidades de AIN tenían significativamente menos tendencia que las de control a citar la buena salud del niño como un signo de buen crecimiento, tanto en la línea de base como en medio término, en ambos grupos de comunidades se mostraron aumentos significativos con el tiempo. El inverso de este signo, es decir, un niño enfermizo, era entendido como síntoma de escaso crecimiento, por proporciones similares de mujeres, tanto de AIN como del grupo de control en medio término. La proporción de mujeres al cuidado de niños en AIN que sabían que los niños que no comen bien no crecen bien se duplicó desde la línea de base a medio término, sobrepasando el aumento en esta variable en las comunidades de control. Además, las cuidadoras en el AIN fueron significativamente más propensas de saber cómo estimular el apetito del niño para asegurarse de que coma bien. Una variable de conocimiento que se descubrió que era menor de lo esperado en las comunidades de AIN fue la pequeña proporción de cuidadoras de niños (7%) que citaron un aumento inadecuado de peso como signo de alerta de que el niño no estaba creciendo bien, pese al énfasis que se pone en este mensaje en la consejería.

Durante la más reciente sesión de peso, 93% de las mujeres con niños dentro del AIN fueron informadas del peso del niño, y 85% fueron informadas de si era adecuado. En general, las mujeres con niños en el AIN fueron significativamente más propensas que las de las comunidades de control a conservar tarjetas de control de crecimiento para sus niños y a saber como interpretarlas. Las tarjetas de control de crecimiento de los niños de las comunidades de AIN tenían una propensión significativamente mayor a incluir al menos dos

mediciones y a tener las tendencias de crecimiento marcadas correctamente que las tarjetas de los niños de las comunidades de control. Las mujeres en AIN fueron significativamente más propensas a haber recibido consejería sobre lactancia, buenas prácticas alimentarias, cuidado de niños enfermos, higiene, suplementación con hierro y vitamina A, y vacunación durante la sesión de peso más reciente que sus contrapartes de las comunidades de control. De forma interesante, solo dos tercios de las mujeres en AIN reconocieron las láminas de consejería, lo que podría indicar que las monitoras podrían no estar usándolas consistentemente una vez que se han familiarizado con los mensajes de consejería.

Con respecto a la salud de los niños, hubo hallazgos positivos en las áreas de vacunación y suplementación con micronutrientes. En cuanto a vacunaciones, las comunidades de AIN tenían niveles significativamente mayores de cobertura entre niños de 12 a 23 meses de edad, para DPT 3, Polio 3, sarampión, e inmunización completa.<sup>1</sup> En las comunidades de AIN, la suplementación con hierro entre niños de cuatro meses de edad o mayores aumentó significativamente de la línea de base y fue significativamente mayor que el nivel de suplementación encontrado en las comunidades de control a medio término. La suplementación con vitamina A para niños de seis meses de edad o mayores, tanto en las comunidades de AIN como en las de control, decreció significativamente a lo largo del tiempo; sin embargo, a medio término el nivel de las comunidades de AIN era aún significativamente más alto que el de las comunidades de control.

La enfermedad diarreica y las infecciones respiratorias agudas (IRA) fueron las dos enfermedades comunes de la niñez estudiadas en la encuesta de medio término. Uno de cada tres niños de cada grupo experimentó un episodio de enfermedad diarreica en las dos semanas anteriores a la encuesta de medio término. Uno de cada tres niños dentro del AIN fue llevado a la monitora o a algún proveedor de servicios de salud para su atención, en comparación con el grupo de control en el que sólo fue llevado uno de cada cuatro niños. Más de uno de cada cinco niños experimentó un episodio de IRA (definido como tos o dificultad para respirar y respiración rápida) en las dos semanas anteriores a la encuesta de medio término. De estos niños, 36% dentro del AIN fueron llevados a una monitora o a algún proveedor de servicios de salud para su atención, comparado con el 44% de las comunidades de control. Entre aquellos que buscaron atención en las comunidades de AIN, las monitoras fueron fuente en mayor proporción de consultas por diarreas que por IRA. Este hallazgo es consistente con el hecho de que, para el momento de la encuesta de medio término, el programa de AIN estaba apenas empezando a ampliar la capacitación de las monitoras con la introducción de un módulo especial usando protocolos de AIEPI para tratar las IRA. Para ambas enfermedades, los datos de consultas indicaron que las mujeres al cuidado de los niños consideraron a las monitoras como una fuente de atención para las enfermedades prevalentes de la niñez además de promoción y monitoreo del crecimiento.

En términos de prácticas de cuidados de niños enfermos, hubo claras mejorías para niños con diarrea en las comunidades de AIN en comparación con las comunidades de control. La terapia de rehidratación oral aumentó significativamente, del nivel de 37% de la línea de base en las comunidades de AIN a un 57% a medio término, sobrepasando el pequeño aumento de las comunidades de control (42% a medio término respecto a 36% de línea de base). Otra

---

<sup>1</sup> Inmunización completa se define como vacunación con BCG, 3 dosis de DPT, 3 dosis de polio, y sarampión.

ganancia significativa del programa de AIN fue el aumento del indicador combinado de niños que recibieron líquidos y que siguieron recibiendo alimentación durante la diarrea, de un nivel en la línea de base de 21% a un nivel de 33% a medio término, un resultado significativamente más alto que para las comunidades de control, que mostraron niveles similares en torno a 16% tanto en línea de base como en medio término. Los niveles de mujeres que mantuvieron o aumentaron la lactancia materna permanecieron altos en ambos grupos, tanto para enfermedad diarreica (96% dentro del AIN, 95% para grupo de control) como para las IRA (91% dentro del AIN, 88% para control). Para alimentación complementaria, por otra parte, 6% de las mujeres en las comunidades de AIN, y 8% en las comunidades de control suspendieron la alimentación durante este episodio de diarrea. Diez por ciento de mujeres, tanto dentro del AIN como de las comunidades de control, reportaron que suspendieron la alimentación de sus hijos durante este episodio de IRA.

En términos de conocimiento de signos de peligro, las mujeres dentro del AIN se mostraron significativamente más propensas a conocer dos o más signos de peligro de deshidratación, y al menos un signo de peligro relacionado con las IRA que sus contrapartes de las comunidades de control. En cuanto a conocimiento de signos de peligro en general, tanto las mujeres dentro del AIN, como las de control, mostraron resultados similares a medio término, con ganancias significativas en ambos grupos respecto a sus líneas de base. Sin embargo, el incremento en el conocimiento de signos generales de peligro en las comunidades de AIN, al paso del tiempo, sobrepasó significativamente al de las comunidades de control.

Otro punto focal importante del programa es el relacionado con conocimientos y prácticas de la lactancia. Aunque más de la mitad de las mujeres de ambos grupos mencionaron que los niños se enferman con menos frecuencia como un beneficio de la lactancia, las mujeres dentro del AIN eran significativamente más propensas que las de control a mencionar el crecimiento adecuado como otro beneficio. Más de la mitad de las mujeres dentro del AIN sabían de la lactancia materna exclusiva, y cuatro de cada cinco de esas mujeres mencionaron correctamente que seis meses era el período de tiempo adecuado. Lo que es aún más importante para el programa es que este conocimiento se lleva a la práctica. La lactancia como forma de alimentación única para niños menores de 6 meses se elevó, de 21% en la línea de base a 39% en medio término en las comunidades de AIN, un nivel significativamente más alto que el 13% encontrado en las comunidades de control a medio término. Mientras el nivel de lactancia exclusiva crece, la proporción de niños que comienzan a recibir otros líquidos como agua, otras leches, jugo, té y café o alimentos complementarios antes de alcanzar los seis meses de edad en las comunidades de AIN, está decreciendo.

Además de evaluar el nivel de lactancia exclusiva, fue calculado un marcador combinado de alimentación infantil, considerando la frecuencia de lactancia, el patrón de lactancia con alimentos complementarios, la frecuencia del consumo de alimentos complementarios y el uso de biberones, como las prácticas clave que el AIN busca mejorar. A medio término, las mujeres de las comunidades de AIN mostraron marcadores significativamente más altos en su promedio en este índice para niños de 6 a 12 meses y 12 a 23 meses que sus contrapartes de las comunidades de control. Las mujeres del AIN también calificaron significativamente

más alto que las de control en un marcador combinado de conocimientos y actitudes generales basado en nueve variables relacionadas con la alimentación infantil.

Los resultados arrojados por la encuesta de medio término demuestran que el programa de AIN comunitario está alcanzando su objetivo de promover el crecimiento de los niños menores de dos años. El crecimiento es promovido integrando actividades en nutrición diseñadas para mejorar las prácticas alimentarias y el estado nutricional con la prevención de enfermedades. Las medidas de prevención incluyen vacunación y prácticas adecuadas de atención y búsqueda de ayuda para los niños con enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas.

Los resultados de la encuesta de medio término muestran que el programa de AIN se está implementando como se esperaba. Manifiestan una adecuada cobertura de los niños menores de dos años en las comunidades de AIN, un contacto regular con las madres de estos niños en las sesiones mensuales de pesado, y consejería específica orientada a la tendencia de crecimiento y salud de cada niño. Como demuestran los resultados de medio término para enfermedades diarreicas e IRA, las monitoras de AIN son reconocidas por sus comunidades como fuente de la primera atención. El nivel elevado de participación y los contactos frecuentes de las mujeres al cuidado de los niños con las monitoras de AIN están logrando un aumento de la cobertura de todas las vacunas, salvo de BCG, que parece estar rezagándose a causa de la menor prevalencia de nacimientos institucionales en las comunidades de AIN. El programa también ha probado ser eficaz en la ampliación de la cobertura con suplementos de hierro y en el mantenimiento de altos niveles de cobertura con vitamina A.

Además de resaltar algunos de los logros del programa de AIN a la fecha, los resultados de medio término orientan sobre aquellos aspectos del programa que deben ser fortalecidos. Estos aspectos incluyen el apoyo al registro temprano de los niños a través de las visitas domiciliarias a recién nacidos, el fortalecimiento de la concentración de la participación en las sesiones mensuales de peso (hacia la meta de 100% de los niños pesados cada mes) y el incremento del uso de láminas de consejería como herramienta para mejorar las prácticas de las mujeres al cuidado de niños.

---

# 1. Introducción

## 1.1. Análisis de Situación en Honduras <sup>2</sup>

Honduras es una república centroamericana con una población estimada en 5.6 millones y una tasa de crecimiento anual de 2.8%. El producto nacional bruto per cápita de Honduras es uno de los más bajos de todo el Hemisferio Occidental y, consecuentemente, la población enfrenta problemas de mala nutrición, salud y educación.

Aunque Honduras se está modernizando, cerca de la mitad de su población reside en áreas rurales. Cerca de un cuarto de las viviendas hondureñas carece de una fuente de agua potable en su propiedad, más de una quinta parte no tiene instalaciones sanitarias adecuadas, y dos habitantes de cada cinco carecen de energía eléctrica.

Honduras ha mostrado una importante disminución en la tasa de mortalidad de menores de 5 años en la década pasada con 45 por cada 1,000 nacidos vivos en el 2001. Cuarenta y dos por ciento de estas muertes sucedieron durante el primer mes de vida. Las enfermedades diarreicas con deshidratación y las infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores son dos principales causas de muerte infantil. Contribuyendo a la tasa de mortalidad en menores de cinco años, la estancada tasa de desnutrición en niños pequeños obedece principalmente a enfermedades y a prácticas pobres de alimentación, más que a una escasez de alimentos.

Los servicios básicos de salud son proveídos por la Secretaría de Salud (SS). Esta, a través de la Sub Secretaria de Riesgos Poblaciones, da alta prioridad a programas dirigidos a las necesidades de mujeres y niños, especialmente mejorando su acceso a los servicios. Para esto, la SS apoya tres programas nacionales: Atención Integral a la Niñez (AIN), Atención Integral a la Mujer (AIM), y el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). En cada programa, la SS busca:

- a) Descentralizar redes de provisión de servicios enfocadas en la población de difícil acceso para lograr mejor eficiencia, equidad y participación,
- b) Mejorar la capacidad del personal del sistema de salud,
- c) Incrementar la participación de la comunidad en la planificación del sector salud, y
- d) Diversificar la financiación del sector salud.

La Agencia para el Desarrollo Internacional de los EUA (*U.S. Agency for International Development, USAID*) es uno de los principales colaboradores de la Secretaría de Salud, y ha declarado como un objetivo estratégico de la misión las “Mejorías Sostenibles en Salud Familiar.” Para la USAID y el gobierno de Honduras, esto significa incrementar el acceso y la equidad en el uso de los servicios de salud. El gobierno ha decidido llevar algunos de estos

---

<sup>2</sup> La información citada en esta sección se extrajo de las *Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar, 1996* con excepción de las características de las viviendas y cifras de mortalidad, que provienen de tabulaciones preliminares de la encuesta nacional del 2001.

servicios al nivel de las comunidades extendiendo el programa de AIN para llegar a las comunidades con bajos indicadores de desarrollo. El enfoque principal está dirigido a la población de menores de dos años, a través de contactos mensuales en la comunidad, consejerías en alimentación infantil y cuidados básicos, así como seguimiento en lo relacionado con vacunación y micronutrientes. Todos los niños menores de cinco años con enfermedades reciben evaluación, clasificación, cuidados básicos, tratamiento y referencias para enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas. Inicialmente, el tratamiento se da a través del componente del AIN en los centros de salud, y posteriormente está disponible a través del componente comunitario, una vez que las voluntarias de la comunidad han sido capacitadas en el manejo de las enfermedades.

El apoyo de la USAID a la SS ha sido continuo desde 1981, comenzando con los programas bilaterales Sector Salud I y II (1981-2000), reafirmandose con el acuerdo *Nueva Programación*, recientemente firmado (tratado entre la SS y la USAID para 2001-2003). Desde 1995, un enfoque principal de la USAID ha sido su apoyo al programa nacional de salud infantil Atención Integral a la Niñez (AIN) de la Secretaría de Salud, a través de los proyectos Sector Salud II y III, y con apoyo técnico de los Proyectos BASICS I y II. El programa de AIN, que fue creado, refinado, implementado y ahora expandido a nuevas áreas se ha convertido en un modelo para dirigir los servicios a los más necesitados. El programa se enfoca en los servicios que previenen problemas de salud, así como en el tratamiento de ellos, y en su manejo comunitario, apoyado por consultas externas ocasionales de parte de centros de salud.

## **1.2. Historia y Desarrollo del Programa de AIN**

El programa de AIN en Honduras comenzó a principios de la década de los 90, cuando la SS comenzó a usar al crecimiento adecuado y no al estado nutricional, como indicador de salud infantil. Este abordaje –la promoción del crecimiento infantil a través de la evaluación de las ganancias adecuadas en el peso, sobre mediciones mensuales- detectara problemas en una etapa temprana. Esto actuara como catalizador para resolver problemas como enfermedades, malas prácticas de alimentación, o situaciones relacionadas con el cuidado general de los niños a nivel doméstico en los críticos primeros dos años de vida, cuando los niños son más susceptibles de sufrir secuelas permanentes de la desnutrición.

Considerando que la cobertura era la clave del éxito, y que una buena cobertura no podría lograrse limitando los servicios al nivel de los establecimientos, el gobierno decidió ofrecer la promoción del crecimiento en la comunidad. En 1992-1993, se pusieron en marcha pruebas piloto del programa comunitario en las áreas de salud de Copán, Lempira, y La Paz. Las pruebas piloto fueron un éxito y el programa se expandió a más áreas de salud y a más comunidades dentro de esas áreas. En 1994, la SS definió al AIN como su estrategia de salud infantil. La SS también lo estableció como un programa de salud infantil en sus establecimientos, incluyendo el manejo estandarizado de casos y expandiendo el programa comunitario.

En 1995, el Proyecto BASICS I, financiado por la USAID, revisó la experiencia comunitaria inicial (en términos de las percepciones de los trabajadores de salud y de la comunidad) y el

potencial de sostenibilidad. El estudio descubrió un fuerte compromiso entre los trabajadores de salud y un alto nivel de participación de las madres en el programa.

En 1996, la SS convocó a un taller nacional con participantes de las áreas piloto originales y representantes de las regiones de salud para revisar los hallazgos de la evaluación del proyecto BASICS y para discutir áreas de fortalecimiento del programa. Surgieron numerosas necesidades: sistematizar la estructura del programa, documentar las experiencias a la fecha, desarrollar herramientas para implementar el programa, desarrollar un sistema de capacitación, y vincular al AIN con la estrategia nacional para la equidad en la oferta de servicios de salud (*ACCESO*). BASICS contrató consultores locales para trabajar con la SS en la producción de materiales y posteriormente contrató a una enfermera / nutricionista para desarrollar y coordinar la capacitación. Mientras se desarrollaban los materiales, se fueron agregando lecciones aprendidas de programas a gran escala en otros países para reforzar las herramientas disponibles. Estos conceptos incluyeron la tarjeta de barras para la evaluación del progreso de cada comunidad<sup>3</sup>, las láminas de consejería, y un énfasis más fuerte en el manejo de enfermedades. La investigación de Ensayos de Prácticas Mejoradas, o TIPS (siglas en inglés de *Trials of Improved Practices*)<sup>4</sup> ofreció una idea de lo que las familias podían hacer para mejorar la calidad de la dieta de sus niños. Los resultados de esta investigación fueron usados para los protocolos de AIEPI institucional y las láminas de consejería.

Durante 1996 y principios de 1997, se había desarrollado un juego completo de materiales para el programa comunitario. Este material incluía una guía para personal institucional basado en las normas de la SS, un manual para consejeras voluntarias comunitarias, conocidas como *monitoras*, un currículum de capacitación, y una serie de 20 láminas de consejería que fueron desarrolladas con la asistencia técnica del Proyecto BASICS I. El concepto de incremento *adecuado* de peso (en oposición a un incremento de peso cualquiera) fue agregado también al programa, y una tabla de incremento mínimo de peso fue adaptada de los materiales CLAP. En cada pesaje, la monitora podría determinar el peso mínimo esperado para cada niño para la siguiente sesión de AIN.

Usando estos materiales, la capacitación institucional en el AIN comenzó en 1997 en 9 de las 42 áreas de salud de Honduras. Dentro de un área de salud dada, el AIN fue introducido en los centros de salud<sup>5</sup> con la capacitación del personal de enfermería. Los centros de salud llevaron entonces al programa fuera de sí mismos, introduciéndolo a nuevas comunidades a una velocidad de dos por año por centro de salud. En el mismo año, el componente clínico de la Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), se inició a nivel institucional para atender a niños menores de cinco años, mientras que un componente

---

<sup>3</sup> La tarjeta de barras grafica los datos del monitoreo mensual en cinco columnas que muestran el número de niños registrados en el programa, el número de niños pesados ese mes, el número de niños con aumento de peso adecuado ese mes, el número de niños con aumento de peso inadecuado ese mes, y el número de los que mostraron aumento inadecuado en ese mes y el mes anterior.

<sup>4</sup> TIPS es la metodología recomendada por la Organización Mundial de la Salud para la adaptación de la canasta básica de AIEPI.

<sup>5</sup> Estos centros de salud se conocen localmente como *CESAMO* (*Centros de Salud con Médico*) o *CESAR* (*Centros de Salud Rural*), dependiendo de si cuentan con un médico entre su personal.

complementario del AIN basado en la comunidad se enfocó en niños menores de dos años.<sup>6</sup> Durante este tiempo, el programa de AIN siguió evolucionando en la medida que su contenido técnico iba siendo revisado y mejorado.

El lanzamiento oficial de la capacitación institucional se llevó a cabo de octubre de 1997 a marzo de 1998 para el personal de salud de sector, de área y de región, que posteriormente funcionaría como facilitadores en la capacitación en los centros de salud de las nueve áreas originales. Para lanzar los programas de AIN comunitario se sostuvieron reuniones con líderes locales y familias de cada comunidad para discutir el programa y reclutar un equipo de voluntarias que funcionarían como *monitoras* en sus comunidades. Frecuentemente, estas nuevas reclutas eran mujeres que habían participado en otros puestos voluntarios, incluyendo puestos en otras iniciativas de la SS antes de trabajar con el programa de AIN. De forma típica, las monitoras trabajan en un equipo pequeño de al menos tres miembros. Son supervisadas por una enfermera auxiliar del centro de salud correspondiente a su área. Estas enfermeras en turno son supervisadas periódicamente por las enfermeras del sector o del área de salud. (*Sírvase a ver el Anexo A para una visión general de la estructura del sector salud en Honduras.*)

De diciembre de 1997 a marzo de 1998, todos los 192 centros de salud de las 9 áreas de salud originales cubiertas por el programa recibieron capacitación en el programa de AIN. Luego cada uno de estos centros de salud estableció dos programas comunitarios. Para cada comunidad fueron preparados mapas y líneas de base comunitarias por enfermeras supervisoras con asistencia de voluntarios, y fueron reclutadas y capacitadas las monitoras. En marzo de 1998, cada comunidad concluyó con la fase preparatoria -que había comenzado con la primera reunión con la comunidad- llevando a cabo la primera sesión mensual de promoción del crecimiento. Con el tiempo, este proceso preparatorio a nivel comunitario se ha acelerado, de un período de alrededor de seis meses a cerca de tres, en promedio.

En otoño de 1999, la SS emitió un decreto estableciendo al AIN como programa nacional de salud y nutrición infantil basado en la comunidad, y como un modelo combinado de cuidado preventivo y curativo. La conducción del programa debía primero enfocar el componente basado en la comunidad en la prevención, detección temprana y referencias de niños enfermos menores de dos años de edad. El componente de los centros de salud del programa continuó atendiendo a los niños menores de cinco años, mientras las monitoras de AIN terminaban con su capacitación en manejo de enfermedades. Un módulo de manejo de enfermedades debía ser agregado al programa comunitario en los primeros seis meses de lanzamiento del programa de AIN básico en cada comunidad. Para el momento de esta encuesta, sólo en unas cuantas comunidades de las nueve áreas de salud que son sujetas a esta evaluación se había recibido capacitación, por lo que el impacto de esta capacitación no se midió en la encuesta de medio término.

El programa de AIN se ha expandido más allá de los establecimientos de la SS para incluir a otras instituciones, como las ONGs locales. La capacitación en el Programa de AIN para los estudiantes de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH) inició con la

---

<sup>6</sup> En Honduras, el programa completo -tanto el componente institucional como el comunitario- se conoce como "AIN." Esta evaluación se enfocó en el componente comunitario del programa AIN.

revisión del currículum de la enfermería profesional y estableció una relación con la universidad. Luego, el abordaje se extendió a las Universidades de San Pedro Sula y La Ceiba y a escuelas de auxiliares de enfermería. BASICS participó en este proceso desarrollando un currículum para un curso en programación de AIN.

Más allá de la expansión a través de un creciente círculo de socios, el AIN también se está extendiendo geográficamente, tanto hacia nuevas áreas de salud, como incrementando la densidad del programa al agregar nuevas comunidades en las áreas existentes. Un comité inter-institucional conformado como AIN/AIEPI ha sido consolidado y es dirigido por la SS. El comité comprende a la USAID, a BASICS II, a la UNICEF, a la OPS, a la Cruz Roja Hondureña y Americana, a ONGs (CARE, MERCY Corps, Save the Children, World Neighbors), al PRAF (un programa de transferencia de fondos de la Oficina de la Presidencia financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo), la UNAH, y estudiantes de escuelas de enfermería auxiliar.

### **1.3. Descripción del Programa de AIN**

La estructura básica del programa de AIN comunitario se enfoca en las sesiones de monitoreo y promoción del crecimiento mensuales. En cada sesión, las monitoras pesan a cada niño menor de dos años de edad, registran el peso en la tarjeta de control de crecimiento del niño (que queda en poder de la persona a su cuidado) y en el listado comunitario, evalúan el crecimiento del niño con respecto al aumento de peso esperado, diagraman la curva de crecimiento en la tarjeta y ofrecen consejería. Como parte de la consejería, las monitoras indagan acerca de la salud del niño y sobre las prácticas de cuidado y alimentación de la persona encargada del cuidado del niño, usando una o más de las 20 láminas del juego. Cada persona al cuidado de niños recibe consejería acerca de cómo mantener o mejorar el crecimiento con mensajes claves sobre la lactancia, la alimentación infantil, el cuidado de enfermedades y la higiene. A los niños seriamente enfermos se les remite a consulta en el centro de salud. El personal del centro de salud está disponible para inmunizaciones, aplicación de suplementos de hierro y vitamina A y planificación familiar. Para los niños recién nacidos, los ausentes de las sesiones mensuales de peso, y aquellos con inadecuada ganancia de peso o alguna enfermedad, las monitoras llevan a cabo visitas domiciliarias de seguimiento.

Las sesiones mensuales de peso son sostenidas el mismo día de cada mes (con variantes mínimas en caso de días festivos) para que las personas al cuidado de los niños sepan cuando llevarlos a ser pesados. Los datos de monitoreo mensual son recopilados de los listados comunitarios y reportados a los centros de salud. Los datos son presentados en gráficas de barras que ilustran los resultados de las sesiones mensuales de peso por el número de niños registrados, el número de niños pesados, el número de niños con aumento adecuado de peso, el número de niños con aumento inadecuado de peso, y el número de los que muestran un aumento inadecuado por dos meses consecutivos. Tres o cuatro veces al año, los voluntarios, el centro de salud, y la municipalidad sostienen reuniones comunitarias para discutir el crecimiento de los niños, y para planear acciones colectivas que crearán un medio ambiente favorable para el crecimiento de los niños.

El programa de AIN se basa en las siguientes premisas:

- 1) La desnutrición contribuye a más del 50% de la mortalidad infantil. Por eso, para lograr reducir la mortalidad, deben volcarse esfuerzos adicionales por reducir los niveles de desnutrición leve a moderada. Esto es especialmente cierto en países con tasas de mortalidad decrecientes pero tendencias estables en desnutrición.
- 2) La desnutrición es un proceso, no un estado del ser. En su mayor parte, la desnutrición ocurre durante los dos primeros años de vida, por lo que debe ponerse atención especial a estos años críticos. Dado que la mayoría de los niños nacen sanos, es más fácil y más eficiente mantenerlos sanos que rehabilitarlos.
- 3) La falta de crecimiento o de un aumento de peso es un signo visible y objetivo de un problema. Es por lo tanto un buen mecanismo para señalar a los niños que requieren atención especial antes de que un problema se vuelva difícil de resolver.
- 4) En vista de que los niños se desarrollan rápidamente en los primeros dos años de vida, los contactos deben ser frecuentes (mensuales) para detectar problemas y mantener su crecimiento.
- 5) La corrección de muchos problemas de nutrición y salud está dentro de las capacidades de las familias si los problemas son detectados de forma temprana y las familias reciben consejos adecuados y apoyo para aplicar tales consejos. Los primeros esfuerzos deben ser dirigidos a mejorar las prácticas dentro de la familia antes de buscar soluciones fuera de ésta o de la comunidad.
- 6) Llegar a todos los niños de una comunidad fortalece la equidad y por ende el impacto en la salud pública.

Este programa tiene el potencial de marcar la diferencia en la salud infantil a nivel nacional en la medida en que se esfuerza por llegar a todas las familias con niños menores de dos años de cada comunidad con un paquete completo de servicios preventivos ofrecidos por las monitoras comunitarias. El programa también alcanza a las familias de niños menores de cinco años con el reconocimiento básico de enfermedades, tratamiento y referencias.

---

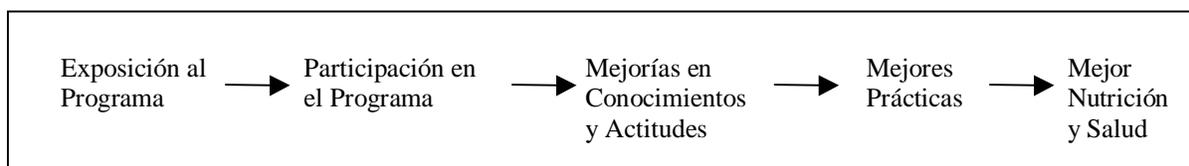
## 2. Metodología

### 2.1 Objetivos de la Encuesta y Marco Conceptual de la Evaluación

El plan de evaluación del programa de AIN está diseñado para proveer comparaciones previas y posteriores (tanto de tipo *cross-sectional* como de longitudinal) a través de encuestas de hogares de línea de base, medio término, y final. La comparación entre las comunidades de AIN y las de control a lo largo del tiempo demuestra la contribución del programa de AIN en la reducción en la prevalencia de desnutrición y en la duración y severidad de las enfermedades en niños menores de dos años. Mientras que las encuestas de línea de base y final incluyen datos sobre el impacto del programa, el medio término documenta cambios ocurridos en las comunidades intervenidas durante la implementación del programa en comparación con datos de las comunidades de control. La evaluación también examina conocimientos, búsqueda de ayuda y tratamientos para enfermedades comunes de la niñez, gracias a que el programa de AIN se ha expandido para incluir identificación, tratamiento y referencias para estas enfermedades.

El objetivo de la encuesta de medio término del AIN en el año 2000 fue de ofrecer información sobre variables incluyendo participación en el programa, conocimientos, actitudes, y prácticas a nivel doméstico. La población objetivo estudiada en esta evaluación comprende a las mujeres al cuidado de niños menores de dos años. Además de ofrecer información sobre el estado actual de estas variables, los datos arrojados por la encuesta de medio término contribuirán a las conclusiones sobre la efectividad y el impacto del programa, cuando se complementen con los datos de la evaluación final. De esta forma, como se muestra en la Figura 2.1, el marco conceptual general para la evaluación del programa de AIN puede ser resumido en una serie de pasos orientados hacia la meta de impactar favorablemente el estado nutricional y de salud de la niñez, comenzando con la exposición al programa y la participación en el mismo.

**Figura 2.1: Marco Conceptual para la Evaluación del AIN**



De especial relevancia para el impacto en la salud pública dentro de este modelo conceptual son las áreas de mejorías en las prácticas, mejor estado nutricional y de salud. Estas áreas tienen indicadores medibles relacionados con mejorías en consejería y cuidados de enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas (IRA) y con la promoción de mejores prácticas relacionadas con la alimentación de niños menores de dos años.

## 2.2 Revisión del Diseño de Encuesta de Línea de Base

En 1998 BASICS llevó a cabo una encuesta de hogares en seis de las nueve áreas de salud originales cubiertas por el programa de AIN, como la primera de las tres etapas de la evaluación longitudinal. En 1998 la línea de base usó una muestra estratificada de cuatro etapas. En la primera, las áreas de salud fueron clasificadas en una de tres estratos geográficos - urbano, mixto y rural - de acuerdo con la clasificación percibida como la dominante en esta área de salud. Dos áreas de salud fueron elegidas al azar dentro de cada uno de los tres estratos, obteniéndose un total de seis áreas: Metro San Pedro Sula, Choloma / Lima, Puerto Cortés, Siguatepeque, Santa Cruz de Yojoa, y La Paz. Es importante notar sin embargo, que estas clasificaciones en estratos geográficos fueron hechos con el propósito de obtener una muestra que reflejara el alcance de la experiencia del programa de AIN en diferentes escenarios, en lugar de un resultado de la aplicación de una fórmula rigurosa de densidad de población. Por lo tanto, estas distinciones dentro de la muestra general consideran las características de cada área de salud *en relación con las otras*. La mayoría de las comunidades en cinco de las seis áreas de salud estudiadas (Metro San Pedro Sula siendo la excepción) son predominantemente rurales. Por esto, el análisis de la información de medio término no se presenta por estos “estratos” relativos.

En la segunda etapa fueron seleccionadas al azar Unidades Productoras de Servicios de Salud, o *UPS* (centros de salud) dentro de cada una de las seis áreas, con la probabilidad de selección proporcional al número de centros de salud en esta área en relación al número total de centros de salud.

En la tercera etapa se eligieron comunidades. En cada centro de salud, fueron usadas en la selección las listas de comunidades aprobadas por la SS para participar en el programa de AIN durante el año siguiente. Las comunidades de estudio fueron seleccionadas con probabilidad proporcional al tamaño con 40 viviendas considerado como el tamaño mínimo requerido para incluir a una comunidad en el proceso de selección. Una vez que las comunidades de AIN fueron seleccionadas, comunidades de control atendidas por el mismo centro de salud fueron equiparadas con las comunidades de AIN con respecto a sus respectivos tamaños y a estimaciones de su distancia del centro de salud. Equiparando comunidades AIN y control (no viviendas) en pares, los grupos AIN y control pudieron ser analizados como grupos independientes.

En la etapa final, se muestrearon viviendas al azar dentro de las comunidades seleccionadas utilizando mapas preparados por un cartógrafo profesional que identificaron todas las viviendas con niños menores de dos años. Se muestra un resumen de este diseño de muestreo en la Tabla 2.1.

**Tabla 2.1: Resumen de Niveles y Procesos de Selección de la Muestra**

Nivel de Selección	Seleccionadas (os)	Tipo de Selección
Estratos	Áreas de Salud	Completamente al azar
Áreas de Salud	Centros de Salud UPS	Completamente al azar
UPS	Comunidad AIN	Azar por UPS
	Comunidad Control	En pares con comunidades AIN sobre: 1) Distancia al centro de salud 2) Tamaño (seleccionando la más afín a la comunidad AIN)
Comunidad	Vivienda	Muestreo sistemático al azar

Para permitir una evaluación amplia del programa, la muestra de la línea de base se estableció sobre un 95% de nivel de certeza ( $\alpha = 0.05$ ,  $\beta = 0.80$ ) y sobre una reducción esperada del 10% en la prevalencia de la desnutrición como indicador del impacto. El tamaño de la muestra obtenida fue de 1,467 niños menores de dos años con una submuestra de 769, para los cuestionarios más detallados de frecuencia alimentaria y recordatorio de dieta en las últimas 24 horas. La encuesta de línea de base buscó muestrear a 15 niños menores de dos años por comunidad en un total de 100 comunidades (50 AIN y 50 control).

### 2.3 Diseño de Muestreo para la Encuesta de Medio Término

La muestra de comunidades de la encuesta de línea de base fue usada como la base para la muestra del medio término. Dado que el objetivo de la encuesta de medio término era evaluar la implementación del programa, y no determinar su impacto, el equipo de planeación de la encuesta decidió que sería suficiente una muestra más pequeña. Usando la lista de comunidades seleccionadas en la línea de base como guía, el equipo de planeación de la encuesta seleccionó un subgrupo de comunidades para la encuesta de medio término. El criterio para incluir un par de comunidades AIN-control fue que ambas comunidades debían haber tenido por lo menos 15 niños menores de dos años al momento de la línea de base. Este criterio permitió una recolección de datos más eficiente, con el reconocimiento de que podría introducirse algún sesgo en la muestra al eliminar a las comunidades más pequeñas (pero no necesariamente las más alejadas). Por esto -para controlar el sesgo potencial- los análisis entre la línea de base y el medio término usaron sólo las comunidades de la base de datos de línea de base que fueron reevaluadas para el medio término.

El anexo B resume la lista de centros de salud y los pares de comunidades que fueron incluidos en las encuestas tanto de medio término como de línea de base, contra los pares de comunidades que fueron excluidos del muestreo de medio término y la razón para eliminarlas de la muestra. Dada la variedad de circunstancias que causó la exclusión de algunos pares, las 31 pares de comunidades de AIN-control restantes fueron incluidas en el diseño de la muestra del medio término, permitiendo un margen de error sobre la muestra deseada de 30 pares. Durante el trabajo de campo, no pudieron identificarse comunidades de control sustitutas para reemplazar dos comunidades en las cuales una ONG había lanzado un programa de AIN, llevando a un conteo final de 31 comunidades de AIN y 29 de control evaluadas. (*Sírvase a ver el Anexo C para la lista de comunidades seleccionadas*).

Dentro de las comunidades muestreadas, los listados de niños menores de dos años fueron recogidos de las monitoras en las comunidades de AIN antes de la encuesta. Estos listados fueron usados para un muestreo a propósito de viviendas en las comunidades de AIN. En comunidades de control, los archivos sobre vacunaciones en los centros de salud y discusiones con representantes comunitarios fueron usados para identificar niños menores de dos años para la muestra.

## **2.4 Tamaño de Muestra y Selección de Viviendas**

Dentro de cada vivienda seleccionada para la encuesta de medio término, las entrevistadoras seleccionaron al menor de todos los niños menores de dos años de edad como niño índice, y la persona al cuidado de él debió contestar el cuestionario individual del niño. En vista de que la encuesta de medio término no incluía las mediciones de impacto que habían sido incluidas en la línea de base (antropometría infantil y recordatorio de dieta en las últimas 24 horas), el equipo de planeación de la evaluación esperaba que las entrevistadoras lograran un promedio de tamaño de muestra por comunidad de entre 18 y 21 viviendas, incrementándolo sobre el objetivo de 15 viviendas por comunidad en la encuesta de línea de base.

La muestra fue diseñada para detectar cambios estadísticamente significativos sobre la línea de base con un nivel de confiabilidad en la muestra de un 95% ( $\alpha = 0.05$ ;  $\beta = .80$ , donde  $H_0: P_{AIN} = P_{Control}$ ). Las suposiciones en el diseño del muestreo incluyeron: un efecto del diseño de muestreo de 2, varianzas desconocidas para un indicador del tipo binomial de dos poblaciones independientes, y un 10% de pérdida debida a faltas de respuesta. Se calculó que un tamaño de muestra de 21 viviendas por comunidad sería suficiente para demostrar una diferencia significativa mínima de 13% entre los grupos AIN y control en indicadores clave relacionados con prácticas.

## **2.5 Diseño y Contenido de los Cuestionarios**

La encuesta de medio término utilizó un cuestionario para la vivienda y un cuestionario individual sobre el niño basado en los cuestionarios usados para la línea de base en 1998 con algunas modificaciones. Estas modificaciones incluyeron: ligeras aclaraciones de redacción en algunas preguntas para permitir distinguir claramente entre las actividades de las monitoras de AIN y las parteras o el personal de los centros de salud CESAR y CESAMO; la adición de más respuestas pre-codificadas para algunas preguntas; la adición de preguntas sobre aspectos programáticos del AIN; y el reordenamiento de algunas preguntas para patrones de flujo y salto más lógicos. Además, una sección entera sobre participación en actividades comunitarias, incluyendo programas de monitoreo y promoción de crecimiento, fue trasladada del cuestionario sobre el niño al cuestionario sobre la vivienda para garantizar que las respuestas relacionadas con las monitoras de AIN fueran identificadas claramente desde el principio de la entrevista.

La versión final del cuestionario de la vivienda tenía 27 preguntas con información general sobre el medio en el cual el niño vive, incluyendo aspectos de las viviendas, estado socio-económico, edad, composición de género de la familia, y de participación en programas de asistencia social comunitaria.

El cuestionario individual del niño se enfocaba en el “niño índice” de cada vivienda, que era el menor de todos los menores de dos años que vivían en la vivienda al momento de la encuesta. Este cuestionario contenía 213 preguntas sobre varios de los siguientes temas de salud y nutrición:

- Características de la mujer al cuidado del niño
- Atención del parto y postparto
- Vacunación y aplicación de suplementos de micronutrientes
- Crecimiento y desarrollo del niño
- Enfermedades diarréicas
- Infecciones respiratorias agudas
- Lactancia materna
- Prácticas alimentarias

El contenido de las secciones del cuestionario individual de medio término para el niño buscó captar los siguientes tipos de información:

***Características de la Mujer al Cuidado del Niño:*** En las comunidades evaluadas, la situación más frecuente es que la persona al cuidado es la madre del niño; sin embargo, hay casos en que la madre trabaja o por otras razones está fuera de casa por largos períodos de tiempo durante los cuales otra persona se hace cargo del cuidado del niño. Por tanto, esta sección identificaba primero a la persona al cuidado del niño y su relación con él. Luego se enfocaba en las características básicas de la madre o la persona al cuidado que podían influir en los conocimientos, actitudes, y prácticas relacionadas con el cuidado de un niño, incluyendo las siguientes:

- Edad de la madre o persona al cuidado
- Presencia de marido o compañero varón en la vivienda
- Número de nacidos vivos que la madre ha alumbrado
- Número de niños fallecidos antes de los cuatro años
- Nivel educativo máximo alcanzado por la madre o persona al cuidado
- Tipo de empleo y estado laboral
- Tiempo que la madre pasa fuera de casa.

***Atención del Parto y Cuidados Postparto:*** Esta sección incluía datos sobre los siguientes temas:

- Lugar del parto
- Peso al nacer del recién nacido
- Existencia de vacunas o tarjeta de salud para el niño
- Si la madre recibió una visita postparto en su domicilio, de parte de quién, y las actividades de las visitas

***Vacunación y Aplicación de Suplementos de Micronutrientes:*** Para completar esta sección, las entrevistadoras solicitaron la tarjeta de vacunación del niño a la mujer que se entrevistaba. Si se disponía de la tarjeta del niño, la entrevistadora copiaba los datos directamente al cuestionario. Si no se disponía de la tarjeta, la entrevistadora hacía una serie de preguntas para recolectar datos de recordatorio. Los temas cubiertos en esta sección incluían:

- Vacunación
- Aplicación de suplementos de vitamina A para niños mayores de 6 meses
- Aplicación de suplementos de hierro para niños mayores de 4 meses
- Desparasitantes

***Crecimiento y Desarrollo del Niño:*** Esta es la sección más extensa del cuestionario. Aquí se buscó determinar la participación del niño en el programa de monitoreo y promoción del crecimiento, así como los conocimientos generales y actitudes de la madre en cuanto al crecimiento del niño. Esta sección, específicamente, atendió a los siguientes puntos:

- Si el niño fue llevado a monitoreo de crecimiento, dónde, y cuánto tiempo después de su nacimiento fue llevado por primera vez
- La percepción de la cuidadora del niño
- Información sobre inscripción, participación y consejería en programas de monitoreo y promoción del crecimiento
- Visitas domiciliarias de personal de programas de crecimiento, incluyendo la frecuencia de las visitas, las razones por las visitas, las actividades y los consejos ofrecidos
- Mensajes sobre crecimiento inadecuado que la persona al cuidado pueda haber recibido
- Datos de peso de las tarjetas de control de crecimiento, diagramación de la curva de crecimiento, comprensión del significado de la curva de crecimiento por parte de la persona al cuidado, conocimiento de signos de falta de crecimiento, y consejos recibidos
- Reconocimiento de las láminas de consejería del programa de AIN

***Enfermedades Diarréicas:*** En esta sección, las preguntas sobre enfermedades diarréicas se enfocan en episodios durante las dos semanas anteriores a la encuesta y sobre las prácticas de cuidados y búsqueda de atención. Se hizo un esfuerzo por diferenciar entre los cuidados y consejos de las monitoras de AIN y los del personal de CESAR/CESAMO y otros proveedores de servicios de salud. Se recolectaron específicamente los siguientes datos:

- Incidencia y duración de la diarrea y signos de sangrado o deshidratación
- Si se solicitó atención; en qué orden se buscó, si se recurrió a múltiples proveedores; cuánto tiempo pasó luego del inicio del episodio antes de buscar la atención; qué consejos se recibieron, si se siguieron los consejos o no, y en caso negativo, por qué no.
- Prescripciones recibidas y tratamiento dado directamente por la madre
- Uso de solución de rehidratación oral (conocida como *litrosol* en Honduras)
- Prácticas de alimentación complementaria y lactancia, durante y después del episodio
- Conocimiento de prácticas para minimizar la incidencia de la diarrea
- Actitud acerca del reconocimiento de episodios graves

***Infecciones respiratorias agudas:*** En esta sección las preguntas se enfocaron en episodios de tos o dificultad para respirar acompañada por respiración rápida en las dos semanas anteriores a la encuesta, y en la búsqueda de atención y las prácticas de cuidados. Se distinguieron entre los cuidados y consejos de las monitoras de AIN y los del personal de

CESAR/CESAMO y otros proveedores de servicios de salud. Se recolectaron específicamente los siguientes datos:

- Incidencia de infecciones respiratorias agudas y presencia de signos de peligro
- Si se solicitó atención; de quién se solicitó, en qué orden se buscó si se recurrió a múltiples proveedores; cuánto tiempo pasó luego del inicio del episodio antes de buscar la atención; qué consejos se recibieron; si se siguieron los consejos o no, y en caso negativo, por qué no.
- Prescripciones recibidas y tratamiento dado directamente por la madre
- Prácticas de alimentación complementaria y lactancia, durante y después del episodio
- Actitud acerca del reconocimiento de episodios graves

**Lactancia:** Esta sección comenzó con dos preguntas iniciales para determinar el tipo de anticonceptivos que estaban siendo usados por la madre del niño, si es que se utilizaba alguno, y enseguida se realizó una serie de preguntas sobre prácticas de lactancia y experiencia general de la madre, incluyendo lo siguiente:

- Si el niño fue amamantado en algún momento, y en caso negativo, por qué no
- Estado actual de la lactancia, y si se ha terminado, a qué edad sucedió, y por qué
- Si la madre había ordeñado su leche para su hijo en algún momento
- Frecuencia de la lactancia de día y de noche
- Si se recibieron consejos antes de destetar al niño o por algún problema; de quién y de qué clase fueron los consejos recibidos
- Conocimiento de los beneficios de la lactancia; de la lactancia exclusiva; y de formas de estimular la producción de leche materna

**Prácticas Alimentarias:** Esta sección expandió sobre el tema de la lactancia para recolectar información a profundidad sobre las prácticas de destete y las creencias que afectan a estas prácticas. Se recolectaron datos sobre lo siguiente:

- Uso de biberones
- Edad en la que fueron introducidos otros líquidos y alimentos por primera vez
- Primeros alimentos complementarios introducidos
- Frecuencia de la alimentación complementaria por día
- Actitudes concernientes a la introducción de agua, otros líquidos, y otros alimentos, incluyendo la edad ideal para su introducción; la preparación de alimentos complementarios, el horario para la última comida del día, y la cantidad de alimentos que un niño saludable de dos años debe consumir
- Experiencia con niños con problemas de apetito o falta de aumento de peso; prácticas; si se buscó consejos y de quién; qué consejos se recibieron; si se siguieron los consejos, y en caso negativo, por qué no

*(Sírbase a ver Anexo S, copia completa del cuestionario de medio término.)*

## **2.6 Capacitación, Trabajo de Campo y Logística**

Para la encuesta de medio término se formaron tres equipos de estudio, cada uno integrado por tres entrevistadoras, un supervisor y un chofer. Estos equipos fueron estrechamente supervisados por el coordinador local del estudio. La mayoría del personal de estos equipos

de campo mostraron amplia experiencia al conducir encuestas sobre salud materna e infantil. Cuatro de las entrevistadoras y el coordinador del estudio habían participado en la encuesta de línea de base, en 1998.

La capacitación del personal de trabajo de campo comenzó dando orientación a las supervisoras sobre los objetivos de la encuesta y sobre los contenidos y la manera de llenar los cuestionarios de recolección de datos. Las responsabilidades administrativas fueron discutidas, así como el manejo de los mapas comunitarios usados para seleccionar las viviendas donde se aplicarían los cuestionarios. Se preparó y distribuyó un manual para las supervisoras durante la capacitación.

La capacitación sobre el contenido de los cuestionarios y la conducta de las entrevistas se llevó a cabo del 11 al 14 de septiembre de 2000. El componente de la capacitación que se llevó a cabo en el salón de clases incluyó lo siguiente:

- Discusión del contenido técnico de las entrevistas
- Revisión de cada una de las secciones de los cuestionarios con explicaciones sobre los conceptos involucrados, la forma de hacer las preguntas y de registrar las respuestas
- Discusiones del modelo AIN, y de la capacitación de las monitoras en cuanto a la evaluación y registro del peso de los niños y del contenido de la consejería ofrecida a las madres
- Juegos de roles sobre las técnicas de entrevistado

Luego de la capacitación en el salón de clases, el 18 y 19 de septiembre del 2000, las entrevistadoras y supervisoras hicieron la prueba de campo y validación del cuestionario para corroborar su funcionalidad y para complementar la capacitación en salón de clases. Fueron conducidas entrevistas en dos comunidades -una AIN y una control- en el Departamento de Francisco Morazán, localizado fuera del área de la encuesta. Se consideró suficiente un período de dos días para esta prueba de campo y proceso de validación dado que el cuestionario se basó en el instrumento de línea de base que había sido probado más exhaustivamente.

En los dos días siguientes (20 y 21 de septiembre del 2000), el equipo discutió esta experiencia y revisó en detalle el cuestionario. Esto permitió identificar algunos patrones de salto equivocados, mejorar ligeramente la redacción de algunas preguntas y consolidar la capacitación del equipo de trabajo de campo.

El trabajo de campo comenzó el 24 de septiembre de 2000 y duró hasta el 25 de octubre del mismo año. Las supervisoras recibieron información logística que facilitaría el viaje y la estancia de los equipos de trabajo de campo, listados de niños menores de dos años en las comunidades de estudio, y mapas de las comunidades que visitarían. Estos mapas mostraban la ubicación de todas las viviendas de la comunidad. Las viviendas con niños menores de dos años fueron encerrados en un círculo. Sin embargo, estos mapas fueron actualizados solo para las comunidades de AIN; para las comunidades control, la selección de las viviendas dependió de los listados de niños menores de dos años que fueron proveídos por la UPS respectiva y actualizados al momento de la encuesta por líderes comunitarios.

Al terminar cada entrevista, las entrevistadoras revisaron los cuestionarios antes de dejar las viviendas. Al final de cada día de trabajo, los equipos de la encuesta se reunieron para intercambiar experiencias, revisar los cuestionarios con sus supervisoras y hacer las correcciones necesarias antes de dejar las comunidades de estudio. Las supervisoras, así como el coordinador del estudio, acompañaron a las entrevistadoras de forma rotativa para observarles y continuamente motivarles para conservar altos estándares de calidad en la recolección de los datos. Cada día, una comunidad por equipo era entrevistada por completo. Este ritmo fue sostenido a pesar de la intensa lluvia, que hizo del viaje en las áreas montañosas un reto.

## **2.7 Manejo y Análisis de Datos**

La captura de datos de la encuesta de medio término fue llevado a cabo en el Programa Epi Info desarrollado por los Centros de Control de Enfermedades de los EUA (*Centers for Disease Control, CDC*). Dos digitadoras y una supervisora de las digitadoras fueron responsables del ingreso de todos los datos, y todos los cuestionarios fueron ingresados dos veces para facilitar la validación. Los digitadoras recibieron su capacitación inicial el 23 de septiembre del 2000, y luego, el programa de captura de datos fue probado usando cuestionarios de la prueba de campo. Se hicieron los ajustes necesarios y la captura de datos comenzó el 2 de octubre del 2000. La limpieza y validación de los archivos de captura de datos se llevó a cabo en noviembre y diciembre de 2000.

Una vez que los archivos de captura de datos fueron limpiados, comenzó su análisis. El análisis preliminar de los datos quedó completo para julio del 2001 usando software Epi Info y CSAMPLE del CDC. Luego de la revisión técnica de los hallazgos preliminares en septiembre 2001 fueron conducidos análisis adicionales de datos, pruebas estadísticas, cálculos del índice de alimentación de los niños, marcadores de conocimientos y marcadores socioeconómicos, usando SPSS y STATA. Los datos presentados en este reporte no son pesados.

## **2.8 Pruebas Estadísticas**

Las pruebas estadísticas de los resultados reportados en la encuesta de medio término fueron conducidas usando Chi-Cuadrado de Pearson y Análisis de Varianza (*Analysis of Variance, ANOVA*) para las diferencias entre los grupos AIN y control en la línea de base y medio término. Fue usada una regresión logística para encontrar interacciones entre grupo y período de tiempo. Las variables que resultaron ser estadísticamente diferentes se mencionan en el texto de este informe. El valor *p* específico se menciona como nota al pie de las tablas de los resultados o se incluye en la discusión de los resultados en el texto en los casos en los que no hay una tabla correspondiente.

Cuando los resultados que se reportan se incluyen en una tabla, el símbolo (†) se usa si los resultados son encontrados *entre grupos en el mismo período de tiempo*. El símbolo (§) se usa cuando el resultado es *una interacción entre grupo y período de tiempo*. Estos símbolos usualmente indican el nivel del encabezado de *línea de base* o *medio término* del grupo AIN para indicar una diferencia estadística entre los grupos en el mismo período de tiempo y en el *encabezado AIN* para indicar interacciones entre grupos y tiempo. Sin embargo, en los casos

en los que es posible contar con respuestas múltiples no exclusivas para la misma pregunta (como el caso de la posesión de múltiples comodidades en la vivienda como equipos de radio y televisores), el resultado se marca al nivel de la respuesta específica mostrando la diferencia. Los niveles de sumario de los resultados se distinguen usando 3 valores de la  $p$ :  $p \leq .05$ ,  $p \leq .01$  o  $p \leq .001$ . La Tabla 2.2 resume a continuación los símbolos estadísticos usados en este reporte y sus significados.

**Tabla 2.2: Símbolos Usados para Marcar Resultados Estadísticos Significantes**

Tipo de diferencia representada	Símbolo	Valor P
Entre grupos en el mismo período de tiempo	†	$p \leq .05$
	††	$p \leq .01$
	†††	$p \leq .001$
Interacción entre grupo y tiempo	§	$p \leq .05$
	§§	$p \leq .01$
	§§§	$p \leq .001$

---

### 3. Descripción de la Muestra

El tamaño total de la muestra obtenida en la encuesta de medio término fue de 1,168 viviendas, cada una con un niño índice. Es una cantidad menor que la muestra estimada de 1,260 descrita en el diseño de la encuesta pero es suficiente para mostrar un cambio estadísticamente significativo de un 13% en promedio en los indicadores incluidos en este análisis. El tamaño de la muestra fue suficiente para permitir comparaciones con la submuestra de 938 viviendas de la línea de base correspondiente a los pares de comunidades que participaron en *ambas* encuestas: línea de base y medio término. (*Sírvase a ver el Anexo C para la lista de comunidades encuestadas en medio término, por área de salud y UPS.*) Hay discrepancias mínimas entre los dos juegos de datos, debido al hecho de que tres comunidades “control” de línea de base habían recibido al programa de AIN en el intermedio entre las encuestas. Una comunidad control sustituta fue identificada para sólo una de estas comunidades en el juego de datos de medio término.

La muestra de medio término se divide entre AIN con 596 viviendas y control con 572. La Tabla 3.1 desglosa la muestra por área de salud. (*Sírvase a ver Anexo D para detalles de la muestra de línea de base usada.*)

**Tabla 3.1: Tamaño de Muestra a Medio Término, por Área de Salud**

Área de Salud	AIN		Control		Total	
	% de total	Número de viviendas en el área	% de total	Número de viviendas en el área	% de total	Número de viviendas en el área
Metro San Pedro Sula	14.1	84	13.5	77	13.8	161
Choloma/Lima	16.3	97	22.0	126	19.1	223
Puerto Cortés	17.6	105	16.3	93	17.0	198
Siguatopeque	24.3	145	15.9	91	20.2	236
Santa Cruz de Yojoa	17.3	103	17.7	101	17.5	204
La Paz	10.4	62	14.7	84	12.5	146
<b>Número total de viviendas</b>		596		572		1168

Se descubrió que la muestra total de medio término de 1,168 niños (un niño registrado por vivienda) comprendía 51% de niños varones, en comparación con el 49% de niñas, tanto en comunidades de AIN como en comunidades control, de acuerdo con la Tabla 3.2.

**Tabla 3.2: Tamaño de Muestra a Medio Término, por Sexo del Niño Índice**

Sexo del Niño	AIN		Control		Total	
	% del total	Número	% del total	Número	% del total	Número
Masculino	51.2	305	51.2	293	51.2	598
Femenino	48.8	291	48.8	279	48.8	570
<b>Número total de niños</b>	596		572		1168	

La muestra de medio término fue distribuida a través de grupos etáreos como se muestra en la Tabla 3.3. En cada vivienda, el niño índice seleccionado fue el menor de todos los niños menores de dos años que vivieran en la vivienda. El promedio de las edades en meses de los niños son similares en AIN (10.8) y en control (10.6) a medio término.

**Tabla 3.3: Tamaño de Muestra a Medio Término, por Grupo Etáreo del Niño**

Edad del Niño (en meses)	AIN		Control		Total	
	% del total	Número en este grupo de edad	% del total	Número en este grupo de edad	% del total	Número en este grupo de edad
0 a ≤ 3	11.7	70	12.8	73	12.2	143
> 3 a ≤ 6	13.4	80	12.4	71	12.9	151
> 6 a ≤ 9	12.2	73	15.9	91	14.0	164
> 9 a ≤ 12	18.3	109	15.4	88	16.9	197
> 12 a ≤ 15	15.6	93	14.0	80	14.8	173
> 15 a ≤ 18	11.1	66	11.4	65	11.2	131
> 18 a ≤ 21	7.4	44	10.5	60	8.9	104
> 21 a ≤ 24	10.2	61	7.7	44	9.0	105
<b>Número total de niños</b>	596		572		1168	

---

## 4. Hallazgos a Nivel de la Vivienda

### 4.1. Composición de las Viviendas por Sexo y Edad

Como se muestra en la Tabla 4.1, tanto las comunidades de AIN como las de control muestreadas para la encuesta de medio término tienen promedios similares de alrededor de 3.2 residentes varones y 3.3 residentes mujeres, por vivienda. El número promedio de habitantes es similar en ambos grupos, con 6.43 en viviendas AIN y 6.55 en viviendas control a medio término. Los promedios fueron también similares en la línea de base. De hecho, los únicos cambios estadísticos significativos fueron en comunidades de AIN donde el número promedio de residentes *varones* decreció de 3.38 en línea de base a 3.15 a medio término, y el número promedio de residentes de ambos sexos decreció de 6.82 en línea de base a 6.43 a medio término ( $p < .05$ ).

**Tabla 4.1: Composición de las Viviendas a Medio Término, por Sexo y Grupo**

Grupo	Hombres	Mujeres	Total
	Número promedio de hombres por vivienda	Número promedio de mujeres por vivienda	Número promedio de personas por vivienda
AIN	3.15	3.28	6.43
Control	3.21	3.35	6.55
<b>TOTAL</b>	3.18	3.31	6.49

La Tabla 4.2 muestra la distribución de los números promedio de personas por vivienda a través de grupos étnicos. Las distribuciones de edad y sexo son generalmente similares entre comunidades de AIN y control. Hay, sin embargo, unas pocas diferencias estadísticas significativas entre las comunidades de AIN y las control a medio término que no se presentaron en línea de base. Estas diferencias incluyen más mujeres de 3 a < 5 años de edad y más hombres y mujeres adultos de >18 años de edad en las comunidades control. Esto es consistente con el mayor tamaño promedio de las viviendas en las comunidades de control encontrado a medio término.

**Tabla 4.2: Composición de Viviendas a Medio Término, por Edad, Sexo y Grupo**

Grupo de edad	Hombres	Mujeres	Total
	Número promedio de hombres por vivienda	Número promedio de mujeres por vivienda	Número de viviendas
<b>AIN</b>			
De 0 - < 12 meses	.30	.28	596
De 12 a < 24 meses	.28	.27	
De 2 años a < 3 años	.12	.14	
De 3 años a < 5 años	.24	.21 <sup>†</sup>	
De 5 a 18 años	1.01	1.03	
> 18 años	1.20 <sup>††</sup>	1.37 <sup>†</sup>	
<b>Control</b>			
De 0 - < 12 meses	.31	.27	572
De 12 a < 24 meses	.27	.25	
De 2 años a < 3 años	.12	.11	
De 3 años a < 5 años	.24	.28	
De 5 a 18 años	.94	.95	
> 18 años	1.33	1.48	

<sup>†</sup>  $p \leq .05$  (basado en prueba ANOVA)

<sup>††</sup>  $p \leq .01$  (basado en prueba ANOVA)

## 4.2. Características de las Viviendas

Las encuestas también acumularon datos sobre una serie de mediciones básicas sobre las viviendas que describen la fuente y tipo de agua usada, el tipo de servicios sanitarios disponibles en la vivienda, el número de cuartos y dormitorios de la casa, si uno de los cuartos se usa como cocina, que tipo de combustible se usa para cocinar, la presencia de ciertos aparatos electrodomésticos y el tipo de piso. El tiempo y costo para llegar al centro de salud más cercano también fue considerado como indicación de acceso a los centros de salud.

Para el momento de la encuesta de línea de base, los resultados de la muestra entera de comunidades no revelaron ninguna diferencia estadística significativa entre los grupos AIN y control. Sin embargo, para el momento de la encuesta de medio término, algunas de las variables de las viviendas (incluyendo fuente de agua, tipo de tratamiento de ésta; tipo de servicios sanitarios; número de cuartos y dormitorios en la casa; tipo de combustible para cocinar; y presencia de electricidad, radio, televisor, refrigeradora y teléfono) revelaron diferencias estadísticas significativas entre los grupos, con las comunidades de control mostrando una aparente ventaja sobre las comunidades de AIN. Un análisis de estas características para la submuestra de comunidades en línea de base, que fueron re-evaluadas a medio término, mostró diferencias estadísticas significativas subyacentes para ciertas variables. Estas incluyen: fuente de agua, número de cuartos en la casa, tipo de combustible para cocinar, y presencia de electricidad, televisor y teléfono. Las diferencias no fueron aparentes cuando el juego completo de datos de la línea de base fue analizado. Las tablas en las secciones que siguen indican los resultados que son significativos estadísticamente a medio término y en qué nivel son significativos (en términos del valor  $p$ ) usando el Chi-

Cuadrado de Pearson. (Para una presentación completa de los resultados de la línea de base para la submuestra de comunidades re-evaluadas a medio término, sírvase a ver el Anexo E.) Las interacciones entre grupos y períodos de tiempo fueron también estudiadas y se reportan en la Sección 4.3 en variables de estado socioeconómico.

#### 4.2.1. Agua y Servicios Sanitarios

Como se muestra en la Tabla 4.3, la fuente de agua más común tanto para las comunidades de AIN (62%) como para las control (65%) fue una llave fuera de la casa pero dentro de la propiedad de la entrevistada. Una llave dentro de la casa es menos común para las viviendas AIN (9%) que para las control (15%). En las viviendas AIN era más probable que se necesitara salir de la propiedad para acceder a la llave de agua (12%) que en las viviendas de las comunidades de control (8%). Las viviendas en las comunidades de AIN son más propensas a usar una fuente natural de agua como un río o un lago (11%) que las viviendas control (4%).

En general, ligeramente más de la mitad de las viviendas de ambos grupos consumieron el agua directamente de la fuente sin darle ningún tratamiento. Las viviendas que trataban el agua lo hacían con cloro, hirviéndola o purificándola.

Pocas viviendas en AIN o control contaban con inodoro y sólo cerca de un tercio tenía letrina cubierta o hidráulica. Las letrinas de foso se usaban en una de cada cinco viviendas en las comunidades de AIN en comparación con una de cada cuatro en las comunidades control. Más de un tercio de las viviendas AIN no tenía acceso a ningún servicio sanitario a nivel de la vivienda, en comparación con uno de cada cinco en las comunidades control.

**Tabla 4.3: Características de las Viviendas con Relación a Agua y Servicios Sanitarios a Medio Término**

	AIN		Control		Total	
	%	Número de viviendas	%	Número de viviendas	%	Número de viviendas
<b>Fuente principal de agua <sup>†††</sup></b>						
Llave dentro de la vivienda	8.7	596	14.5	572	11.6	1168
Llave fuera de la vivienda, pero dentro de la propiedad	61.9		64.9		63.4	
Llave fuera de la propiedad a menos de 100 metros	5.9		4.5		5.2	
Llave fuera de la propiedad a 100 metros o más	6.5		3.0		4.8	
Fuente natural (río, lago, etc.)	10.9		4.0		7.5	
Pozo malacate (sin bomba)	1.5		0.5		1.0	
Pozo con bomba (eléctrica o manual)	3.2		5.1		4.1	
Agua comprada o carro cisterna	0.5		0.2		0.3	
Fuente de agua protegida	0.8		1.0		0.9	
Otra	0		2.3		1.1	

	AIN		Control		Total	
	%	Número de viviendas	%	Número de viviendas	%	Número de viviendas
<b>Tipo de agua potable <sup>††</sup></b>						
Electropura	6.2	596	10.8	572	8.5	1168
Clorada	21.3		20.1			
Hervida	20.0		14.2			
Consumida directamente de la fuente	52.0		53.1			
Otro	0.5		1.7			
<b>Tipo de servicio sanitario <sup>†††</sup></b>						
Inodoro	11.9	596	16.4	572	14.1	1168
Letrina hidráulica / taza campesina	31.5		36.2			
Letrina fosa simple	20.1		26.2			
Ninguno	36.2		21.0			
Otro	0.2		0.2			

†† p ≤ .01 (basado en el Chi-Cuadrado de Pearson)

††† p ≤ .001 (basado en el Chi-Cuadrado de Pearson)

#### 4.2.2. Viviendas y Comodidades Domésticas

En la mayoría de las viviendas encuestadas a medio término se reportó que existían tres o menos cuartos, y tan sólo uno servía de dormitorio pese al tamaño promedio de las familias de más de seis personas. La mayoría de las viviendas tenía un cuarto separado que usaban como cocina, y la leña era el tipo de combustible más usado para cocinar. Cerca de la mitad de las viviendas de ambos grupos tenía piso de cemento. En AIN, la otra mitad era predominantemente de tierra, mientras que en el grupo control, menos de la tercera parte tenía piso de tierra. Los hallazgos detallados de estas variables a medio término están presentados en la Tabla 4.4. (*Sírvase a ver Anexo E para hallazgos de línea de base.*)

**Tabla 4.4: Características de las Viviendas a Medio Término**

	AIN		Control		Total	
	%	Número de viviendas	%	Número de viviendas	%	Número de viviendas
<b>Número de cuartos en la vivienda <sup>†††</sup></b>						
Un cuarto	22.7	596	18.5	572	20.6	1168
Dos cuartos	32.7		22.0			
Tres cuartos	23.8		28.8			
Cuatro cuartos	12.9		17.8			
Cinco o más cuartos	7.9		12.8			
<b>Número de cuartos usados como dormitorio <sup>†††</sup></b>						
Un cuarto	73.5	596	60.5	572	67.1	1168
Dos cuartos	19.1		26.6			
Tres o más cuartos	7.4		12.9			

	AIN		Control		Total	
	%	Número de viviendas	%	Número de viviendas	%	Número de viviendas
<b>Se usa un cuarto separado como cocina</b>						
Sí	68.3	596	70.5	572	69.3	1168
No	31.7		29.5		30.7	
<b>Tipo de combustible usado para cocinar</b> ††† §						
Leña	78.4	596	66.8	572	72.7	1168
Gas líquido / kerosén	8.6		11.4			
Gas propano	8.4		13.6			
Electricidad	4.7		8.2			
<b>Material predominante del piso</b> ††† §§						
Tierra	46.3	596	30.4	572	38.5	1168
Madera	0.3		1.2			
Cemento	48.8		53.8			
Ladrillo de rafón o barro	0.8		0.9			
Ladrillo mosaico (cemento)	3.7		13.5			
Otro	0		0.2			

† p ≤ .05 (basado en prueba Chi-Cuadrado de Pearson)

††† p ≤ .001 (basado en prueba Chi-Cuadrado de Pearson)

§ p ≤ .05 (basado en prueba de análisis de regresión logística)

§§ p ≤ .01 (basado en prueba de análisis de regresión logística)

En términos de comodidades domésticas, se encontraron diferencias significativas entre las viviendas en cuanto a electricidad, tanto en términos de la tendencia en el tiempo que se incrementó en las comunidades control mientras decreció en las comunidades de AIN, como en la proporción general de viviendas con electricidad a medio término, que era menor en las comunidades de AIN (45%) que en las control (73%). A medio término, las entrevistadas de las comunidades de AIN tenían significativamente menos probabilidad a poseer radio, televisor, refrigeradora o teléfono que las de las comunidades control. Para televisores y refrigeradoras, las tendencias en el tiempo en los dos grupos fueron significativamente distintas: la proporción de viviendas AIN con estas comodidades era similar a la de línea de base, mientras la proporción en viviendas control se incrementó.

Pese a que en pocas viviendas de AIN o control se contaba con vehículos automotores, y a que las proporciones eran similares a medio término, había una diferencia significativa en las tendencias en ambos grupos: la proporción de viviendas control con un vehículo se incrementó de forma significativa con el tiempo, mientras decreció en AIN. La Tabla 4.5 demuestra los hallazgos precedentes de las viviendas. (*Sírvase a ver Anexo E para hallazgos de la línea de base.*)

**Tabla 4.5: Tenencia de Comodidades en las Viviendas a Medio Término**

	AIN		Control		Total	
	% con comodidades	Número de viviendas	% con comodidades	Número de viviendas	% con comodidades	Número de viviendas
Electricidad §	45.0 †††	596	72.6	572	58.5	1168
Radio	77.5 †		82.5		80.0	
Televisor §§	38.8 †††		60.0		49.1	
Refrigeradora §	14.4 †††		25.7		19.9	
Teléfono	0.5 †††		3.0		1.7	
Vehículo automotor §	4.2		6.6		5.4	

†  $p \leq .05$  (basado en prueba Chi-Cuadrado de Pearson)

†††  $p \leq .001$  (basado en prueba Chi-Cuadrado de Pearson)

§  $p \leq .05$  (basado en prueba de análisis de regresión logística)

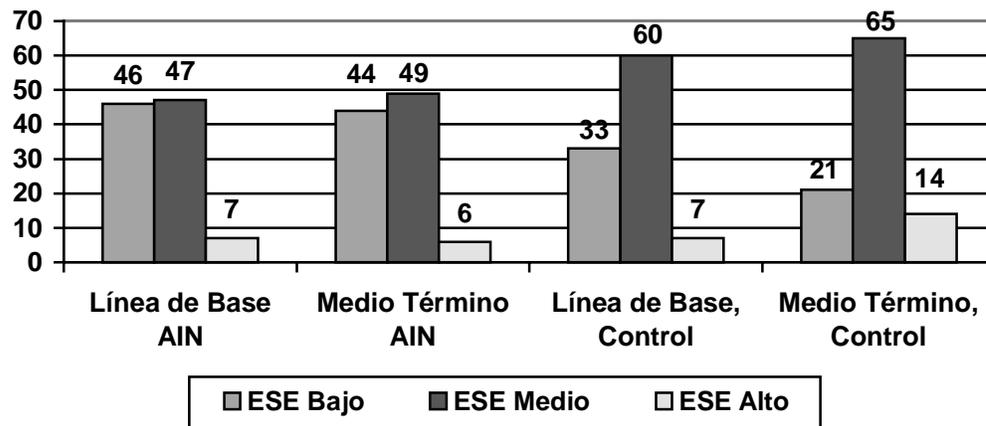
§§  $p \leq .01$  (basado en prueba de análisis de regresión logística)

### 4.3. Estado Socioeconómico (ESE)

Los estados socioeconómicos (ESE) de las comunidades de AIN y control se calcularon para este reporte usando las siguientes variables de las viviendas: (1) fuente de agua; (2) combustible para cocinar; (3) tipo de servicio sanitario; (4) presencia de electricidad; y (5) presencia de comodidades seleccionadas, incluyendo radio, televisor, refrigeradora, teléfono y vehículo. (*Sírvase a ver Anexo F para información detallada de las respuestas específicas y puntos asignados a cada variable para calcular el marcador ESE de cada vivienda.*)

Cuando se comparan los niveles ESE de los dos grupos desde la línea de base hasta el medio término, como en la Figura 4.1, queda claro que la distribución de comunidades de AIN entre las tres categorías (ESE bajo, mediano y alto) ha cambiado poco desde la línea de base a medio término. Las comunidades de control, por otra parte, han mostrado ganancias al reducir el número de viviendas con niveles ESE más bajos: de un 33% en línea de base a 21% en medio término, con aumentos correspondientes en el nivel medio de un 60% a 65% y un nivel más alto de 7% a 14%. Se encontró que las diferencias entre los grupos AIN y control fueron estadísticamente significativas en las ambas encuestas de línea de base y medio término ( $p \leq .001$ ).

**Figura 4.1: Comparación de Niveles Socioeconómicos (ESE) entre Grupos**

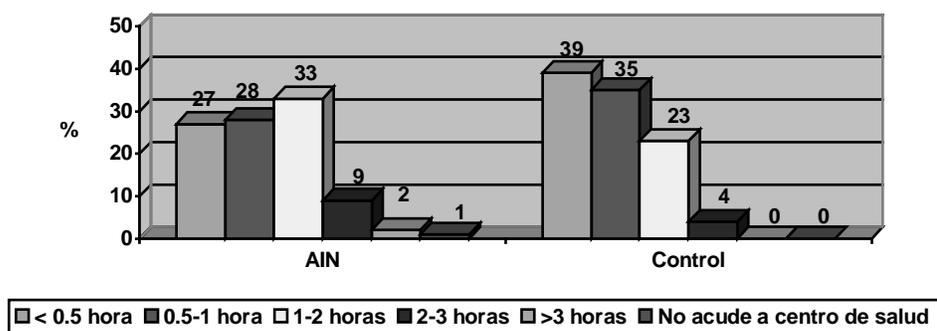


Las variables individuales de los marcadores ESE fueron probadas con regresión logística para calcular cambios con el tiempo. Se identificaron interacciones significativas entre grupos y tiempo para electricidad, combustible para cocinar, posesión de refrigeradora, posesión de vehículo al nivel de  $p \leq .05$  y para posesión de un televisor y material del piso al nivel de  $p \leq .01$ .

#### **4.4. Acceso a Servicios de Salud en Términos de Tiempo y Costos**

Para la encuesta de línea de base, las comunidades de AIN y control fueron pareadas al nivel del centro de salud, con base en los cálculos de tamaño y distancia al centro de salud similares. Sin embargo, los resultados de medio término revelaron una diferencia estadística significativa entre los dos grupos ( $p \leq .001$ ) en términos de distancia al centro de salud. Esta diferencia subyacente fue encontrada en la submuestra de comunidades de línea de base comparada con medio término ( $p < .05$ ), pero no se encuentra en la muestra de la línea de base tomada como un total. Por lo tanto, el grupo control a medio término parece tener ventaja sobre el grupo AIN en términos de distancia (en minutos) al centro de salud. Casi tres cuartas partes de las viviendas en las comunidades de control en la encuesta de medio término reportaron tener acceso a un centro de salud dentro de una hora de distancia, en comparación con poco más de la mitad de las viviendas de las comunidades de AIN. La Figura 4.2 ofrece en seguida una comparación más detallada de estas distancias.

**Figura 4.2: Tiempo Invertido para Llegar a Servicios de Salud a Medio Término**



Pese a la menor distancia al centro de salud desde las comunidades control, el costo para el acceso al servicio es similar, con 24% de viviendas en las comunidades de AIN reportando ningún costo, en comparación con el 28% en las comunidades de control para el momento de la encuesta de medio término. En general, los costos asociados con el acceso a los servicios de salud parecen haberse incrementado tanto para las comunidades de AIN como para las control a lo largo del tiempo. Ligeramente menos de la mitad de las comunidades de AIN reportan requerir 10 lempiras o menos<sup>7</sup> para llegar al centro de salud a medio término en comparación con un poco más de la mitad de las comunidades control. En línea de base, cerca de tres cuartas partes tanto de las viviendas AIN como control podían acceder a servicios de salud por 10 lempiras o menos. Las diferencias entre las comunidades de AIN y control mostradas en la Tabla 4.6 no fueron estadísticamente significativas entre los grupos en línea de base o medio término.

**Tabla 4.6: Costo de Transportación y Alimentos para Llegar a Servicios de Salud**

Costo	AIN				Control			
	Línea de base		Medio término		Línea de base		Medio término	
	%	Número de viviendas						
Sin costo	53.2	474	23.5	596	47.4	464	28.0	572
Menos de 5 Lempiras	5.5		4.4		8.8		6.5	
De 5 a 10 Lempiras	14.3		18.6		13.6		16.4	
De 11 a 15 Lempiras	3.8		5.4		3.7		4.0	
De 16 a 20 Lempiras	9.3		19.1		7.8		16.8	
De 21 a 30 Lempiras	5.1		9.2		8.0		9.6	
De 31 a 50 Lempiras	7.4		11.2		7.5		13.1	
Más de 50 Lempiras	1.3		7.9		3.2		5.4	
Sin costo reportado	0.2		0.7		0		0.2	

<sup>7</sup> Esto es equivalente a 0.67 dólares americanos al tipo de cambio de L15:\$1 vigente al momento de la evaluación.

#### 4.5. Programas de Asistencia Social

Las preguntas al principio de cada entrevista buscaban establecer si las entrevistadas estaban al tanto del programa de AIN en sus comunidades y si eran capaces de diferenciar al AIN de otros programas de asistencia social. Esto fue un factor crítico en la determinación de si las respuestas posteriores sobre servicios de salud recibidos podían ser claramente atribuidas a las monitoras del programa de AIN. Para el momento de la encuesta de línea de base, 27% de las entrevistadas en las comunidades de AIN estaban al tanto de un programa de monitoreo y promoción del crecimiento en sus comunidades, en comparación con el 96% a medio término, según se muestra en la Tabla 4.7. Tanto el aumento en el tiempo en AIN y la diferencia entre AIN y control a medio término resultó ser estadísticamente significativa.

**Tabla 4.7: Comparación de Conocimiento de Programas de Monitoreo y Promoción del Crecimiento en la Comunidad en Línea de Base y Medio Término**

	AIN				Control			
	Línea de base †††		Medio término †††		Línea de base		Medio término	
	%	Número de viviendas	%	Número de viviendas	%	Número de viviendas	%	Número de viviendas
Conocimiento de programa de crecimiento en la comunidad §§§	26.6	474	96.3	596	7.1	464	15.0	572
Desconocimiento de programa de crecimiento en la comunidad	73.4		3.7		92.9		85.0	

†††  $p \leq .001$  (basado en prueba Chi-Cuadrado de Pearson)

§§§  $p \leq .001$  (basado en prueba de análisis de regresión logística)

La Tabla 4.8 presenta los datos generales sobre la participación en cualquier programa de asistencia social para la muestra completa de viviendas en las comunidades de AIN y control. A medio término, 93% de las entrevistadas de AIN reportaron inscripción o participación en el AIN. Luego del AIN, el programa más popular es el “*Bono*” Materno-Infantil, que es un programa de asistencia financiera del gobierno para familias pobres con niños menores de 5 años de edad. Para recibir la asistencia financiera, los niños deben completar su esquema de vacunación y participar en sesiones de peso mensuales, y las madres deben recibir controles prenatales. Este programa está dirigido a las áreas con la más alta mortalidad y morbilidad infantil. La diferencia de 13% de participación en comunidades de AIN comparado con 9% en comunidades de control no es estadísticamente significativa. El resto de los programas de asistencia social tenían poca participación de parte de las mujeres al cuidado de los niños de estas comunidades.

**Tabla 4.8: Participación en Programas de Asistencia Social a Medio Término**

Programas	AIN		Control	
	% que participa	Número de viviendas	% que participa	Número de viviendas
Programa “Bono” Materno-Infantil	12.6	596	9.4	572
Alimentación comunitaria (Comedor / Lactario Comunal)	0		0.2	
Visión Mundial	0		0.2	
CARE	0.5		2.8	
Aldea Global	1.2		0	
Programa de AIN	93.0 <sup>†††</sup>		2.6	
Otro	3.0		3.5	

Nota: Los porcentajes pueden sumar más de 100 si las personas participan en más de un programa.

†††  $p \leq .001$  (basado en prueba Chi-Cuadrado de Pearson)

#### 4.6. Discusión de Hallazgos

Para el momento de la encuesta de línea de base cuando fueron estudiadas todas las 100 comunidades de la muestra, los resultados del análisis de variables de las viviendas fueron similares entre los grupos AIN y control. Cuando los resultados de medio término fueron comparados sólo con las comunidades de línea de base que habían sido reevaluadas a medio término, sin embargo, diferencias significativas subyacentes emergieron en este subgrupo de comunidades. En términos de diversas variables de las viviendas como fuente de agua, tipo de tratamiento, tipo de servicios sanitarios, y material del piso, las comunidades de AIN en la muestra de medio término muestran desventajas en comparación con las comunidades control.

Las viviendas de las comunidades de AIN muestran más tendencia a tener piso de tierra. Estos hallazgos son importantes dado que el acceso más limitado de las comunidades de AIN a agua limpia y entubada en su propiedad y a servicios sanitarios y viviendas adecuados eleva el riesgo de enfermedades diarreicas y por ende falta de crecimiento de los niños en las comunidades de AIN. Además, la más amplia prevalencia de leña como combustible predominante para cocinar en las comunidades de AIN puede potencialmente contribuir a más episodios de infecciones respiratorias agudas en estos niños.

En términos del estado socioeconómico general (ESE), las comunidades de control resultaron estar en una posición ventajosa con respecto a las comunidades de AIN. Las comunidades de control tenían menos viviendas en el más bajo grupo ESE a medio término, y más mejoras en ESE en el tiempo en comparación con los niveles ESE estáticos de las comunidades de AIN. Esta diferencia en ESE puede deberse en parte al promedio más alto de hombres adultos en las viviendas control. Las comunidades de control evaluadas a medio término tenían también la ventaja de un mejor acceso a centros de salud (en términos de distancia en minutos), lo que podría esperarse que llevara a una mejoría en los indicadores de salud infantil. Estos hallazgos serán revisados de nuevo para el momento de la encuesta final para evaluar si las

ventajas encontradas en las comunidades de control a medio término pueden confirmarse a través de la muestra completa de comunidades.

Dado el elevado nivel de participación logrado en las comunidades de AIN, queda claro que el AIN ha sido sumamente exitoso no sólo para promover la consciencia comunitaria del programa, sino también en el reclutamiento de mujeres con niños menores de dos años para participar en el programa. Capítulos subsecuentes de este reporte resaltarán los hallazgos que muestran que el programa de AIN está contribuyendo con tasas estadísticamente más altas en diversos indicadores de salud infantil, pese a la posición relativamente desventajosa de las comunidades de AIN a medio término.

Es interesante notar que un pequeño porcentaje de viviendas en las comunidades de control mencionaron estar conscientes de un programa de AIN en sus comunidades en el momento del medio término. Dado que el personal de las UPS está capacitado en el AIN aunque no han sido iniciados programas comunitarios en las comunidades control, esto parece ser una referencia a las actividades del AIN al nivel del centro de salud.

Es importante notar que el diseño de la encuesta compara comunidades intervenidas (AIN) y comunidades control, y asume que una comunidad permanece estática en cuanto a sus miembros a lo largo del tiempo. Esta podría no ser una suposición correcta en la situación que dejó el huracán Mitch, tiempo durante el cual fueron reportados movimientos de población cuando las familias de las áreas afectadas por el huracán buscaron refugio con parientes de otras áreas. Sin embargo, dado que estudiar estos movimientos de la población está fuera del alcance de esta encuesta, la influencia potencial de este factor en los resultados de la encuesta no puede ser calculada.

## 5. Características de las Personas al Cuidado de los Niños

En este capítulo se analizan características básicas de las mujeres al cuidado de los niños, como edad, nivel educacional, y la naturaleza de la relación entre la mujer y el niño (p.e.: si es su madre u otro miembro de la familia, etc.). En los casos en que la madre sea la principal cuidadora, se recolectaron datos sobre su edad, nivel educacional, empleo, presencia de marido o compañero varón en la vivienda, número de nacidos vivos, y número de muertes entre niños menores de cuatro años de edad.

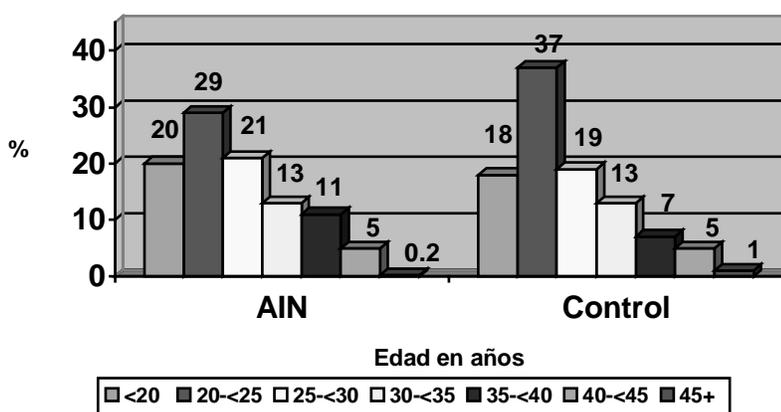
### 5.1 Parentesco de la Persona al Cuidado con el Niño

La gran mayoría de los niños en estas comunidades son cuidados por sus madres, (AIN: 96%; control: 95%). Los restantes son cuidados principalmente por sus abuelas (AIN: 3%; control: 4%) y muy pocos son cuidados por una hermana, tía u otro familiar o no familiar. Se encontró una situación similar en esas comunidades para el momento de la encuesta de línea de base en 1998. Dado que una mayoría tan grande de las personas al cuidado de estos niños son sus madres sólo se presenta información sobre las características de estas madres en las secciones que siguen a continuación. (*Sírvase a ver Anexo G para una visión general de las características de todas las personas al cuidado de los niños.*)

### 5.2 Edad y Nivel Educacional de la Madre

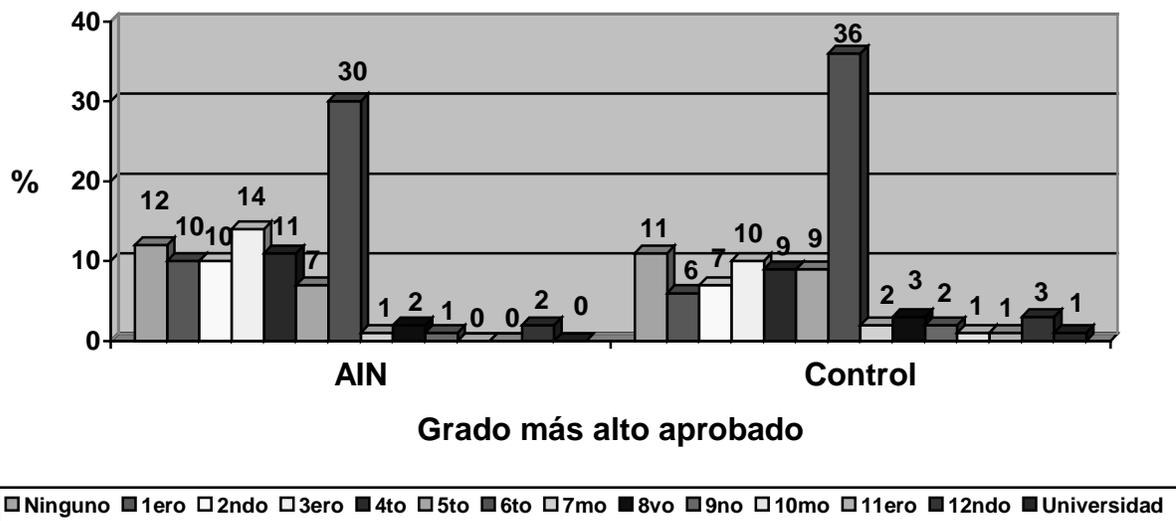
La Figura 5.1 a continuación presenta la distribución de las edades de las madres en las comunidades de AIN y control por grupos de cinco años. La edad promedio de las madres AIN a medio término (26.07 años) es similar a la de las madres de las comunidades de control (25.65). Esto es similar a los hallazgos de la línea de base de 26.11 años para las madres AIN y 25.99 años para las madres control.

**Figura 5.1: Distribución de Edad de las Madres Muestreadas en la Encuesta de Medio Término**



La información educacional recolectada sobre estas mujeres muestra que el 12% de las madres en comunidades de AIN y 11% de las de comunidades de control no terminaron ni siquiera un año de educación formal. En general, 83% de las madres AIN terminaron su educación formal en algún momento de la primaria, mientras que 77% la terminaron en este nivel en las comunidades control. El grado máximo cursado de educación primaria fue 6<sup>to</sup> grado para ambos grupos. Sólo el 6% de las madres de las comunidades de AIN y 12% de las de comunidades de control cursó secundaria, preparatoria o estudios universitarios. El promedio de años escolares cursados fue significativamente diferente para medio término. Las madres AIN cursaron en promedio 3.9 años, en comparación con los 4.7 años de las madres de las comunidades de control ( $p \leq .001$ ). En línea de base, ambos grupos mostraron un nivel similar, con 3.9 años para las madres AIN y 4.2 años para las madres control. La Figura 5.2 a continuación muestra estos datos educacionales más detalladamente.

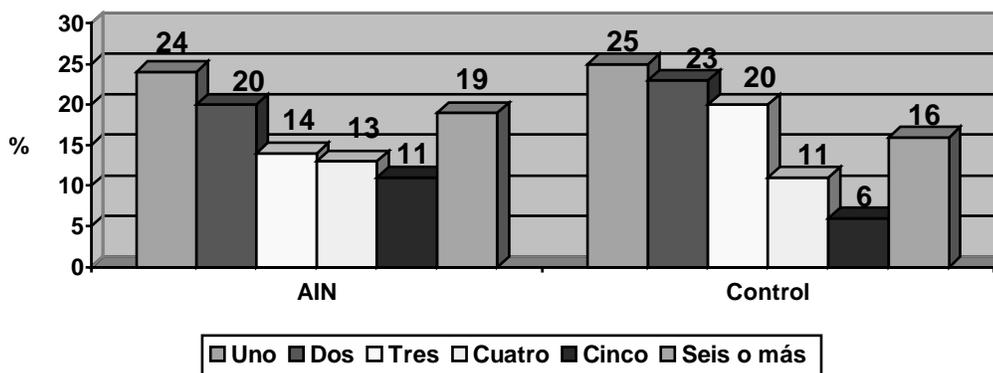
**Figura 5.2: Niveles de Educación Materna**



### 5.3 Nacidos Vivos y Mortalidad Entre Niños Menores de Cuatro Años

Cerca de 24% de las madres AIN y 25% de las madres control reportaron haber tenido sólo un nacido vivo, lo que es consistente con el hallazgo de que alrededor de una de cada cinco madres entrevistadas tenía menos de 20 años de edad al momento de la encuesta de medio término. Un 20% adicional en las comunidades de AIN y 23% en las control había tenido dos nacidos vivos, y 14% en las comunidades de AIN y 20% en las comunidades de control habían tenido tres nacidos vivos. El 43% restante en las AIN y el 33% en las comunidades de control había tenido más de tres nacidos vivos. La comparación entre estos dos grupos es significativamente diferente a medio término ( $p \leq .05$ ). A medio término, las madres AIN tienen un número promedio de hijos superior (3.64) que las madres control (3.33). El *subgrupo* de comunidades de línea de base que es usado para la comparación con resultados de medio término tiene también un promedio significativamente distinto de número de hijos, pero el juego de datos *completo* de línea de base tiene números promedio similares.

**Figura 5.3: Número de Nacidos Vivos Reportados**



De las madres muestreadas a medio término, 18% en las comunidades de AIN reportaron haber tenido cuando menos un caso de nacimiento de niño vivo, que murió subsecuentemente antes de alcanzar los cuatro años de edad. En las comunidades control, este porcentaje fue significativamente menor, con 13% ( $p \leq .05$ ). Una gran mayoría de las familias que habían perdido un niño antes de que cumpliera los cuatro años de edad reportó haber perdido sólo un niño en las comunidades de AIN (76%) y en las comunidades de control (82%).

#### **5.4 Empleo de las Madres y Presencia de Hombres en las Viviendas**

En respuesta a las preguntas concernientes a si la madre trabaja por una remuneración, sólo 15% de las madres AIN respondieron que lo hacían hacia el medio término comparado con 24% de madres de las comunidades control. Mientras la tasa de línea de base era 19% para ambos grupos, hubo una diferencia estadística significativa hacia el medio término ( $p \leq .001$ ). Una interacción significativa entre grupo y tiempo ( $p \leq .05$ ) emergió cuando la proporción de madres AIN trabajando por una remuneración decrecía en el tiempo, mientras la proporción de las madres control se incrementaba. En ambos grupos, del total de mujeres que trabajaban por una remuneración, dos terceras partes reportaron haber trabajado fuera de casa. En cuatro de cada cinco viviendas en ambos grupos suele habitar un marido o compañero varón.

#### **5.5 Discusión de Hallazgos**

En ambos grupos estudiados para este reporte, las madres fueron predominantemente las personas al cuidado de los niños menores de dos años. Los resultados de la encuesta de medio término mostraron que las madres AIN tenían mayor tendencia a tener más hijos y menos educación en promedio que sus contrapartes de las comunidades control. También se descubrió que las madres AIN tenían menor tendencia a trabajar fuera de sus viviendas que las de las comunidades control. Este factor puede contribuir a los niveles ESE inferiores de las familias en las comunidades de AIN. Estos datos pueden indicar disparidades entre las comunidades de AIN y las control hacia medio término, y estas tendencias potenciales serán posteriormente evaluadas en la encuesta de hogares final.

Se descubrió que las madres AIN a medio término tenían una tendencia mayor y significativa a haber experimentado la muerte de un hijo antes de haber alcanzado los cuatro años. Esta diferencia en mortalidad puede ser atribuible al nivel ESE más bajo, generalmente encontrado en las comunidades de AIN con relación a las comunidades control. Es importante notar, sin embargo, que la pregunta sobre mortalidad refiere a la historia reproductiva completa de la mujer, -no sólo al período de dos años desde el comienzo del programa de AIN a la fecha-. Más aún, la muestra no estaba diseñada para responder a esta pregunta, y el hecho de que las madres AIN habían tenido significativamente más nacidos vivos es un factor de confusión potencial en el análisis de la mortalidad. Por ende, no pueden obtenerse conclusiones de estos datos en cuanto al efecto potencial del programa de AIN en la mortalidad.

---

## 6. Parto y Cuidados del Postparto

### 6.1. Parto y Peso del Recién Nacido

Los datos recolectados sobre el lugar de los nacimientos mostraron que el 47% de los niños de las comunidades de AIN y 37% de las comunidades de control nacieron con la ayuda de una partera. Cerca del 46% de los niños de las comunidades de AIN nacieron en hospitales o clínicas privadas en comparación con el 58% de las comunidades control. Para el medio término, las madres AIN mostraban una tendencia significativamente menor a tener nacimientos institucionalizados que las madres control ( $p \leq .001$ ). Esta diferencia fue también significativa al momento de la línea de base en estas comunidades ( $p \leq .05$ ). En línea de base, 41% de las madres de las comunidades de AIN y 48% de las comunidades de control alumbraron en hospitales o clínicas privadas.

Entre estos dos grupos, los niños de las comunidades de AIN fueron significativamente menos propensos a haber sido pesados en el momento de su nacimiento que los niños de las comunidades de control (57% vs. 67%,  $p \leq .01$ ) lo que parece ser el resultado de una menor incidencia de nacimientos institucionalizados. También se encuentra una diferencia significativa en los datos de línea de base concerniente al hecho de pesar a los recién nacidos de las comunidades de AIN (52%) con respecto a control (61%,  $p \leq .05$ ), con aumentos importantes en ambos grupos en el transcurso del tiempo ( $p \leq .01$ ).

De aquellos niños que fueron pesados al nacer (según reportaron sus madres a medio término), 4% de los niños en comunidades de AIN y 6% en comunidades de control presentaron un peso menor a 2500 g. (5.5 libras). Esta diferencia no es estadísticamente significativa. Dado que menos de dos tercios de los niños de estas comunidades fueron pesados al nacer, los datos de bajo peso de los recién nacidos deben ser interpretados con precaución.

### 6.2. Visitas Postparto a Domicilio

En la encuesta de medio término, se hicieron diversas preguntas sobre visitas postparto a domicilio por parte de trabajadoras de salud y / o monitoras de AIN para verificar tanto la salud de la madre como la del niño. Significativamente más madres fueron visitadas en las comunidades de AIN (36%) que en las comunidades de control (27%,  $p \leq .01$ ). En ambos grupos las parteras fueron por mucho las visitantes más comunes, como se muestra en la Tabla 6.1. De las madres viviendo en comunidades de AIN que recibieron una visita postparto de cualquier fuente, 24% reportaron haber recibido una visita de una monitora de AIN. (Esto fue el 9% de todas las madres de las comunidades de AIN.)

**Tabla 6.1: Personal Efectuando Visitas Postparto a Domicilio**

Tipo de personal	AIN †††		Control	
	%	Número de mujeres que recibieron una visita	%	Número de mujeres que recibieron una visita
Monitora de AIN	22.8	215	0.6	154
Partera	71.2		89.6	
Monitora de AIN y Partera	0.9		0	
Personal de CESAR / CESAMO	2.3		5.8	
Médico privado / enfermera	1.4		1.9	
Personal de hospital / clínica privada	0		0	
Otro	1.4		1.9	

†††  $p \leq .001$  (basado en prueba Chi-Cuadrado de Pearson)

Para las mujeres de las comunidades de AIN que recibieron una visita de una monitora, 61% reportaron haberla recibido en la primera semana después del parto. Las mujeres restantes se repartieron entre la segunda semana (14%), segunda quincena (12%), y después del primer mes (12%). Para las mujeres que fueron visitadas por una partera, casi todas recibieron la visita en la primera semana después del parto (AIN: 97%, control: 96%).

Para las mujeres que fueron visitadas por las monitoras de AIN, las actividades más comunes durante la visita fueron un examen físico del niño y el registro del niño en el programa de AIN (39% cada uno), seguidos por la invitación a la madre para que llevara al niño a las sesiones mensuales de pesado (35%) como se muestra en la Tabla 6.2. Para las mujeres visitadas por parteras, las actividades más comunes fueron exámenes físicos del niño y de la madre.

**Tabla 6.2: Actividades durante la Visita Postparto**

Actividades	AIN				Control	
	Monitora		Partera		Partera	
	%	Número de mujeres	%	Número de mujeres	%	Número de mujeres
Se hizo examen físico de la madre	23.5	51	71.0	155	71.7	138
Se hizo examen físico del niño	39.2		89.7			
Se registró al niño en el programa de AIN	39.2		0			
Se dio a la madre la tarjeta de salud para el niño	7.8		0			
Se dio a la madre el carnet de vacunas para el niño	0		0			
Se pidió a la madre que llevara al niño a las sesiones mensuales de pesado del AIN	35.3		0.6			
Se dieron referencias para un nivel superior de cuidado	7.8		3.2			

Nota: Estas respuestas no se excluyen mutuamente.

### 6.3. Discusión de Hallazgos

Los resultados reportados en este capítulo muestran que las madres en las comunidades de AIN fueron significativamente menos tendientes a haber dado a luz en una institución que las madres de las comunidades control. Este hallazgo puede estar relacionado con el acceso relativamente mayor de las comunidades de control a los centros de salud en términos de distancia y mejor ESE. Los nacimientos no institucionalizados pueden haber contribuido a la incidencia de mortalidad más alta en niños de las comunidades de AIN, aunque la información recolectada no distingue entre muertes neonatales e infantiles.

Por otra parte, las madres AIN tenían significativamente mayor tendencia a haber recibido visitas postparto a domicilio que las madres de las comunidades control. A medio término, la mayoría de las madres que recibían visitas postparto las recibían de parteras, con un 9% de todas las madres AIN reportando una visita de una monitora. El programa de AIN no ha dado énfasis en las visitas postparto a la fecha, pero esto cambiará cuando el programa agregue nuevos contenidos en cuidados del recién nacido.

Las estadísticas nacionales sobre la mortalidad neonatal muestran que la tasa se ha conservado estática a 19 por 1,000 nacidos vivos en encuestas conducidas en 1991-92, 1996, 2001. La tasa de mortalidad neonatal se ha conservado estática pese a las reducciones en la mortalidad de niños menores de cinco años, que decrecieron de 55 por 1,000 nacidos vivos en 1991-92, a 48 en 1996, y a 45 en 2001. Por lo tanto, la mortalidad neonatal como *proporción* de la mortalidad de todos los menores de cinco años, está incrementándose.<sup>8</sup> Estos hallazgos resaltan la necesidad de visitas tempranas durante la primera semana después del parto.

---

<sup>8</sup> Los datos de mortalidad neonatal para 1991-92 y 1996 se reportan en la *Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar, 1996*. Los datos para 2001 son resultados preliminares de la encuesta nacional 2001.

---

## 7. Vacunación, Micronutrientes, y Desparasitación

### 7.1 Vacunación

Se solicitó a las mujeres el carnet de vacunas o la tarjeta de control de crecimiento del niño. Luego se extrajeron datos sobre las vacunas BCG, DPT, polio, y sarampión. La mayoría de las mujeres al cuidado de los niños en ambos grupos contaban con el carnet de vacunas del niño, con la tarjeta de control de crecimiento, o con ambos; sin embargo, hubo una diferencia significativa entre los grupos a medio término (mas no en línea de base). Las mujeres en las comunidades de AIN fueron más propensas a mostrar una tarjeta a la entrevistadora que las de las comunidades de control (AIN: 92%; control: 82%,  $p \leq .001$ ). Para el 8% de las mujeres AIN, y el 18% de las control que no tenían ninguna de las dos al momento de la entrevista, las entrevistadoras hicieron una serie de preguntas a las mujeres al cuidado de los niños para determinar qué vacunas habían sido administradas al niño. La cobertura general de ambos grupos de estos niños fue calculada combinando los datos de las tarjetas con información de memoria.

En la línea de base, cuando se consideraron los datos tanto de las tarjetas como de memoria, no se encontraron diferencias estadísticas significativas entre los dos grupos. Con el tiempo, sin embargo, esta situación cambió. Como muestra la información de medio término de la Tabla 7.1, cuando se consideraron los datos de tarjetas con los de memoria, se encontraron diferencias significativas para DPT3, polio3, sarampión, e inmunización completa entre todos los niños de 12 a 23 meses de edad. Los niños de las comunidades de AIN fueron más propensos a haber recibido sus vacunas que los de las comunidades control. Fue encontrada también una diferencia significativa entre los grupos para BCG; sin embargo, en este caso, en las comunidades de AIN se encontraron tasas de vacunación menores a medio término que en las comunidades control. De forma interesante, pese a que ambos grupos mostraban tasas de vacunación similares en línea de base, se encontró una interacción significativa entre grupo y tiempo para BCG tal que la cobertura en comunidades de AIN decreció de 98% a 92%, mientras que en las comunidades de control se incrementó de 95% a 98%. (*Sírvase a ver Anexo H, presentación completa de información de línea de base.*)

Cuando se calculan los datos de tasa de abandono de DPT comparando la cobertura de DPT3 con la de DPT1 para todos los niños vacunados, la tasa de abandono AIN parece haber bajado ligeramente, de 5% en línea de base a 2% a medio término, mientras la tasa permaneció estable en alrededor de 7% en las comunidades control.

Para calcular la cobertura de vacunas específicas recibidas antes de la edad de 12 meses, se evaluaron los datos registrados en las tarjetas. La proporción de niños vacunados antes de los 12 meses según los datos de las tarjetas fue extrapolada al grupo completo de niños. Estos cálculos se efectuaron para las vacunas BCG, DPT, y polio, todas las cuales debían ser recibidas por los niños antes de cumplir los 12 meses. Los resultados de estas vacunas se presentan en la Tabla 7.1. La vacuna contra el sarampión no se da a los niños como parte del

MMR hasta que alcanzan los doce meses de edad, por lo que esta vacuna y la inmunización completa<sup>9</sup> no están incluidos en los cálculos.

**Tabla 7.1: Vacunación entre Niños de 12 a 23 Meses de Edad, por Biológico y por Fuente de Información, a Medio Término**

Fuente de información	Comunidades de AIN									
	Proporción de niños de 12 a 23 m. que recibieron vacunas listadas a continuación:									
	BCG	DPT			Polio			Sarampión	Niños completamente inmunizados	Número de niños
1		2	3	1	2	3				
Sólo datos de carnet de vacunas	92.2 <sup>†† §</sup>	98.4	98.4	97.5	98.4	98.4	97.5 <sup>†</sup>	86.0 <sup>†</sup>	80.7	243
Sólo datos de memoria	95.2	62.0	57.2	42.9	57.1	57.1	38.1	52.4	19.0	21
Datos combinados totales de ambas fuentes	92.4 <sup>†† §</sup>	95.5	95.1 <sup>†</sup>	93.2 <sup>††</sup>	95.1	95.1 <sup>†</sup>	92.8 <sup>††</sup>	83.3 <sup>†</sup>	75.8 <sup>†</sup>	264
Vacunados antes de los 12 meses	85.0	93.1	92.7	88.1	92.3	92.3	87.7	N/A	N/A	264
Fuente de información	Comunidades Control									
	Proporción de niños de 12 a 23 m. que recibieron vacunas listadas a continuación:									
	BCG	DPT			Polio			Sarampión	Niños completamente inmunizados	Número de niños
1		2	3	1	2	3				
Sólo datos de carnet de vacunas	98.0	100.0	98.0	94.6	99.5	97.6	93.7	77.6	73.2	205
Sólo datos de memoria	95.5	59.1	54.6	45.5	59.1	54.6	43.2	70.5	31.8	44
Datos combinados totales de ambas fuentes	97.6	92.8	90.4	85.9	92.4	90.0	84.7	76.3	65.9	249
Vacunados antes de los 12 meses	93.7	92.3	89.5	83.7	91.9	89.1	82.5	N/A	N/A	249

†  $p \leq .05$  (basado en prueba de Chi-Cuadrado de Pearson)

††  $p \leq .01$  (basado en prueba de Chi-Cuadrado de Pearson)

§  $p \leq .05$  (basado en prueba de Análisis de Regresión Logística)

<sup>9</sup> Inmunización completa se define como BCG, 3 dosis de DPT, 3 dosis de polio, y dosis de sarampión.

## **7.2 Suplementación con Vitamina A, Hierro**

Se recolectaron datos sobre la aplicación de micronutrientes con hierro para niños de cuatro meses de edad o mayores, y con vitamina A para niños de seis meses de edad o mayores. Los datos se extrajeron de los carnets y tarjetas de forma similar a la recolección de datos sobre vacunación, y para aquellos niños que no contaban con un carnet o tarjeta al momento de la encuesta, se recolectaron datos de memoria de las personas a su cuidado. Los resultados que se presentan en esta sección son del total combinado de carnets, tarjetas y memoria.

De los niños de cuatro meses de edad, o mayores, 47% en las comunidades de AIN habían recibido algunos suplementos de hierro, en comparación con el 9% en las comunidades de control, lo que es una diferencia estadística significativa ( $p \leq .001$ ). Más aún, dado que la aplicación de suplementos de hierro para el momento de línea de base era similar en ambos grupos (2% en comunidades de AIN y 4% en comunidades control) hubo también un aumento estadístico significativo a lo largo del tiempo en ambos grupos ( $p \leq .01$ ).

De los niños de seis meses de edad, o mayores, 80% en las comunidades de AIN, en comparación con 65% en las control habían recibido suplementos de vitamina A. Se encontró que esta diferencia entre los grupos era estadísticamente significativa para los datos de medio término ( $p \leq .001$ ), mientras que para la de línea de base no había diferencia significativa. De forma interesante en ambos grupos se observó una disminución significativa de las tasas de aplicación de suplementos de línea de base de un 86% en las comunidades AIN y un 83% en las comunidades control. Esta disminución reveló una interacción significativa entre grupo y tiempo ( $p \leq .05$ ) mientras que las comunidades de AIN sostuvieron un 7% de reducción a lo largo del tiempo en comparación con el 22% de reducción de las comunidades control.

## **7.3 Desparasitación**

La pregunta final de esta sección buscaba averiguar si los niños de estas comunidades habían recibido medicamentos desparasitantes. Este es un factor importante que afecta al crecimiento de estos niños en vista de que los niños con altas cargas de parásitos intestinales no tienden a crecer como lo hacen otros niños de su edad no infestados. En las comunidades de AIN, 34% de los niños habían recibido medicación desparasitante a medio término, en comparación con 30% en las comunidades control. Ambos grupos mostraron niveles similares en línea de base 32% y 36%, respectivamente. Las diferencias en línea de base y medio término no fueron significativas.

## **7.4 Discusión de Hallazgos**

Pese a que las monitoras no administran vacunas directamente, las preguntas sobre cobertura de vacunas fueron incluidas en la encuesta de medio término del AIN, en vista que las sesiones mensuales de peso ofrecían una oportunidad de revisar los carnets de vacunación, de invitar a las enfermeras de las comunidades a vacunar, y / o a referir al niño al centro de salud.

Es importante notar que Honduras tiene ya altos niveles de cobertura de vacunación, y por tanto, el impacto adicional del programa de AIN sería una mejoría en el incremento de la cobertura. Los resultados del AIN reportados en este capítulo, incluyendo las mejoras en las tasas de reducción de la DPT, demuestran que pese a que el programa nacional ha logrado una buena cobertura, las verificaciones mensuales de los carnets de vacunación permiten acceder a la pequeña proporción de niños que está quedando fuera de los servicios de rutina.

Los datos de los carnets demostraron una cobertura significativamente mayor para polio3 y sarampión en las comunidades de AIN, que en las comunidades control. Cuando se combinaron los datos de los carnets con los de memoria de las madres, se encontró que en las comunidades de AIN había una cobertura significativamente mayor que en las comunidades de control para DPT3, polio3, sarampión, e inmunización completa. Estos hallazgos muestran que pese a que las comunidades de control tienen mejor acceso a las vacunas en términos de distancia a los centros de salud, está alcanzándose una mayor cobertura inmunitaria en las comunidades de AIN a través de las verificaciones periódicas de carnets de vacunación, y del contacto con las enfermeras que apoyan las sesiones de peso. La única excepción a este patrón es la cobertura para BCG, y puede deberse a que la BCG es la primera vacuna administrada a los niños recién nacidos, sumado a la alta prevalencia de nacimientos institucionalizados de las comunidades control. Sin embargo, no está claro por qué esta diferencia no habría sido corregida en las comunidades de AIN para cuando estos niños alcanzaron su primer cumpleaños. No está claro tampoco por qué la tasa de las comunidades de AIN decreció de su valor de línea de base al de medio término, mientras que el valor de la tasa de las comunidades de control se incrementó, ya que la proporción de nacimientos institucionalizados parece estar aumentado en ambos grupos (como se reporta en la Sección 6.1). Deben explorarse las barreras para vacunar a un niño con BCG luego de su primer mes de vida.

En términos de aplicación de suplementos de micronutrientes, la proporción de niños menores de dos años que recibieron suplementos de hierro se ha incrementado significativamente en las comunidades de AIN desde el momento de la línea de base con respecto a las comunidades control. Estos hallazgos demuestran el impacto positivo del programa de AIN, que se logra por la revisión de las monitoras de las tarjetas de salud de los niños, y su referencia hacia los centros de salud en los casos en que no esté disponible una enfermera en la sesión de peso para administrar el suplemento de hierro.

En términos de aplicación de suplementos de vitamina A, las comunidades de AIN muestran una tasa significativamente mayor de aplicación a medio término que las comunidades control. Los resultados para aplicación de suplementos de vitamina A son más difíciles de interpretar, sin embargo, en vista de que las tasas en ambos grupos han caído en comparación con sus valores de línea de base. Esta caída puede estar relacionada con la disponibilidad de los proveedores de vitamina A para el momento del medio término.

---

## 8. Crecimiento y Desarrollo del Niño

La evaluación incluyó una serie de preguntas a las entrevistadas acerca de programas de promoción de crecimiento, incluyendo si participaban en alguno, la ubicación del programa, su contenido, si habían recibido consejería en la sesión de peso, y si reconocían las láminas de consejería del programa de AIN.

### 8.1 Conocimiento de Signos que Indican que el Niño Crece Bien

A las madres que creían que sus hijos estaban creciendo bien se les solicitó que espontáneamente mencionaran signos de buen crecimiento. La Figura 8.1 muestra características que las madres tanto del grupo AIN como del grupo control consideran propias del buen crecimiento. Hay diferencias significativas en sus conocimientos.

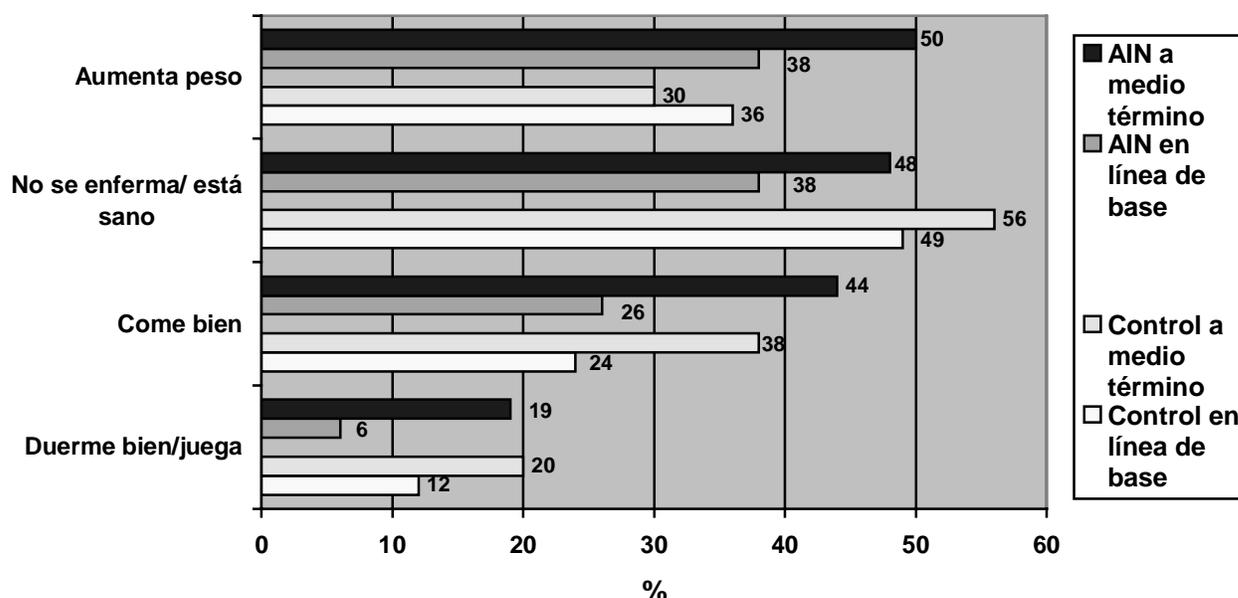
En las comunidades de AIN, el *aumento de peso* del niño fue el signo más comúnmente mencionado. Las mujeres de las comunidades de AIN fueron significativamente más propensas a mencionar este signo a medio término que las mujeres de las comunidades de control ( $p \leq .001$ ). Hay una diferencia estadística significativa entre el aumento en el tiempo en las comunidades de AIN (de 38% en línea de base a 50% a medio término) en comparación con la disminución en las comunidades de control (de 36% a 30%,  $p \leq .001$ ).

El niño *no se enferma*, por otra parte, fue significativamente menos comúnmente mencionado en las comunidades de AIN (48%) que en las comunidades de control a medio término (56%,  $p \leq .05$ ). La diferencia entre los dos grupos fue también estadísticamente significativa en línea de base ( $p \leq .01$ ), y ambos grupos habían incrementado de forma significativa sobre sus valores de línea de base de 38% y 49%, respectivamente ( $p \leq .001$ ).

Tanto en las comunidades de AIN como en las control, las mujeres al cuidado de los niños mencionaron que el niño *come bien* como signo de buen crecimiento. Hubo incrementos significativos en las tasas tanto en comunidades de AIN (de 26% en línea de base a 44% a medio término) como en las comunidades de control (de 24% a 38%,  $p \leq .001$ ).

En ambos grupos, la tasa de mujeres que mencionaron que *duerme bien y juega* como signo de buen crecimiento se incrementó considerablemente en el tiempo, con un aumento de 6% en línea de base a 19% a medio término para las comunidades de AIN, y un incremento del 12% al 20% ( $p \leq .001$ ) para las control. La diferencia entre los dos grupos que era significativa en la línea de base ( $p \leq .01$ ), dejó de encontrarse a medio término.

**Figura 8.1: Comparación de Conocimientos de las Personas al Cuidado de los Niños sobre Signos que Indican que un Niño Crece Bien en las Comunidades de AIN y Control de la Línea de Base a Medio Término**



## 8.2 Conocimiento de Signos que Indican que el Niño No Crece Bien

Se preguntó a todas las mujeres al cuidado de niños qué signos podrían indicar que un niño no crece bien sin importar si sus niños estaban creciendo bien o no. Como se muestra en la Figura 8.2, el signo más comúnmente mencionado a medio término en ambos grupos fue el niño *es enfermizo*. Los resultados fueron similares en ambos grupos (AIN: 46%; control: 49%). En ambos grupos, también, el porcentaje de mujeres que estaban al tanto de la relación con la enfermedad y el crecimiento escaso aumentó significativamente sobre de los niveles de línea de base ( $p \leq .001$ ).

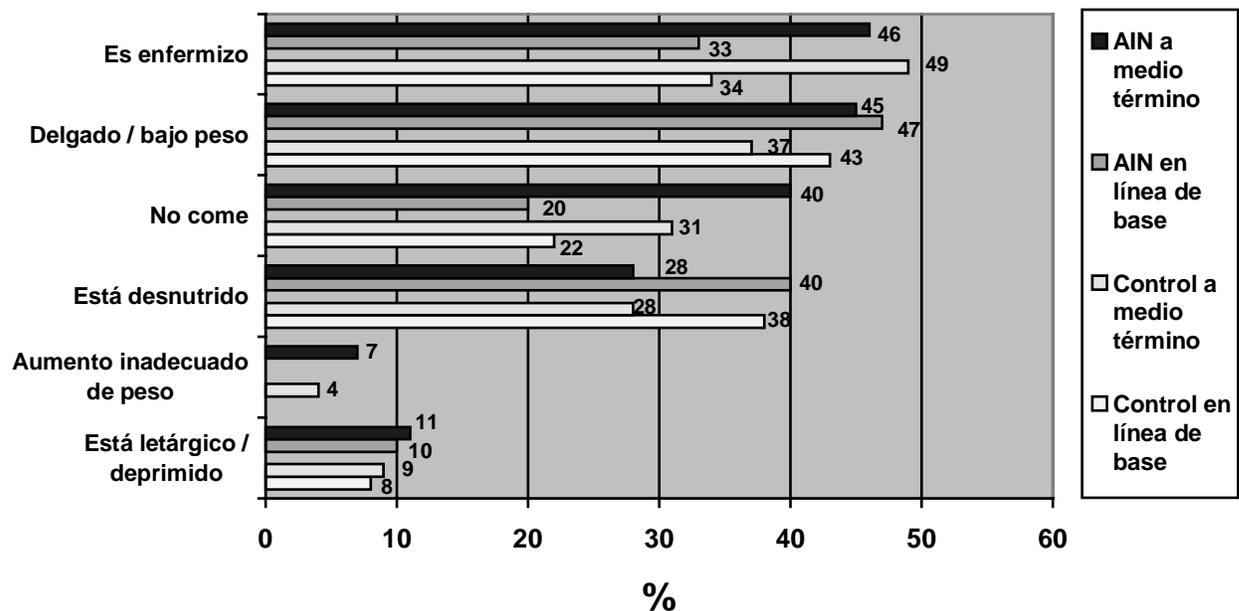
El segundo signo más mencionado en ambos grupos fue el niño *está delgado*. Las mujeres AIN tenían una propensión significativamente mayor a mencionar este signo a medio término que sus contrapartes de las comunidades de control (45% vs. 37%, respectivamente,  $p \leq .01$ ). Ha habido un cambio significativo desde la línea de base en las comunidades control que se manifiesta en una reducción de las mujeres que mencionaron este signo a medio término, mientras que en las comunidades de AIN la tasa ha permanecido similar al nivel de la línea de base ( $p \leq .05$ ).

En ambos grupos, las mujeres entienden también que un niño que *no come bien* no crece bien, duplicando el porcentaje en las comunidades de AIN a medio término (40%) desde el tiempo de la encuesta de línea de base (20%). Esta tasa de medio término revela una interacción estadísticamente significativa entre grupos y tiempo ( $p \leq .05$ ) tanto que el aumento de las comunidades de AIN a lo largo del tiempo ha sobrepasado la tasa de las comunidades control, que se incrementó de 22% en la línea de base, a 31% a medio término.

En ambos grupos, más de una cuarta parte de las entrevistadas mencionaron el niño *está desnutrido* como otro signo que indicaría un escaso crecimiento. Estas tasas, sin embargo, retrataron un descenso significativo en el tiempo con una caída de las comunidades de AIN desde su nivel de línea de base 40% a un nivel a medio término 28% y una caída correspondiente en las comunidades de control de 38% a 28% ( $p \leq .001$ ).

Muy pocas madres tanto de las comunidades de AIN (7%) como de las comunidades de control (4%) mencionaron el *aumento inadecuado de peso* como signo de alerta de que el niño no estaba creciendo bien.<sup>10</sup> *Decaido* tampoco fue una respuesta muy común y tanto la tasa AIN (11%) como la control (9%) se mantuvieron similares a los niveles de línea de base.

**Figura 8.2: Comparación de Conocimientos de las Personas al Cuidado de los Niños sobre los Signos que Indican que un Niño No Crece Bien en las Comunidades de AIN y Control de la Línea de Base a Medio Término**



### 8.3 Participación en Programas de Monitoreo y Promoción del Crecimiento

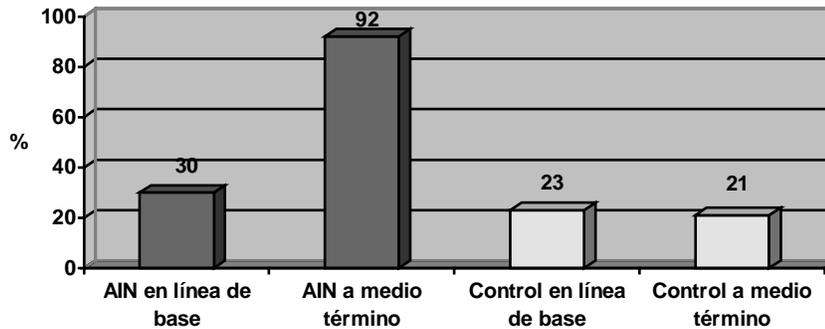
La Figura 8.3 muestra un aumento significativo en la inscripción de niños en programas de monitoreo y promoción de crecimiento en las comunidades de AIN desde la línea de base (30%) a medio término (92%,  $p \leq .001$ ).

La proporción de inscripciones actuales en estos programas era ya significativamente más alta en las comunidades de AIN para el momento de la línea de base ( $p \leq .01$ ), y desde entonces, la inscripción ha sobrepasado aún más a las comunidades control, que la han

<sup>10</sup> Esta pregunta fue agregada al cuestionario de evaluación de medio término, y por ende no puede establecerse una comparación respecto a los conocimientos de este signo en línea de base.

mantenido estable a 21% a medio término y 23% en línea de base. La interacción acumulativa entre grupos y tiempo es estadísticamente significativa en  $p \leq .001$ .

**Figura 8.3: Comparación de Inscripción Actual de Niños en Programas de Monitoreo y Promoción del Crecimiento en el Tiempo, por Grupo**



En las comunidades de AIN casi todas las mujeres que inscribieron a sus niños en programas lo hicieron a través del programa comunitario dirigido por las monitoras de AIN (99.8%), como se muestra en la Tabla 8.1. En las comunidades control, de aquellas que reportaron haber participado en un programa de crecimiento, 47% reportaron haber inscrito a su hijo a través de un centro de salud. Las restantes reportaron alguna otra fuente, como voluntaria de salud, proveedor privado (doctor, clínica, dispensario, hospital), CARE, o el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS). Estas diferencias en las fuentes de los programas entre los grupos a lo largo del tiempo, así como las diferencias entre los grupos en línea de base y medio término, fueron estadísticamente significativas.

**Tabla 8.1: Fuente de Programa de Monitoreo y Promoción del Crecimiento**

	AIN <sup>§§§</sup>				Control			
	Línea de base <sup>††</sup>		Medio término <sup>†††</sup>		Línea de base		Medio término	
	%	Número de niños	%	Número de niños	%	Número de niños	%	Número de niños
Monitora de AIN	14.0	143	99.8	547	1.9	105	9.1	121
CESAR/CESAMO	74.8		0.2		83.8		47.1	
Otro	11.2		0		14.3		43.8	

††  $p \leq .01$  (basado en prueba de Chi-Cuadrado de Pearson)

†††  $p \leq .001$  (basado en prueba de Chi-Cuadrado de Pearson)

§§§  $p \leq .001$  (basado en prueba de análisis de Regresión Logística)

Para aquellos niños que fueron inscritos en un programa de crecimiento a medio término, se preguntó a las mujeres a qué edad los habían inscrito. Tanto en las comunidades de AIN como en las control, más de dos tercios de las madres que respondieron a esta pregunta enunciaron que lo habían hecho antes de que cumpliera los tres meses de edad (AIN: 69%; control: 72%). Para cuando habían cumplido seis meses de edad, 84% en ambos grupos estaban ya inscritos (ver Tabla 8.2).

**Tabla 8.2: Edad del Niño en la Primera Sesión de Monitoreo de Crecimiento**

Edad en meses	AIN		Control	
	%	Número de niños	%	Número de niños
< 1 m.	27.8	547	27.3	121
1-< 3 m.	41.1		44.6	
3-< 6 m.	15.0		12.4	
6-< 9 m.	6.9		8.3	
9-< 12 m.	3.7		0.8	
12-< 15 m.	1.8		3.3	
15-< 18 m.	0.9		0.8	
18-< 24 m.	0.7		0	
No sabe / no recuerda	2.0		2.5	

A las mujeres que reportaron haber tenido inscrito a su niño en un programa de crecimiento para el momento de la encuesta se les preguntó cuantas veces habían asistido a una sesión de peso en los últimos tres meses para calcular su nivel de participación.. En las comunidades de AIN, 70% de las mujeres con niños de tres meses o mayores reportaron haber asistido tres o más veces en los últimos tres meses, más del doble de la tasa de 30% encontrada en la línea de base, es decir, un aumento significativo ( $p < .001$ ). Las comunidades control, en contraste, como se muestra en la Tabla 8.3, permanecieron con valores similares desde la línea de base (38%) a medio término (44%). Estos resultados muestran que las mujeres AIN tienen una tendencia significativamente mayor a asistir a las sesiones del programa de crecimiento mensualmente que las de control ( $p \leq .001$ ).

**Tabla 8.3: Asistencia a Monitoreo de Crecimiento en los Últimos 3 Meses para Niños  $\geq 3$  Meses**

Número de veces que asistió	AIN				Control			
	Línea de base		Medio término <sup>†††</sup>		Línea de base		Medio término	
	%	Número de Mujeres	%	Número de Mujeres	%	Número de Mujeres	%	Número de Mujeres
Ninguna	1.7	120	2.0	503	4.2	96	5.6	107
Una	37.5		9.1		29.2		19.6	
Dos	30.8		17.7		29.2		27.1	
Tres o más	30.0		70.0		37.5		43.9	
No sabe / no recuerda			1.2				3.7	

Nota: Las respuestas no listadas en el cuestionario de línea de base aparecen ensombrecidas.

†††  $p \leq .001$  (basado en prueba de Chi-Cuadrado de Pearson)

Se preguntó a las mujeres que habían inscrito a su hijo en un programa de monitoreo y promoción del crecimiento que mencionaran las actividades que se habían llevado a cabo en la sesión más reciente de monitoreo de crecimiento a la que hubieran asistido. Después de sus respuestas espontáneas iniciales, se les ofrecieron una lista de actividades posibles. Los

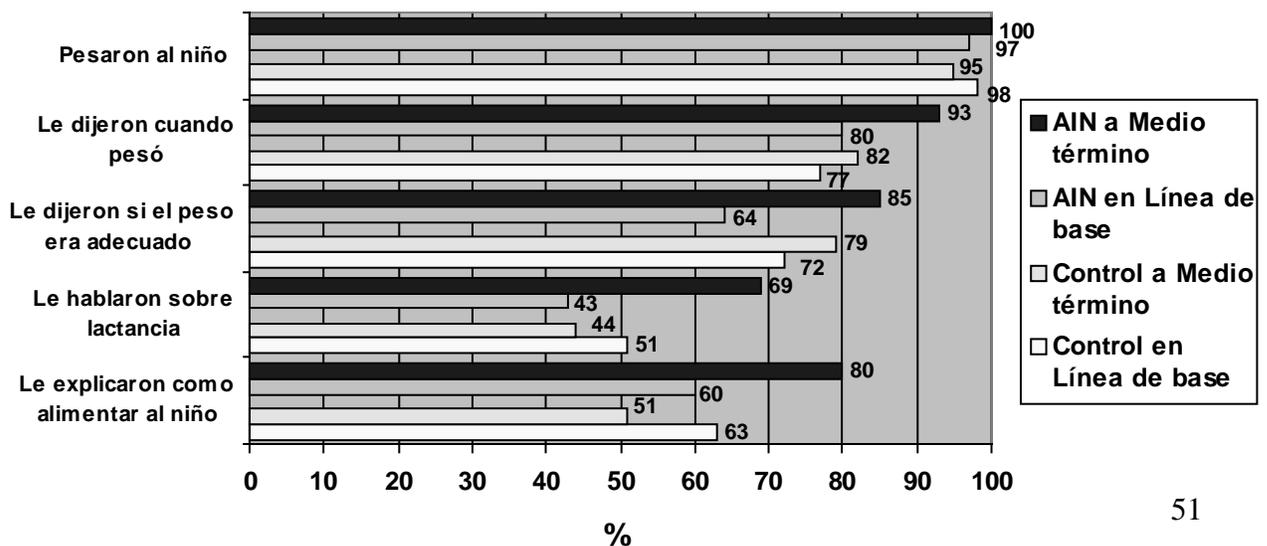
resultados reportados en la Figura 8.4 consideran las respuestas mencionadas espontáneamente y con ayuda juntas. Las pruebas estadísticas para los cambios en el tiempo fueron calculadas sobre la combinación de respuestas mencionadas espontáneamente y con ayuda contra las mujeres que no mencionaron la actividad. (*Para una presentación detallada que distingue las respuestas mencionadas espontáneamente de las mencionadas con ayuda, y que ofrece niveles de significado estadístico, sírvase a ver el Anexo I.*)

La actividad principal en la sesión mensual de monitoreo de crecimiento es pesar al niño. A medio término, 99.7% de las mujeres de las comunidades de AIN, comparado con 95% de las comunidades de control recordaron esta actividad como parte de la sesión más reciente a la que habían asistido. Estas tasas han cambiado desde la línea de base, y la interacción entre el grupo y la dirección del cambio fue estadísticamente significativa; AIN incrementó en el tiempo de 97% a casi 100%, mientras las comunidades de control disminuyeron de 98% a 95%.

A medio término, 93% de las mujeres AIN reportaron que habían sido informadas del peso del niño. Esta tasa fue significativamente más alta que el resultado de control a medio término (82%), y que la tasa AIN de línea de base (80%,  $p < .001$ ). Además, 85% de las mujeres de las comunidades de AIN, reportaron que la *monitora* les había dicho si el aumento del peso del niño era adecuado en comparación con lo esperado para un niño de su edad. Esto fue un aumento significativo sobre el valor AIN de línea de base de 64% ( $p \leq .001$ ). En las comunidades control, 79% fueron informadas de si el aumento de peso del niño había sido adecuado.

Una diferencia clave entre el AIN y otros programas de crecimiento es la consistencia de los consejos ofrecidos, que se establecen sobre el estado de crecimiento del niño. Por ejemplo, la proporción de madres de las comunidades de AIN que recordaron haber recibido mensajes sobre lactancia (69%) y prácticas alimentarias adecuadas (80%) fue significativamente más alta que en las comunidades de control (donde las tasas fueron de 44% y 51%, respectivamente).

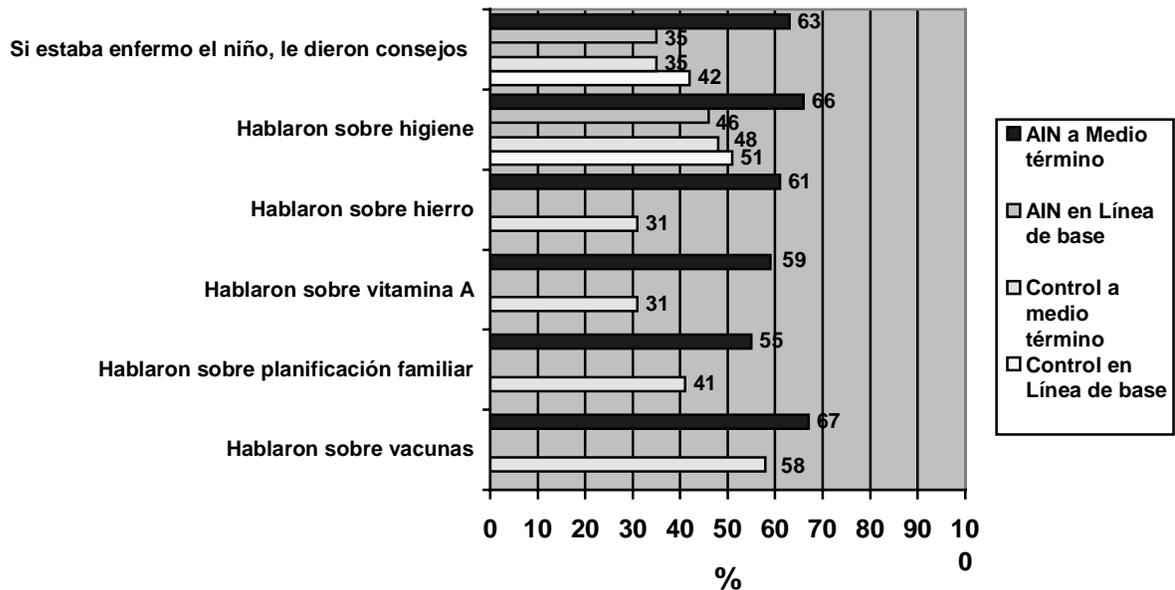
**Figura 8.4: Comparación de Actividades Periódicas en Programas de Monitoreo y Promoción del Crecimiento en Comunidades de AIN y Control a Medio Término y Línea de Base**



Además de consejería en alimentación infantil, el programa de AIN también provee consejería sobre cuidados de niños con diarrea e infecciones respiratorias agudas y sobre higiene. 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%,  $p \leq .001$ ). Estas tasas a medio término en las comunidades de AIN muestran también una considerable mejoría sobre los niveles de línea de base, como se muestra en la Figura 8.5. En general, para cada uno de estos mensajes de consejería, la interacción entre el grupo y el tiempo se refleja en aumentos significativos de las tasas de las comunidades de AIN en comparación con las tasas decrecientes de las comunidades de control ( $p \leq .01$ ).

Para la encuesta de medio término, se agregaron preguntas sobre aplicación de suplementos de micronutrientes, vacunación y planificación familiar. De nuevo, se encontró el mismo patrón en el cual las comunidades de AIN tenían significativamente más altas tasas para consejos en suplementos de hierro (61%) y vitamina A (59%) que las comunidades de control (31% para cada micronutriente). Además, las discusiones sobre planificación familiar y vacunas fueron significativamente más comunes en el programa de AIN que en los programas de monitoreo y promoción del crecimiento de las comunidades de control (55% y 67% comparado con 41% y 58%, respectivamente).

**Figura 8.5: Comparación de Actividades en Respuesta a Situaciones Específicas Encontradas en Programas de Monitoreo y Promoción del Crecimiento en Comunidades de AIN y Control a Medio Término y Línea de Base**

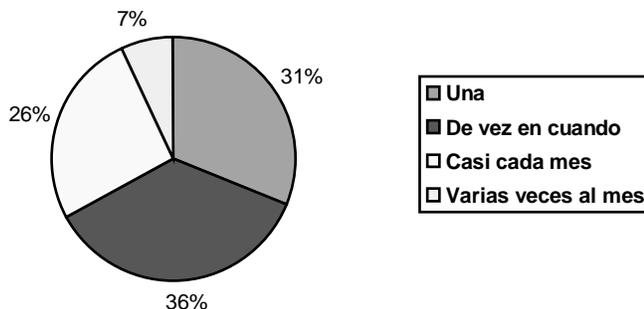


#### 8.4 Visitas a Domicilio por Personal de Programas de Monitoreo y Promoción del Crecimiento

En el programa de AIN, las monitoras efectúan visitas a domicilio a las familias con recién nacidos y las invitan a participar en las sesiones mensuales de peso. Las monitoras también hacen visitas a las mujeres con niños que se ausentan de las sesiones mensuales, a las mujeres con niños que no crecen o que están enfermos y necesitan asistencia adicional. De esta forma, para la encuesta de medio término, se agregaron preguntas para recolectar datos sobre la proporción de mujeres con niños que participan en programas de crecimiento que han recibido visitas domiciliarias, la frecuencia de las visitas, el entendimiento de la mujer al cuidado del niño sobre el motivo de la visita, y las actividades durante la misma. Los resultados de este análisis muestran que significativamente más mujeres AIN habían recibido una visita (27%) que las mujeres de las comunidades de control (4%) ( $p \leq .001$ ). En vista de que fueron tan pocas las mujeres de las comunidades de control las que reportaron visitas a domicilio, en adelante, esta sección se enfoca exclusivamente a las mujeres AIN.

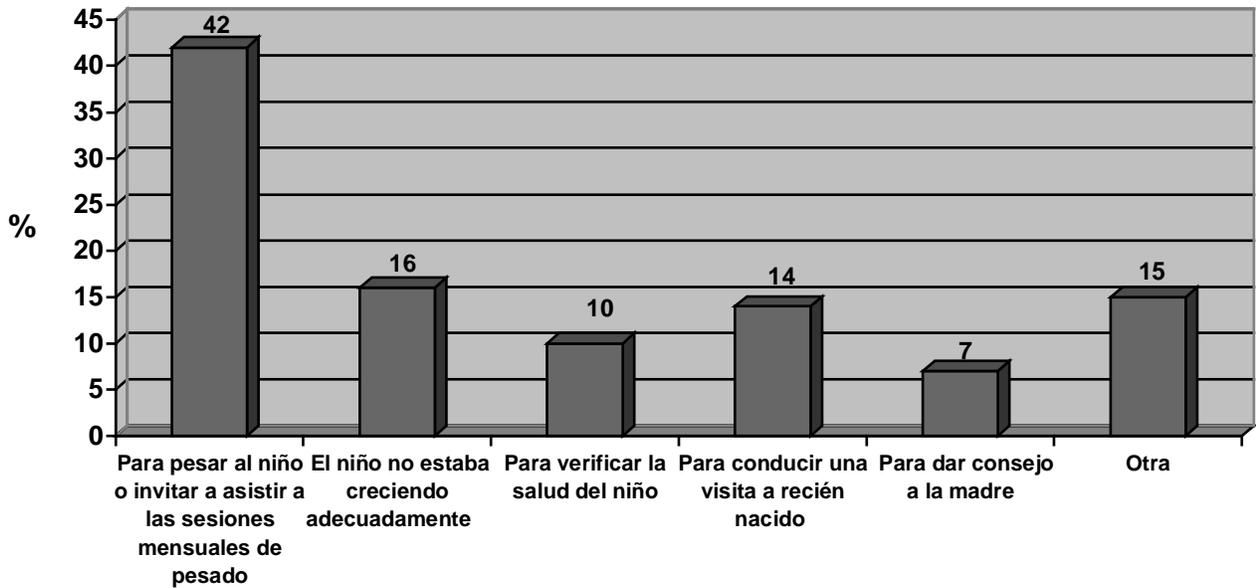
De las mujeres que jamás habían recibido una visita en comunidades de AIN, 31% sólo la habían recibido una vez. Otro 36% enunció que había recibido visitas de vez en cuando y 26% reportó haber recibido una visita casi cada mes. Siete por ciento reportó haber recibido varias visitas por mes (Figura 8.6).

**Figura 8.6: Frecuencia de Visitas a Domicilio en Comunidades de AIN a Medio Término**



Treinta y siete por ciento de las mujeres que reportaron haber recibido una visita a domicilio la habían recibido dentro del mes anterior a la encuesta. Un 37% adicional recibió una visita dentro de uno a dos meses de la encuesta. El restante 26% había recibido una visita más de dos meses antes de la encuesta. Luego se preguntó a estas mujeres por qué habían recibido una visita a domicilio. La causa mencionada más frecuentemente para estas visitas a domicilio era que el niño no había asistido a la sesión mensual de peso (42%). Dieciséis por ciento mencionó un crecimiento inadecuado del niño y 10% mencionó la salud del niño como la razón de la visita. Para el 14% de las entrevistadas, las visitas a domicilio se debían a la revisión del recién nacido, como se muestra en la Figura 8.7.

**Figura 8.7: Razones para Visitas a Domicilio en Comunidades de AIN a Medio Término**



Nota: Las respuestas listadas arriba no se excluyen mutuamente.

### **8.5 Información de la Tarjeta de Control de Crecimiento para Niños Participando en Programas de Monitoreo y Promoción del Crecimiento**

La siguiente serie de preguntas de la encuesta recolectaron datos sobre la diagramación de pesos, líneas de tendencia de crecimiento, y entendimiento de las mujeres a cerca de la gráfica en las tarjetas de control de crecimiento de los niños participando en programas de monitoreo y promoción de crecimiento. En general, a medio término aproximadamente 46% de las mujeres con niños eran capaces de mostrar la tarjeta de control de crecimiento del niño a la entrevistadora, pero hubo una diferencia significativa entre los dos grupos (AIN: 79%; control: 13%,  $p \leq .001$ ). (El Anexo J incluye una muestra de la tarjeta de control de crecimiento del AIN.)

Para las mujeres con tarjetas de salud infantil, en las que se había diagramado una curva de crecimiento, significativamente menos niños de las comunidades de AIN (70%) tenían su primer peso diagramado en su tarjeta de control de crecimiento antes de haber cumplido tres meses de edad que en las comunidades de control (82%), como se muestra en la Tabla 8.4.

**Tabla 8.4: Edad de Primer Peso Marcado en la Tarjeta de Crecimiento del Niño**

Edad del niño en meses	AIN				Control			
	Línea de base		Medio término ††		Línea de base		Medio término	
	%	Número de tarjetas de salud	%	Número de tarjetas de salud	%	Número de tarjetas de salud	%	Número de tarjetas de salud
< 1 mes	32.7	98	29.3	468	39.5	81	55.6	72
1 -< 3 meses	28.6		41.0		28.4		26.4	
3 -< 6 meses	12.2		14.5		13.6		9.7	
6 -< 9 meses	11.2		6.0		4.9		4.2	
9 -< 12 meses	6.1		4.7		3.7		0	
12 -< 15 meses	6.1		2.1		2.5		1.4	
15 -< 18 meses	1.0		1.1		2.5		0	
> 18 meses	2.0		1.3		4.9		2.8	

†† p ≤ .01 (basado en prueba de Chi-Cuadrado de Pearson)

Los datos de la tarjeta de control de crecimiento se analizaron para determinar cuantos niños tenían más de un peso marcado y para evaluar la habilidad de graficar del personal del programa. Significativamente más niños con tarjetas de control de crecimiento en las comunidades de AIN (91%) que en las de control (68%) tenían al menos dos pesos marcados en la tarjeta, a medio término. Para las comunidades de AIN, esto fue un aumento significativo sobre el hallazgo de 59% de línea de base ( $p \leq .001$ ). Las comunidades control, en contraste, mantuvieron un valor similar al de su línea de base (64%) ( $p \leq .001$ ).

Para las tarjetas con al menos dos pesos marcados, los equipos de encuesta verificaron que la línea que las unía estaba dibujada con un intervalo de uno a dos meses. (De acuerdo con los lineamientos del programa, si hay más de dos meses de lapso entre los pesos, la tendencia no se marca.) A medio término, 94% de las tarjetas AIN con pesos marcados en intervalos de uno a dos meses tenían la tendencia correctamente dibujada. Esto era significativamente mayor, tanto la tasa de 71% encontrada en las comunidades de AIN en línea de base, como la tasa de 78% encontrada a medio término en las comunidades control.

Las entrevistadoras juzgaron entonces si la tendencia estaba siendo interpretada correctamente en tinta azul (significando un crecimiento adecuado) o en tinta roja (significando un crecimiento inadecuado). Para las comunidades de AIN, 89% de las tarjetas con al menos dos pesos marcados en intervalo de uno a dos meses fueron correctamente interpretadas. Esto fue similar a la tasa de línea de base 86%, aunque tal como lo describe la Tabla 8.5, esta tasa está basada en el número considerablemente mayor de niños que participaron en programas de crecimiento a medio término que en línea de base. En comunidades control, en contraste, aparentemente hubo una disminución en el porcentaje de tarjetas que fueron marcadas correctamente de 86% en línea de base a 74% a medio término. Pese a que la tasa AIN no cambió significativamente en el tiempo, fue significativamente más alta que la tasa control a medio término. Por lo tanto, se encontró una interacción significativa entre grupos y tiempo.

**Tabla 8.5: Precisión de Diagramación en Tarjeta de Control de Crecimiento para Niños con al menos 2 Pesos Marcados en Sus Tarjetas**

	AIN				Control			
	Línea de base		Medio término		Línea de base		Medio término	
	%	Número de niños						
Niños con 2 o más pesos marcados en sus tarjetas §§§	58.7	104	90.8 †††	468	64.4	87	68.1	72
De ellos, ¿cuántos tienen pesos trazados en intervalo de 1 a 2 meses? §§	70.5	61	93.6 †††	425	76.8	56	77.6	49
De los que tienen trazado un intervalo de 1 a 2 meses, ¿cuántos tienen la tendencia marcada <i>correctamente</i> con rojo o azul? §§	86.0	43	88.9 ††	398	86.0	43	73.7	38

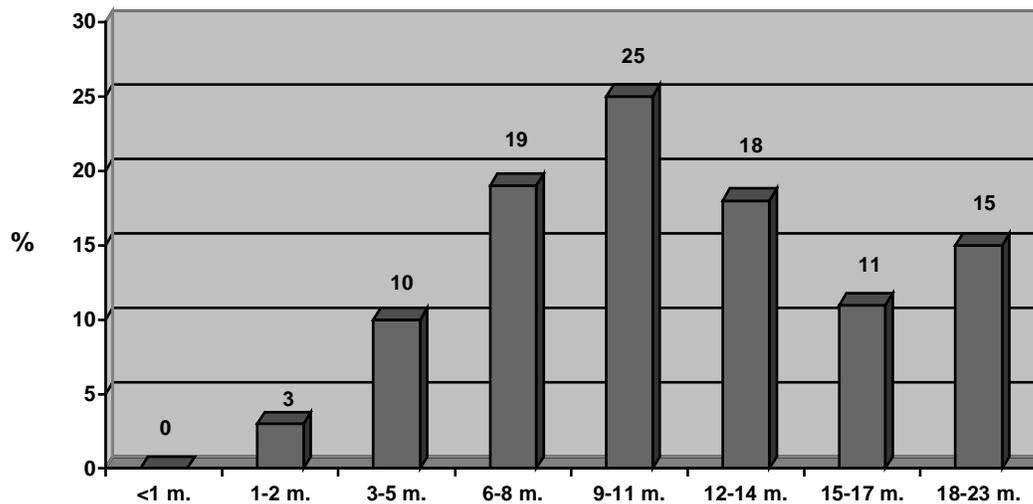
††  $p \leq .01$  (basado en prueba de Chi-Cuadrado de Pearson)  
 †††  $p \leq .001$  (basado en prueba de Chi-Cuadrado de Pearson)  
 §§  $p \leq .01$  (basado en prueba de Análisis de Regresión Logística)  
 §§§  $p \leq .001$  (basado en prueba de Análisis de Regresión Logística)

Usando la tarjeta de control de crecimiento, las entrevistadoras pidieron a las mujeres que explicaran el crecimiento del niño. En las comunidades de AIN, 62% de las mujeres fueron capaces de explicar bien los intervalos de ganancia adecuada o inadecuada de peso indicados en la tarjeta de salud, en un resultado significativamente mejor que el nivel AIN de 33% arrojado en línea de base ( $p \leq .01$ ) y que el nivel de medio término de 31% de las comunidades de control ( $p \leq .001$ ).

Se encontró que 60% de los niños de las comunidades de AIN con tarjeta de control de crecimiento con al menos dos pesos habían experimentado al menos un episodio de escaso crecimiento. La edad del niño al momento del más reciente episodio de escaso crecimiento se muestra en la Figura 8.8 a continuación.<sup>11</sup> Queda claro en esta gráfica que hay un pico específico de escaso crecimiento a los 9 a 11 meses. Ochenta por ciento de las mujeres con niños con escaso crecimiento reportaron haber discutido las causas posibles con las monitoras de AIN. Para la gran mayoría de estas mujeres, (84%), la causa discutida fue una enfermedad.

<sup>11</sup> Los datos de las comunidades control sobre niños con un episodio de escaso crecimiento se limitan a 21 de los 54 niños con al menos dos pesos marcados en sus tarjetas de control de crecimiento. Esta muestra es demasiado pequeña reducida para permitir más análisis. Los datos de línea de base también están basados en una muestra de tamaño reducido, de 21 niños de comunidades AIN y 23 de control. Por lo tanto, este análisis se limita a los niños de las comunidades AIN a medio término.

**Figura 8.8: Edad del Niño en Comunidades de AIN al Momento del Más Reciente Episodio de Crecimiento Inadecuado a Medio Término**



### 8.6 Consejería para Niños Participantes en Programas de Crecimiento

La siguiente serie de preguntas de la encuesta concernía al crecimiento inadecuado y al consejo que la madre recibió. Para niños con al menos un intervalo de crecimiento inadecuado *marcada en sus tarjetas*, se preguntó a las mujeres si habían recibido algún consejo. Se descubrió que las mujeres AIN eran significativamente más propensas a haber recibido un consejo (81%) que sus contrapartes de las comunidades de control (57%,  $p=.01$ ).

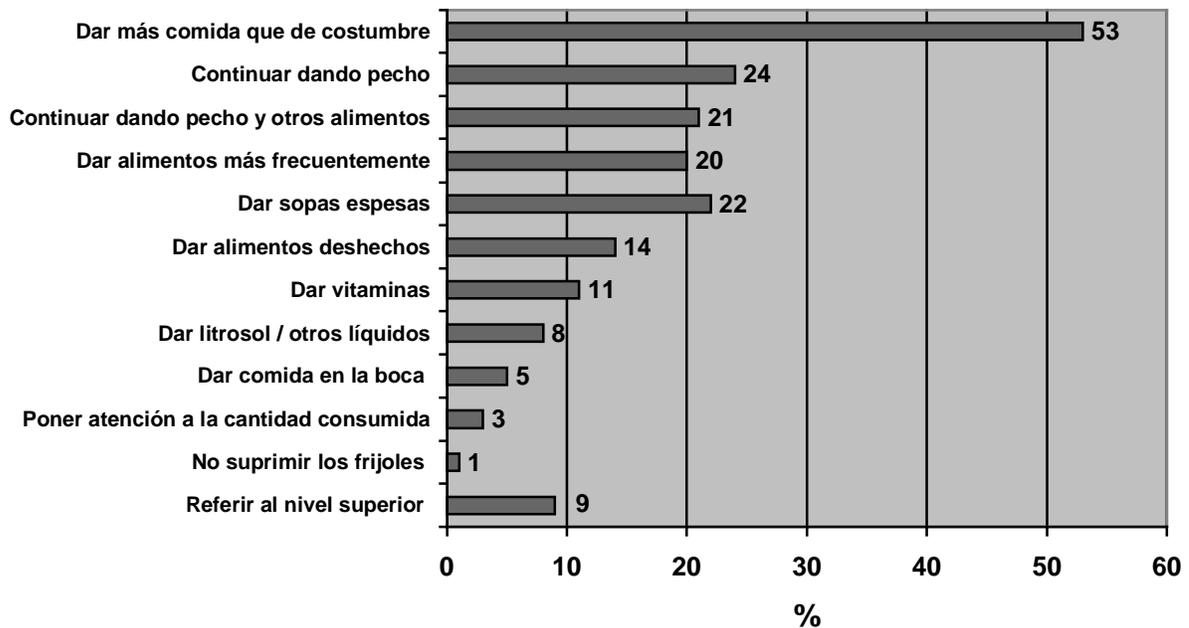
Se preguntó a las mujeres *sin una tarjeta* (o con una tarjeta sin datos registrados de monitoreo de crecimiento) si alguna vez alguien les habría mencionado que el niño no estaba creciendo bien, o estaba desnutrido. Dieciséis por ciento de las mujeres AIN sin tarjeta (21 entrevistadas) y 10% de las mujeres control (51 entrevistadas) recordaron haber recibido ese mensaje. La fuente de esta información fue más frecuentemente una monitora de AIN o una enfermera en las comunidades de AIN, y una enfermera o doctor en las comunidades control. Se preguntó después a las mujeres si habían recibido algún consejo con relación a esta situación. Ochenta y seis por ciento de las mujeres AIN (18 entrevistadas) y 75% de las madres control (38 entrevistadas) respondieron afirmativamente.

A las mujeres que podían mostrar a la entrevistadora tarjetas de control de crecimiento y a aquéllas sin tarjetas se les aplicaron las mismas preguntas con respecto a los consejos que habían recibido en respuesta al escaso crecimiento. En vista de que el tamaño de la muestra de los niños sin tarjetas era muy pequeño, se analizaron juntos los datos de niños con y sin tarjetas. Los resultados demostraron que cuando los niños con y sin tarjetas de crecimiento se consideran juntos a medio término, las madres AIN fueron significativamente más propensas a recibir consejos por episodios de escaso crecimiento que sus contrapartes de las comunidades de control ( $p \leq .05$ ). Además, ambos grupos demostraron aumentos

significativos sobre los niveles de línea de base, con un incremento para AIN, de 53% en línea de base a 81% a medio término, mientras control incrementó de 51% a 69% ( $p \leq .001$ ).

El análisis del tipo de consejo recibido se limita a las comunidades de AIN a medio término en vista de que el tamaño de la muestra para control es pequeña. La Figura 8.9 muestra que el consejo más comúnmente recibido fue dar más comida que de costumbre (53%). Consejos como continuar dando pecho, continuar dando pecho y otros alimentos, dar alimentos más frecuentemente, y dar sopas *espesas* fueron mencionados cada uno por un cuarto de estas mujeres. La mayoría de los consejos recibidos estaban enfocados en las prácticas alimentarias, aunque algunas de las mujeres también mencionaron consejos como dar litrosol u otros líquidos y dan referencias para los niños enfermos.

**Figura 8.9: Consejos Recibidos por las Personas al Cuidado de los Niños en las Comunidades de AIN a Medio Término**



Nota: Las respuestas no se excluyen mutuamente.

### 8.7 Láminas de Consejería

Una ayuda clave en el trabajo desarrollada en el programa de AIN es un juego de 20 tarjetas de consejería en forma de láminas. Estas cubren una variedad de temas, como: establecer lactancia para los niños de 0 a 7 días de nacidos; el manejo de crecimiento adecuado o inadecuado con o sin lactancia para niños de 0 a 2 y 3 a 5 meses; el manejo de un crecimiento adecuado o inadecuado con alimentación adecuada para niños de 6 a 8, 9 a 11, 12 a 17, o 18 a 23 meses; el manejo de infecciones respiratorias agudas en niños de 0 a 2 meses y 2 meses a 5 años; y el manejo de diarrea, higiene, preparación y uso de litrosol. (*Sírvase a ver Anexo K para un ejemplo de una de estas láminas.*) La evaluación buscó examinar el grado de utilización de estas láminas por las monitoras de AIN y el personal de

los centros de salud CESAR/CESAMO, como herramienta en las sesiones de consejería que sigue al pesaje mensual. Se preguntó a las mujeres al cuidado de los niños si habían visto estas láminas; y en caso positivo, se les preguntó dónde las habían visto, y con qué frecuencia.

La Tabla 8.6 demuestra que las tarjetas fueron reconocidas por casi dos tercios de las mujeres de las comunidades de AIN, que la mayoría de ellas las habían visto en las sesiones de peso de AIN, y que relativamente pocas mujeres las habían visto en los centros CESAR o CESAMO. En las comunidades control, en cambio, menos de una tercera parte de las mujeres habían visto las láminas, y en casi todos los casos positivos, las mujeres las habían visto en los centros CESAR o CESAMO. Estas diferencias entre los dos grupos fueron significativas, tanto en el reconocimiento de las láminas como en el sitio donde las habían visto.

**Tabla 8.6: Reconocimiento de Láminas de Consejería AIN y Sitio Donde Fueron Vistas a Medio Término**

Reconocimiento de las láminas de consejería	AIN		Control	
	%	Número de mujeres	%	Número de mujeres
Las han visto	63.6 †††	596	30.9	572
Jamás las han visto	36.4 †††		69.1	
<b>Sitios donde fueron vistas las láminas de consejería, para quienes reportaron haberlas visto:</b>				
Las vieron en el CESAR / CESAMO	18.5 †††	379	91.5	177
Las vieron con la monitora de AIN	79.7 †††		2.8	
Las vieron en otra parte	2.6 †		6.2	

Nota: Las respuestas no se excluyen mutuamente.

† p ≤ .05 (basado en prueba Chi-Cuadrado de Pearson)

††† p ≤ .001 (basado en prueba Chi-Cuadrado de Pearson)

En términos de la frecuencia con que habían visto las láminas, 63% de las mujeres de las comunidades de AIN, que habían visto las láminas en las sesiones de peso con las monitoras reportaron haberlas visto mensualmente, 19% las habían visto de vez en cuando, y 17% sólo una vez. En las comunidades control, las mujeres que habían visto las láminas en los centros CESAR o CESAMO reportaron haberlas visto mucho menos frecuentemente, con sólo cuatro de cada cinco madres habiéndolas visto de vez en cuando.

## 8.8 Discusión de Hallazgos

El notable aumento en la inscripción de niños en los programas de monitoreo y promoción del crecimiento en las comunidades de AIN -de 30% en línea de base a 92% a medio término- es impresionante. Este aumento es consistente con la gran proporción de mujeres al cuidado de los niños que están conscientes del programa de AIN en sus comunidades, y que participan en él. Entre menor es el niño cuando se inscribe, más grande es el impacto en su salud y nutrición que el programa puede alcanzar. La inscripción se lleva a cabo a una edad

temprana, pero no es tan temprana como se desearía. El programa habría esperado que al menos 75% de los niños hubieran sido inscritos antes de los tres meses de edad, en comparación con el hallazgo a medio término de 69% en las comunidades de AIN.

A medio término, la proporción de niños con tarjetas de control de crecimiento que tenían su primer peso registrado en su tarjeta antes de haber cumplido los tres meses de edad fue significativamente más bajo en las comunidades de AIN que en las control. Aunque esta comparación parece apoyar que una proporción menor de niños AIN participaron en el programa de crecimiento antes de la edad de tres meses, es importante recordar que los niños de las comunidades de control representan los pocos que participaron en algún programa de crecimiento.

En cuanto a la intensidad de la participación, que fue medida por el número de veces que un niño había participado en el programa en los tres meses anteriores a la encuesta, los resultados fueron que el 70% de los niños de tres meses de edad o mayores de las comunidades de AIN habían asistido a tres sesiones de peso durante los tres meses anteriores a la encuesta. Esto queda corto para la meta que se fijó el programa, que un 100% de los niños deben ser pesados mensualmente. Los niños que no asistieron a una sesión de peso debieron haber recibido una visita domiciliaria de parte de las monitoras de AIN, pero la encuesta no mostró que esos niños fueran más propensos a haber recibido la visita que los niños que asistieron a las tres sesiones. El programa aspira a tener al menos un 80 a 85% de participación en las sesiones mensuales de peso con sólo un 15 a 20% requiriendo visitas a domicilio para alcanzar la meta de un 95 a 100% de tasa mensual de participación.

Cuando se interrogó sobre las actividades durante la sesión de peso más reciente, no fue sorprendente que ambos grupos de mujeres mencionaron casi universalmente el pesaje del niño en las comunidades para AIN, y en los centros de salud para control. Sin embargo, vale la pena notar que una proporción más alta de madres AIN fueron informadas del peso del niño y de si era el adecuado. Las mujeres AIN fueron también más propensas a mencionar los mensajes de consejería, y se encontró que las tasas de exposición de cada mensaje se incrementaban para las mujeres AIN, mientras decrecían para las mujeres control. Esta interacción entre las monitoras y las mujeres al cuidado de los niños, al discutir los “resultados” de las sesiones de peso, y al ofrecer consejería específica es más intensa en las comunidades de AIN. Esto refleja el hecho de que el programa comunitario ofrece un abordaje más comprehensivo de la salud y la nutrición infantil que los programas de monitoreo y promoción del crecimiento que ofrecen los centros de salud a los cuales acceden las comunidades control. El proceso en las sesiones de promoción de crecimiento reveló una ventaja del programa basado en la comunidad sobre el enfoque tradicional basado en el centro de salud, que se enfoca más en el pesaje y menos en promover el crecimiento a través de la consejería.

Las mujeres al cuidado de los niños en AIN fueron claramente más propensas a saber interpretar las tarjetas de control de crecimiento de sus hijos que las mujeres de las comunidades control. Las mujeres AIN fueron dos veces más propensas de reconocer las láminas de consejería de AIN que las mujeres de las comunidades control; y hubo aumentos significativos sobre la línea de base en cuanto a la proporción de estas mujeres que conocían

los mensajes programáticos claves que asociaban a la salud con el aumento de peso, con la buena alimentación y con el crecimiento adecuado.

## 9. Diarrea

Se preguntó a las cuidadoras si el niño había tenido un episodio de diarrea o infección respiratoria aguda (IRA) dentro de las dos semanas anteriores a la encuesta. Para aquellos niños que habían estado enfermos, se preguntó a las cuidadoras sobre búsqueda de ayuda, cuidados, y prácticas alimentarias aplicadas durante ese episodio de enfermedad. También se preguntó a las cuidadoras sobre sus percepciones acerca de los signos de peligro de estas enfermedades. En este capítulo se presentan los datos recolectados sobre episodios de diarrea, le seguirá un capítulo acerca de episodios de las IRA y un análisis breve de los niños que presentaron ambas condiciones en este período de dos semanas.

### 9.1 Prevalencia de la Diarrea

Se preguntó a las cuidadoras de aquellos niños que habían tenido un episodio de diarrea en las dos semanas anteriores a la encuesta, acerca de la duración del episodio y la aparición de síntomas de deshidratación y sangre en las heces. Como se muestra en la Tabla 9.1, la prevalencia de la diarrea encontrada en la encuesta de medio término es similar entre el grupo AIN (32%) y el grupo control (31%). En ambos grupos, la prevalencia de diarrea parece haber disminuido desde la línea de base; sin embargo, estos resultados deben ser interpretados con precaución, dada la diferencia del tiempo en que se efectuó la encuesta de línea de base - entre los meses mayo a julio - en comparación con la recolección de datos de medio término efectuada de septiembre a octubre.

**Tabla 9.1: Prevalencia de la Diarrea en Niños por Grupo y en el Tiempo**

Tipo de diarrea	AIN				Control				Total			
	Línea de base		Medio término		Línea de base		Medio término		Línea de base		Medio término	
	%	Número de niños										
Niños con diarrea como proporción de todos los niños de la muestra	38.2	474	31.9	596	35.6	464	30.8	572	36.9	938	31.3	1168

Cuando estos datos de prevalencia son estructurados por edad del niño (Tabla 9.2), se hace claro que la prevalencia de la diarrea entre los niños de 0 a 3 meses de edad parece ser menor, tanto en el grupo AIN como en el control, que para los niños mayores.

**Tabla 9.2: Prevalencia de Diarrea en Niños, por Grupo de Edad, a Medio Término**

Edad de los niños con diarrea en las últimas dos semanas	AIN		Control		Total	
	%	Número de niños en este grupo de edad	%	Número de niños en este grupo de edad	%	Número de niños en este grupo de edad
0 - 3 meses	9.0	100	12.0	92	10.4	192
4 - 5 meses	32.0	50	28.8	52	30.4	102
6 - 8 meses	35.6	73	35.2	91	35.4	164
9 - 11 meses	38.5	109	35.2	88	37.1	197
12 - 23 meses	36.7	264	34.9	249	35.9	513

La prevalencia de la diarrea con sangre es similar en las comunidades de AIN (7%) y control (6%) a medio término, como se muestra en la Tabla 9.3. Estas tasas son similares a las de línea de base para comunidades de AIN (8%) y control (7%).

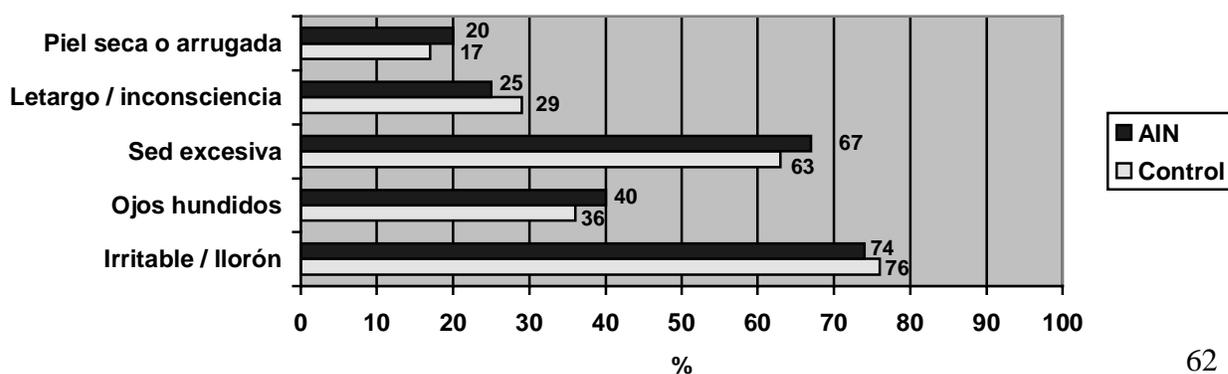
También se analizó información en cuanto a diarrea persistente, definida como diarrea que dura más de 14 días. Los resultados fueron similares entre los grupos y en el tiempo, con 4% en comunidades de AIN y 3% en control a medio término, en comparación con las tasas de línea de base de 8% y 6%. Esta ligera disminución no fue estadísticamente significativa.

**Tabla 9.3: Prevalencia de Diarrea Persistente y con Sangre por Grupo y Tiempo**

Proporción de todos los niños con diarrea, que tienen:	AIN				Control				Total			
	Línea de base		Medio término		Línea de base		Medio término		Línea de base		Medio término	
	%	Número de niños										
Diarrea con sangre	8.3	181	6.8	190	7.3	165	5.7	176	7.8	346	6.3	366
Diarrea persistente (>14 días)	7.7		4.2		5.5		3.4		6.6		3.8	

Las cuidadoras reportaron tasas similares de signos de deshidratación, como piel arrugada o seca, letargo o inconsciencia, sed excesiva, ojos hundidos, e irritabilidad. La prevalencia de estos signos en niños con diarrea, según se reportó por sus cuidadoras se muestra en la Figura 9.1.

**Figura 9.1: Signos de Deshidratación en Niños con Diarrea a Medio Término**



## 9.2 Búsqueda de Ayuda para la Diarrea

Se preguntó a las cuidadoras que reportaron que sus hijos habían tenido diarrea en las dos semanas anteriores a la encuesta si habían buscado ayuda de cualquier fuente (incluyendo amigos o familiares) para esta enfermedad. Treinta y ocho por ciento de las cuidadoras AIN y 31% de las cuidadoras control reportaron haber buscado ayuda o consejos de alguien, dentro de los tres días posteriores a la aparición de la enfermedad. Luego se preguntó a estas cuidadoras a qué fuente(s) de cuidados acudieron y en qué orden. Se hicieron preguntas de seguimiento para completar el cuadro de las cuidadoras que consultaron a una monitora de AIN o proveedor de salud en cualquier momento de este episodio de diarrea. De todos los casos de diarrea reportados, 34% de las cuidadoras de niños enfermos en las comunidades de AIN, y 25% en las comunidades control reportaron haber buscado ayuda de una monitora o de un proveedor profesional de servicios de salud<sup>12</sup> para esta enfermedad (Tabla 9.4).

**Tabla 9.4: Búsqueda de Ayuda para Diarrea a Medio Término**

	AIN		Control	
	%	Número de cuidadoras de niños con diarrea	%	Número de cuidadoras de niños con diarrea
No se buscó ayuda	62.1	190	68.8	176
Se buscó ayuda de cualquier fuente	37.9		31.3	
Se buscó ayuda de una monitora o de un proveedor profesional de servicios de salud	34.2		25.0	
De aquellas que buscaron ayuda de <i>cualquier</i> fuente, la proporción que la buscó de una monitora de AIN en algún momento	41.7	72		
De aquellas que buscaron ayuda de <i>cualquier</i> fuente, la proporción que la buscó de un proveedor profesional de servicios de salud en algún momento	69.4		80.0	55

Esta sección se enfocará en los resultados relacionados con la *primera fuente de ayuda consultada*. En el Anexo L se presentan los resultados detallados sobre las tres primeras fuentes de ayuda consultadas y los sumarios de consultas a monitoras y proveedores de servicios de salud.

Los datos recolectados en las comunidades de AIN mostraron que la primera fuente consultada era más frecuentemente la monitora de AIN (33%). En general, 42% de las cuidadoras que habían buscado ayuda reportaron haber consultado a la monitora de AIN en algún momento de la enfermedad. Luego de la monitora de AIN, la siguiente fuente más

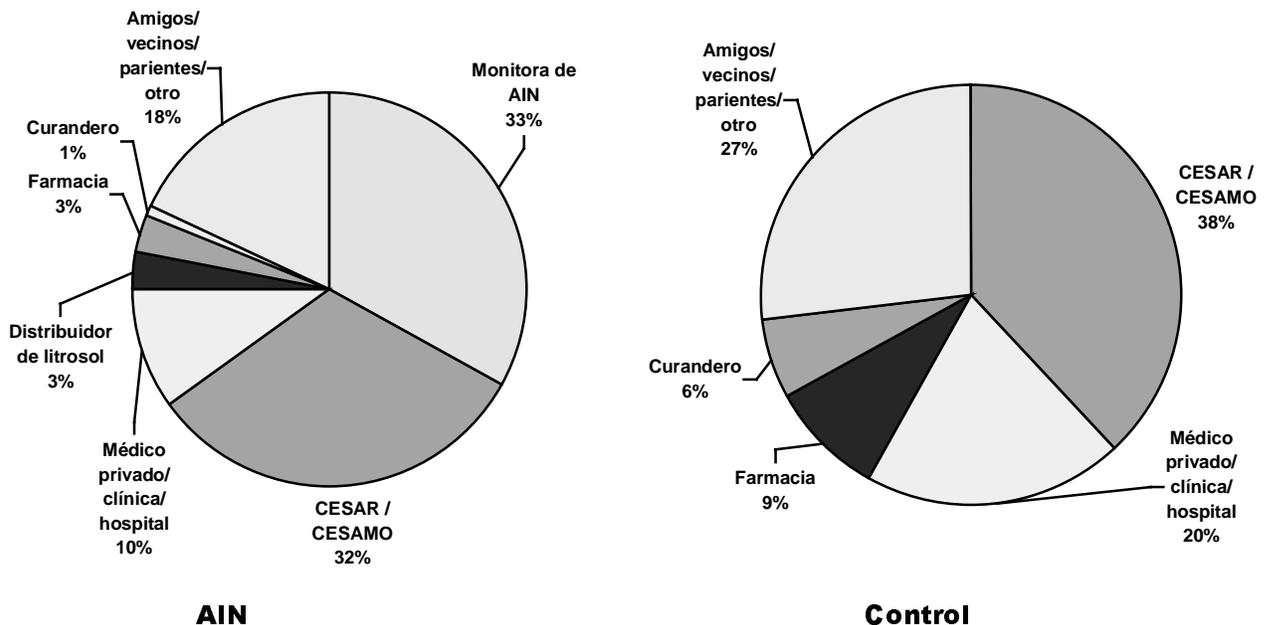
<sup>12</sup> Para los propósitos de este análisis, un “proveedor profesional de salud” fue definido como un CESAR, CESAMO, médico, clínica, hospital o farmacia. La categoría de *farmacia* fue incluida en vista de que una farmacia es una fuente común de litrosol. (Nota: Se reconoce que una farmacia puede ser fuente de tratamiento incorrecto, como la medicación innecesaria de antidiarréicos.)

frecuente de primera consulta en las comunidades de AIN fue un centro CESAR (24%). Ocho por ciento de las cuidadoras acudieron a un CESAMO como primera fuente de ayuda, 10% consultaron a un médico o clínica privado o un hospital. Las farmacias fueron consultadas por un 3% de las cuidadoras AIN, y en la misma proporción fueron consultados distribuidores de litrosol. Curanderas tradicionales fueron consultadas por un 1%. En general, en las comunidades de AIN, 69% de las cuidadoras que buscaron ayuda de cualquier fuente consultaron a al menos un tipo de proveedor profesional de servicios de salud.

En las comunidades control, la fuente más común para la primera consulta fue un CESAR (33%). De hecho, los datos muestran que si un centro CESAR fue consultado en algún momento por una cuidadora, era casi siempre la fuente de primera consulta. Los centros CESAMO fueron consultados por el 5% de las cuidadoras de estas comunidades como primera fuente de cuidados, mientras el 18% consultaron a una clínica o médico privado, y 2% un hospital. Las farmacias fueron consultadas por un 9% de las cuidadoras de las comunidades control, y las curanderas tradicionales por un 6%. En general, 80% de las cuidadoras de las comunidades de control que buscaron ayuda de cualquier fuente, consultaron al menos un tipo de proveedor profesional de servicios de salud.

La Figura 9.2 compara los patrones de la primera fuente consultada entre las comunidades de AIN y control. Para esta presentación, las consultas a centros CESAR y CESAMO están combinadas.

**Figura 9.2: Primera Fuente de Ayuda Consultada para Diarrea a Medio Término**



Cuando se les preguntó qué clase de consejos habían recibido de la monitora, 80% de las cuidadoras de las comunidades de AIN reportaron que ésta había recomendado dar *litrosol*<sup>13</sup>

<sup>13</sup> Los paquetes de Litrosol son las sales de SRO disponibles que recomienda el ministerio de salud.

para prevenir la deshidratación. Otro de los consejos de las monitoras fue dar más líquidos (17%), continuar amamantando (17%), y continuar dando comida (10%). Diez por ciento de estas cuidadoras reportaron haber recibido referencia a un nivel más alto de atención de parte de la monitora.

Para las cuidadoras de las comunidades de AIN que consultaron centros CESAR, CESAMO, u otro proveedor profesional de servicios de salud, a 58% se les recomendó litrosol. Esto fue menos frecuente que entre las monitoras de AIN o entre los proveedores en las comunidades control, que recomendaron litrosol al 64%. Quince por ciento de los proveedores de servicios profesionales de salud de las comunidades de AIN recomendaron a las cuidadoras dar más líquidos, en comparación con el 8% en las comunidades control. En contraste, 6% de los proveedores profesionales de salud que atendieron las comunidades de AIN recomendaron continuar alimentando al niño, en comparación con el 13% en las comunidades control. Tanto en las comunidades de AIN como en las control, el consejo de seguir amamantando fue dado raras veces. En cuanto a lo aconsejado por proveedores de servicios de salud en ambos grupos, la mayoría de las respuestas de la “otra” categoría (respuestas no pre-codificadas) hicieron alguna referencia a administrar medicamentos, antibióticos o antidiarréicos a los niños con diarrea. Para todos estos consejos, las muestras fueron pequeñas y por ende los resultados deben interpretarse con precaución (Tabla 9.5).

**Tabla 9.5: Consejos Recibidos por las Personas al Cuidado de los Niños con Diarrea, por Proveedor de Salud que Dio el Consejo**

Consejo dado	AIN				Control	
	Monitora de AIN		Proveedores de Salud		Proveedores de Salud	
	%	Número de cuidadoras consultando a este proveedor	%	Número de cuidadoras consultando a este proveedor	%	Número de cuidadoras consultando a este proveedor
Dar litrosol	80.0	30	57.7	52	64.1	39
No suprimir la lactancia	16.7		5.8		2.6	
Continuar dando comida	10.0		5.8		12.8	
Dar más líquidos	16.7		15.4		7.7	
Se mencionaron signos de peligro	0		5.8		0	
Se recibió referencia a un nivel superior de atención	10.0		0		0	
Se mostró como preparar litrosol	3.3		1.9		5.1	
Se dio una cita o se hizo una visita de seguimiento	0		0		7.7	
Otro	26.7		63.5		61.5	

Nota: Las respuestas no se excluyen mutuamente.

### 9.3 Práctica de Cuidados durante la Diarrea

Las prácticas de cuidados estudiadas incluyeron terapia de rehidratación oral (TRO) amamantamiento y alimentación complementaria durante episodios de diarrea, y un marcador combinado para alimentación continua y líquidos.

#### 9.3.1 Terapia de Rehidratación Oral (TRO)

En este reporte, la terapia de rehidratación oral se define como el uso de soluciones de rehidratación oral (SRO), conocidas localmente como *litrosol*, o el uso de líquidos caseros. La política oficial de la Secretaría promueve al litrosol para niños que presentan uno o más signos de deshidratación. Continuar o incrementar los líquidos se recomienda para todos los casos de diarrea. Muchas cuidadoras usan una variedad de líquidos caseros, como té de manzanilla y canela, agua de coco, atol de arroz, y jugos para rehidratar a sus hijos.

En la Tabla 9.6, los hallazgos para sólo SRO, sólo líquidos caseros, y el total de SRO y líquidos caseros se comparan para las comunidades de AIN y control. Como muestran estos datos, la proporción de cuidadoras que usaron SRO fue similar en las comunidades de AIN y control para línea de base (32% y 30%, respectivamente). En las comunidades de AIN la proporción de niños con diarrea que recibieron SRO se incrementó significativamente a 50% a medio término. El uso de SRO en comunidades de control permaneció esencialmente estable en 32%. Esta diferencia en el uso de la SRO entre los dos grupos a medio término es estadísticamente significativo. Para líquidos caseros, las tasas de los dos grupos fueron similares en línea de base (8% y 9%), y a medio término (16% en ambos grupos).

Dado que una cuidadora puede ofrecer tanto SRO como líquidos caseros al niño con diarrea, la proporción total de cuidadoras que dieron SRO, líquidos caseros, o ambos, se calculó para proveer la proporción general de *terapia de rehidratación oral (TRO)*. El uso de la TRO en comunidades de AIN se incrementó significativamente, aumentando de la línea de base de 37% a 57% a medio término. En las comunidades control, se incrementó de 36% a 42%. Las cuidadoras AIN fueron por ende significativamente más propensas a ofrecer TRO a sus hijos con diarrea a medio término que sus contrapartes de las comunidades control.

**Tabla 9.6: Uso de TRO en Línea de Base y Medio Término**

Tipo de terapia de rehidratación ofrecida al niño	AIN				Control			
	Línea de base		Medio término		Línea de base		Medio término	
	%	Número de niños con diarrea	%	Número de niños con diarrea	%	Número de niños con diarrea	%	Número de niños con diarrea
Se dió SRO ( <i>litrosol</i> ) <sup>§</sup>	32.0	181	49.5 <sup>†††</sup>	190	29.7	165	31.8	176
Se dieron líquidos caseros	8.3		16.3		9.1		15.9	
Se dieron SRO, líquidos caseros, o ambos (TRO)	37.0		56.8 <sup>††</sup>		36.4		41.5	

†† p ≤ .01 (basado en prueba de Chi-Cuadrado de Pearson)

††† p ≤ .001 (basado en prueba de Chi-Cuadrado de Pearson)

§ p ≤ .05 (basado en prueba de análisis de regresión logística)

### 9.3.2 Lactancia y Alimentación durante la Diarrea

Además de ofrecer SRO o líquidos caseros al niño con diarrea, se aconsejó a las cuidadoras a incrementar la frecuencia de la lactancia. Para evaluar las prácticas de lactancia para los niños con diarrea, se preguntó a las cuidadoras si habían cambiado su frecuencia habitual de lactancia durante este episodio de diarrea. En caso positivo, se les preguntó si la habían incrementado, reducido o suspendido del todo. Los datos mostrados en la Tabla 9.7 resumen los hallazgos de frecuencia de lactancia durante la enfermedad diarreica para las cuidadoras que amamantan, sin importar si el patrón de lactancia es exclusivo. Como demuestran estos datos, la vasta mayoría de las cuidadoras, tanto las de comunidades de AIN como de control mantuvieron la frecuencia de lactancia durante la enfermedad diarreica. Estos resultados son similares a los niveles de línea de base, en los que 95% de las cuidadoras reportaron haber mantenido la frecuencia de la lactancia.

**Tabla 9.7: Práctica de Lactancia durante la Enfermedad Diarreica a Medio Término**

	AIN		Control	
	%	Número de niños con diarrea que eran amamantados en el momento de la encuesta	%	Número de niños con diarrea que eran amamantados en el momento de la encuesta
Se mantuvo la lactancia	90.1	141	93.6	125
Se incrementó la lactancia	5.7		1.6	
Se redujo la lactancia	3.5		4.8	
Se dejó de lactar	0.7		0	

A las madres de niños de seis meses o mayores que reportaron haber introducido otros alimentos además de la leche materna, se les preguntó sobre sus prácticas alimentarias durante el episodio de diarrea. Estas preguntas incluyeron si la cantidad de alimentos era mayor, igual o menor que de costumbre, o si la alimentación se había suspendido por completo. Como muestra la Tabla 9.8, 54% de las cuidadoras de las comunidades de AIN y 53% de las comunidades de control reportaron haber continuado dando la misma cantidad de alimentos al niño durante el episodio de diarrea. No hubo diferencia entre las cuidadoras de las comunidades de AIN (6%) y las de control (8%) en cuanto a la propensión de suspender la alimentación del niño durante la enfermedad diarreica. En general, cuando las prácticas alimentarias “aceptables” -definidas para propósitos de este análisis como el *sostenimiento o incremento* de la cantidad de alimentos ofrecidos- son comparadas con las prácticas “deficientes” –definidas como la *reducción o cese* de la alimentación-, 56% de las cuidadoras de las comunidades de AIN y 53% de las control, muestran prácticas alimentarias aceptables a medio término. Estos resultados son similares a los niveles de línea de base de 54% en comunidades de AIN y 59% en control.

**Tabla 9.8: Práctica Alimentaria durante la Enfermedad Diarréica para Niños de 6 Meses o Mayores a Medio Término**

	AIN		Control	
	%	Número de niños con diarrea que reciben alimentos	%	Número de niños con diarrea que reciben alimentos
Se sostuvo la alimentación	53.7	162	52.7	146
Se incrementó la alimentación	2.5		0.7	
Se redujo la alimentación	37.7		38.4	
Se cesó la alimentación	6.2		8.2	

### 9.3.3 Continuación de Alimentación y Líquidos durante la Diarrea

El proyecto BASICS II usa un indicador que toma en cuenta un marcador combinado para cuidadoras que reportan prácticas alimentarias aceptables (sostenimiento o incremento de la alimentación) y la oferta de líquidos (SRO o líquidos caseros) a los niños enfermos. De acuerdo con este análisis, la proporción de niños de seis meses o mayores a quienes se ofrecieron líquidos y la misma o mayor cantidad de alimentos durante la enfermedad diarréica en las dos semanas anteriores a la encuesta se incrementó de 21% para el momento de la línea de base, a 33% a medio término en las comunidades de AIN. Esta proporción permaneció estable en las comunidades control, a 17% en línea de base y 16% a medio término. El incremento en comunidades de AIN resultó en una diferencia significativa entre los dos grupos a medio término.

**Tabla 9.9: Continuación de Alimentación y Líquidos durante la Enfermedad Diarréica en Niños de 6 Meses o Mayores**

Proporción de niños con diarrea a quienes se ofrecieron líquidos y la misma o mayor cantidad de alimentos	AIN				Control			
	Línea de base		Medio término †††		Línea de base		Medio término	
	%	Número de niños con diarrea que reciben alimentos	%	Número de niños con diarrea que reciben alimentos	%	Número de niños con diarrea que reciben alimentos	%	Número de niños con diarrea que reciben alimentos
	20.7	140	33.3	162	16.9	142	15.8	146

†††  $p \leq .001$  (basado en prueba de Chi-Cuadrado de Pearson)

### 9.4 Percepciones de las Personas al Cuidado de los Niños acerca de Signos de Peligro en Niños con Diarrea

Además de las preguntas concernientes a las prácticas durante el episodio de diarrea en las dos semanas anteriores a la encuesta, se preguntó a todas las cuidadoras cuales serían los signos de alerta que indicarían que un episodio de diarrea era grave. Los datos reportados son las respuestas espontáneas dadas por las cuidadoras. Estos datos están organizados en la

Tabla 9.10 por signos de deshidratación, seguidos por los signos de los dos tipos especiales de diarrea que requieren atención médica: la diarrea con sangre y la diarrea persistente.

El signo más frecuentemente mencionado por las cuidadoras en ambos grupos fue *ojos hundidos*. La tasa AIN (60%) fue significativamente más alta que la control (46%) a medio término. La proporción de cuidadoras que mencionaron este signo se incrementó significativamente en las comunidades de AIN sobre el valor de la línea de base (46%), mientras en las comunidades de control este valor permaneció similar al de línea de base (49%,  $p \leq .01$ ).

El segundo signo más frecuentemente mencionado fue *irritabilidad o llanto*, con niveles similares de 32% en comunidades de AIN y 30% en control. Estos resultados fueron similares a los de línea de base en AIN (27%), pero fueron significativamente más altos que los de línea de base (19%) en comunidades control ( $p \leq .01$ ).

Significativamente más cuidadoras de las comunidades de AIN también estuvieron conscientes de la *sed excesiva* como signo de peligro a medio término (13%) en comparación con las cuidadoras de las comunidades de control (6%), pese a que ambas tasas fueron bajas. Los niveles de línea de base fueron similares en ambos grupos, con 7% en AIN y 6% en comunidades control.

Niveles similares de cuidadoras -17% en comunidades de AIN y 15% en control- estaban conscientes de *letargo e inconsciencia* como un signo de peligro a medio término. Sin embargo, en ambos grupos, esta tasa fue significativamente más baja que los niveles de línea de base de 38% en AIN y 34% en comunidades de control ( $p \leq .001$ ).

Para la encuesta de medio término, se agregó al cuestionario otro signo de peligro: *piel arrugada y seca*. Significativamente más cuidadoras de las comunidades de AIN (23%) estaban conscientes de esto como un signo de peligro, que las de las comunidades de control (13%).

En general, las cuidadoras de las comunidades de AIN fueron significativamente más propensas a conocer dos o más signos de deshidratación que sus contrapartes de las comunidades de control (46% y 32%, respectivamente). Por otro lado, el conocimiento de sangre en las heces como signo de diarrea grave fue escaso, siendo mencionado por menos del 1%. El conocimiento de la diarrea persistente como signo de diarrea grave fue similar y más común en ambos grupos, con cerca de 13%.

**Tabla 9.10: Percepciones de las Personas al Cuidado de los Niños Acerca de Signos de Diarrea Grave a Medio Término**

	AIN		Control	
	% que conocen signos	Número de mujeres	% que conocen signos	Número de mujeres
Percepción de las cuidadoras sobre signos individuales de peligro de deshidratación:				
Ojos hundidos	59.7 †††	596	46.3	572
Irritabilidad / llanto	31.7		29.5	
Sed excesiva	13.1 †††		5.9	
Letargo / inconsciencia	17.1		15.2	
Piel arrugada y seca (pliegue cutáneo)	22.7 †††		13.3	
Cuidadoras que mencionaron dos o más de los signos de deshidratación	45.8 †††	596	31.5	572
Cuidadoras que mencionaron sangre en las heces como signo de diarrea grave	0.5	596	0.5	572
Cuidadoras que mencionaron diarrea persistente (>14 días) como signo de diarrea grave	13.6	596	13.1	572

††† p ≤ .001 (basado en prueba de Chi-Cuadrado de Pearson)

## 9.5 Discusión de Hallazgos

Cerca de un tercio de los niños de ambos grupos habían tenido un episodio de diarrea en las dos semanas anteriores a la encuesta de medio término. Cuando son analizados los resultados de la búsqueda de ayuda para este episodio, queda claro que las monitoras son reconocidas por sus comunidades como una fuente de cuidados, pese a que para el medio término, su capacitación no había sido ampliada en el manejo de diarrea para la clasificación AIEPI. La presencia de las monitoras en estas comunidades ofrece una alternativa a la búsqueda de ayuda en los CESAR y CESAMO para episodios rutinarios de diarrea, permitiendo al personal de estos centros de salud concentrarse en los casos más serios. Las cuidadoras de las comunidades de AIN fueron también menos propensas a consultar a médicos y clínicas privadas, y farmacias, o a confiar en consejos de familiares y vecinos. Estos hallazgos sugieren que la capacitación de las monitoras de AIN en el manejo de las enfermedades comunes a la niñez en una inversión valiosa.

Con relación a los hallazgos acerca de consejos dados, al 80% de las cuidadoras que consultaron a las monitoras se les recomendó dar litrosol a sus hijos, en comparación con aquellas que consultaron a proveedores profesionales de salud en las comunidades de AIN (58%) o en las comunidades de control (64%). La política de la SS es de tratar a los niños con signos de deshidratación con litrosol, y a todos los niños con diarrea con la misma

cantidad o más de líquidos. Estas recomendaciones pueden explicar que sea menos frecuente el consejo sobre el uso de litrosol entre proveedores profesionales de salud en ambos grupos en comparación con las monitoras. Sin embargo, al seguir las recomendaciones de la SS, uno esperaría encontrar proveedores de salud recomendando dar más líquidos más frecuentemente de lo que los resultados demuestran. Las referencias a consejos recibidos de los proveedores de salud, de dar medicamentos, antibióticos o antidiarréicos, por otra parte, sugieren que más reforzamiento en AIEPI podría ser útil para reducir el uso potencial inapropiado de medicamentos. Estos resultados deben considerarse como tentativos, en vista del pequeño tamaño de las muestras involucradas.

Los hallazgos relacionados con la terapia de rehidratación oral son especialmente alentadores dado que el incremento en las comunidades de AIN es significativamente más alto que en las comunidades control. Esto es consistente con el uso de mensajes de consejería en las comunidades de AIN que promueven el uso de litrosol para los niños con diarrea.

El mantenimiento de la alimentación y líquidos mejoró claramente en las comunidades de AIN, en comparación tanto con los valores de línea de base, como con los de las comunidades control. Por otra parte, el hallazgo de que el 38% de las cuidadoras en ambos grupos *redujeron* la cantidad de alimentos que dieron a sus hijos durante la enfermedad diarréica resalta un área en la que serán de utilidad estudios posteriores para determinar si es que las cuidadoras limitan la alimentación, o son los niños los que los rechazan.

En términos de conocimiento de signos de peligro relacionados con la deshidratación, un hallazgo positivo para el programa de AIN es el hecho de que las cuidadoras son significativamente más propensas a conocer dos o más signos de deshidratación que sus contrapartes de las comunidades control. Sin embargo, dado la capacitación intensiva en AIEPI que se ha enfocado en este tema en los establecimientos de salud (que en general son la fuente de cuidados consultada más comúnmente), se habría esperado niveles más altos de conocimiento de signos de peligro de lo que se encontró a medio término. Esto puede indicar que pese a que el personal del centro de salud está recibiendo esta capacitación, no están comunicando estos mensajes a las cuidadoras de niños enfermos.

---

## 10. Infecciones Respiratorias Agudas

La siguiente sección de la encuesta recolectó datos sobre infecciones respiratorias agudas (IRA). Como en el caso de la diarrea, las cuidadoras fueron interrogadas sobre episodios de IRA sucedidos en las dos semanas anteriores a la encuesta. Se recolectaron datos sobre la prevalencia general de las IRA, la búsqueda de ayuda, las prácticas alimentarias durante los episodios, y sobre las percepciones generales de las cuidadoras acerca de los signos de peligro de IRA y de las enfermedades infantiles en general. Además de los hallazgos específicos para las IRA, este capítulo presenta un resumen de la prevalencia de diarrea e IRA ocurriendo en el mismo período de dos semanas en los niños menores de dos años para el momento de la encuesta de medio término.

### 10.1 Prevalencia de Infecciones Respiratorias Agudas

Se preguntó a las cuidadoras si sus hijos habían sufrido tos o dificultad para respirar en las dos semanas anteriores a la encuesta. Para aquellas que respondieron en lo afirmativo, se hizo una pregunta de seguimiento para determinar si el niño también había mostrado respiración rápida durante esta enfermedad. La combinación de tos o dificultad para respirar y respiración rápida es la definición de una IRA que requiere atención, que fue usada en este análisis. Es importante notar que estos datos fueron recolectados de las cuidadoras de estos niños y no fueron independientemente confirmados por un proveedor de servicios de salud para confirmar un diagnóstico de IRA.

Como se muestra en la Tabla 10.1, la prevalencia de IRA encontrada en la encuesta de medio término es similar entre comunidades de AIN (24%) y control (22%). Parecería que la prevalencia de IRA se redujo significativamente desde la encuesta de línea de base cuando se había reportado aproximadamente a un tercio de los niños de ambos grupos con signos de IRA. Sin embargo, como con la diarrea, estos resultados deben ser interpretados con precaución dada la diferencia de la época del año de la encuesta de línea de base (mayo a julio) en comparación con las características de la temporada de la recolección de datos de medio término (septiembre y octubre).

**Tabla 10.1: Prevalencia de IRA en Niños por Grupo y en Tiempo**

	AIN				Control				Total			
	Línea de base		Medio término		Línea de base		Medio término		Línea de base		Medio término	
	%	Número de niños										
Niños con IRA como proporción del total de niños de la muestra	33.3	474	23.5	596	32.1	464	22.4	572	32.7	938	22.9	1168

Aunque la prevalencia general de IRA resultó ser similar entre comunidades de AIN y control a medio término, hubo diferencias significativas entre AIN y control para niños de 6 a 8 meses, y 9 a 11 meses de edad, como se muestra en la Tabla 10.2. Para niños de 6 a 8 meses de edad, la prevalencia en las comunidades de AIN (34%) fue significativamente más alta que para las comunidades de control (20%). Para niños de 9 a 11 meses, el patrón fue invertido, con una prevalencia significativamente más alta en las comunidades de control (33%), en comparación con las comunidades de AIN (16%). No está claro qué factores pudieron afectar la prevalencia en estos grupos de edad específicos.

**Tabla 10.2: Prevalencia de IRA a Medio Término, por Grupo de Edad**

Prevalencia de IRA que requiere atención por edad de los niños	AIN		Control		Total	
	%	Número de niños	%	Número de niños	%	Número de niños
0 - 3 meses	23.0	100	16.3	92	19.8	192
4 - 5 meses	22.0	50	15.4	52	18.6	102
6 - 8 meses	34.2 †	73	19.8	91	26.2	164
9 - 11 meses	15.6 ††	109	33.0	88	23.4	197
12 - 23 meses	24.2	264	23.3	249	23.8	513

†  $p \leq .05$  (basado en prueba de Chi-Cuadrado de Pearson)

††  $p \leq .01$  (basado en prueba de Chi-Cuadrado de Pearson)

## 10.2 Búsqueda de Ayuda para Infecciones Respiratorias Agudas (IRA)

Las cuidadoras que reportaron que sus hijos tenían IRA fueron interrogadas en cuanto a si habían buscado ayuda de cualquier fuente (incluyendo amigos y familiares) para la enfermedad. Cuarenta por ciento de las cuidadoras AIN y 48% de las cuidadoras control reportaron haber buscado ayuda o consejo de alguna fuente, normalmente dentro de los primeros tres días de la aparición de la enfermedad. Luego se preguntó a estas cuidadoras qué fuente o fuentes de ayuda habían consultado y en qué orden. Fueron realizadas preguntas de seguimiento para completar el cuadro de las cuidadoras que consultaron a una monitora de AIN o proveedor de salud en cualquier momento del episodio de IRA. De todos los casos de IRA reportados en la encuesta de medio término, 36% de las cuidadoras con niños con IRA de las comunidades de AIN, y 44% de las control reportaron haber buscado ayuda de una

monitora o proveedor profesional de salud<sup>14</sup> para este episodio de IRA. Estos resultados se muestran en la Tabla 10.3.

En cuanto a aquellas que buscaron ayuda en *cualquier* fuente, en las comunidades de AIN, 23% acudió en algún momento a la monitora. Ochenta y cuatro por ciento de las cuidadoras de las comunidades de AIN y 92% de las de las comunidades de control que buscaron ayuda de cualquier fuente, la buscó de un proveedor profesional de servicios de salud.

**Tabla 10.3: Búsqueda de Ayuda para IRA a Medio Término**

	AIN		Control	
	%	Número de niños con IRA	%	Número de niños con IRA
No se buscó ayuda de ninguna fuente capacitada	63.6	140	56.2	128
Se buscó ayuda de una voluntaria de neumonía, monitora, o proveedor profesional de salud <sup>15</sup>	36.4		43.8	
De aquellas que acudieron a <i>cualquier</i> fuente, la proporción que acudió con la monitora de AIN en algún momento	23.2	56	0	61
De aquellas que acudieron a <i>cualquier</i> fuente, la proporción que acudió con un proveedor profesional de salud en algún momento	83.9		91.8	

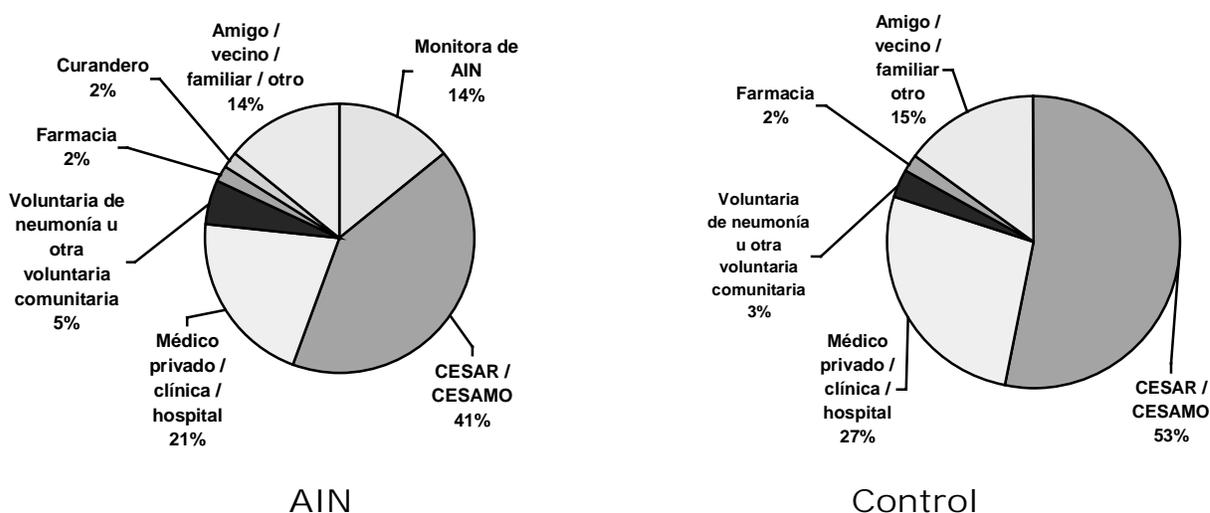
En adición a los totales generales de búsqueda de ayuda, se analizaron los datos de las tres primeras fuentes de atención y el orden en el que fueron consultadas. El resto de esta sección resume los resultados relacionados con la *primera fuente de ayuda consultada*. (*Detalles posteriores sobre el patrón de las primeras tres fuentes consultadas se presentan en el Anexo M.*)

En ambos grupos, la primera fuente consultada fue más frecuentemente el centro CESAR o CESAMO (AIN: 41%; control: 53%). La segunda fuente de ayuda más consultada en ambos grupos fue un médico, clínica, u hospital privado, con 21% de las cuidadoras AIN 27% de las control. Las monitoras de AIN fueron consultadas por 14% de las cuidadoras AIN como primera fuente de ayuda. Las voluntarias de neumonía y otras voluntarias comunitarias fueron consultadas por el 5% en las comunidades de AIN y por el 3% en las comunidades control. La Figura 10.1 muestra estos resultados.

<sup>14</sup> Para fines de esta encuesta, *proveedores profesionales de salud* se definen como médicos o personal de un centro CESAR o CESAMO, clínica privada, hospital, o farmacia.

<sup>15</sup> Dos casos de cuidadoras que buscaron ayuda de una voluntaria de neumonía fueron también incluidos en este grupo como otra fuente de ayuda basada en la comunidad.

**Figura 10.1: Primera Fuente de Ayuda Consultada para IRA a Medio Término**



Para aquellas cuidadoras que buscaron ayuda, se recolectaron datos acerca de qué consejos habían recibido de parte de las monitoras de AIN y de los proveedores profesionales de salud, así como las medidas específicas tomadas por los proveedores consultados. El consejo más comúnmente dado por las monitoras de AIN fue poner gotas de agua de manzanilla en la nariz de los niños con IRA para aliviar la congestión nasal. La medida más comúnmente tomada fue dar a la cuidadora una referencia para un proveedor de salud. El consejo más común entre los proveedores de salud en ambos grupos de comunidades fue dar antibióticos y aspirina o medicamentos antifebriles. Estos datos están basados en números pequeños de cuidadoras que buscaron ayuda en las comunidades de AIN y control. Las muestras son demasiado reducidas como para permitir pruebas estadísticas válidas y se presentan aquí solo para propósitos ilustrativos.

### 10.3 Lactancia y Prácticas Alimentarias durante IRA

La siguiente serie de preguntas para cuidadoras de niños con IRA consistió en prácticas alimentarias durante la enfermedad. Estas preguntas distinguen entre las prácticas de *lactancia* con los niños que estaban siendo amamantados al momento de la encuesta, y las prácticas *alimentarias* con aquellos niños de seis meses o más, que habían comenzado a comer otros alimentos para el momento de la encuesta.

Para determinar la práctica de lactancia durante las IRA, las cuidadoras fueron interrogadas primero acerca de si estaban amamantando actualmente al niño. En general, las cuidadoras AIN fueron más propensas a estar amamantando actualmente al niño (82%) que las cuidadoras de las comunidades de control (67%) ( $p \leq .01$ ). Entre esas cuidadoras que sí amamantaban a su hijo, sin embargo, no hubo diferencia en la proporción que reportó que había continuado amamantándolo con la misma frecuencia durante este episodio de IRA.

Tanto para comunidades de AIN como control, 87% de las cuidadoras que estaban amamantando a su hijo para el momento de la encuesta mantuvieron la misma frecuencia de lactancia durante esta enfermedad. Pocas cuidadoras reportaron haber incrementado o disminuido la frecuencia. Los resultados se reportan en la Tabla 10.4.

**Tabla 10.4: Práctica de Lactancia durante IRA**

	AIN		Control	
	%	Número de niños con IRA que eran todavía amamantados	%	Número de niños con IRA que eran todavía amamantados
Se sostuvo la lactancia	87.0	115	87.2	86
Se incrementó la lactancia	3.5		1.2	
Se redujo la lactancia	9.6		11.6	
Cesó la lactancia	0		0	

Para establecer un denominador referente a prácticas alimentarias durante la IRA, las cuidadoras fueron interrogadas acerca de si habían introducido otros alimentos además de la leche materna a sus hijos. Casi todas las cuidadoras de niños de seis meses o mayores declararon haber introducido otros alimentos para el momento de la encuesta de medio término (AIN: 98%; control: 99%). Aquellas cuidadoras que habían introducido otros alimentos fueron interrogadas acerca de sus prácticas alimentarias durante este episodio de IRA. Como muestran los resultados de la Tabla 10.5, 45% de las cuidadoras AIN y 54% de las de control, reportaron haber continuado dando al niño enfermo la misma cantidad de alimentos, que normalmente le daban, durante el episodio de IRA. Ofrecer menos alimento fue también una práctica común en ambos grupos, 45% para comunidades de AIN comparado con 37% en comunidades control. Cerca de una de cada diez cuidadoras dejó de alimentar a su hijo durante la enfermedad. Los resultados son similares entre los dos grupos.

**Tabla 10.5: Práctica Alimentaria durante IRA para Niños de Seis Meses o Mayores**

	AIN		Control	
	%	Número de niños con IRA que reciben alimentos	%	Número de niños con IRA que reciben alimentos
Se sostuvo la alimentación	45.2	104	53.8	104
Se incrementó la alimentación	0		0	
Se redujo la alimentación	45.2		36.5	
Cesó la alimentación	9.6		9.6	

#### 10.4 Percepciones de las Personas al Cuidado de los Niños sobre Signos de Peligro en Niños con IRA

Todas las cuidadoras entrevistadas –sin importar si sus hijos habían tenido IRA en las dos semanas anteriores- fueron interrogadas acerca de si consideraban que un niño con tos o dificultad para respirar estaba seriamente enfermo. Los datos recolectados están organizados

en la Tabla 10.6 por signos de peligro de IRA, seguidos por signos de peligro en general en la Tabla 10.7.

El signo de peligro más frecuentemente mencionado por las cuidadoras de ambos grupos fue *respiración rápida*, con las cuidadoras AIN significativamente más propensas a mencionar este signo, que las cuidadoras control (70% vs. 63%). Estos hallazgos son significativamente más bajos tanto en comunidades de AIN como control, que los valores de línea de base 76% en ambos grupos ( $p \leq .001$ ).

Para el momento de la encuesta de medio término, las cuidadoras de las comunidades de AIN fueron significativamente más propensas a mencionar el *tiraje* (hundimiento del pecho) (23%) como signo de condición respiratoria grave que las cuidadoras de las comunidades de control (15%). La proporción de cuidadoras que mencionaron al *estridor*<sup>16</sup> como signo de peligro de IRA fue similar en las comunidades de AIN (29%) que en las control (24%).<sup>17</sup> En general, 83% de las cuidadoras de las comunidades de AIN, comparado con el 75% de las de control conocían al menos uno de estos signos de peligro de infección respiratoria aguda que requiere atención. Esta diferencia fue estadísticamente significativa a medio término.

**Tabla 10.6: Percepciones de las Personas al Cuidado de los Niños acerca de Signos de Peligro para las IRA a Medio Término**

Signo de Peligro	AIN		Control	
	%	Número de mujeres	%	Número de mujeres
Respiración rápida	70.1 <sup>††</sup>	596	62.6	572
Tiraje	23.0 <sup>†††</sup>		15.4	
Estridor	29.0		24.3	
<b>Total de cuidadoras que citaron al menos un signo de peligro de IRA</b>				
	82.7 <sup>†††</sup>	596	75.0	572

††  $p \leq .01$  (basado en prueba de Chi-Cuadrado de Pearson)

†††  $p \leq .001$  (basado en prueba de Chi-Cuadrado de Pearson)

### 10.5 Percepción de las Personas al Cuidado de los Niños sobre Signos Generales de Peligro

Un niño que *deje de alimentarse* es el signo mencionado más frecuentemente por las cuidadoras tanto de las comunidades de AIN (27%) como por las de control (21%), aunque las diferencias entre los dos grupos son estadísticamente significativas. Menos de una de diez cuidadoras mencionaron otros signos, como un niño que *tiene convulsiones*, un niño al cual *le cuesta despertarse o está inconsciente*, o un niño que *vomita todo lo que bebe y come*. En

<sup>16</sup> El estridor es el ruido áspero producido cuando el niño inhala. Se preguntó a las madres si el niño “hacía ruidos raros al respirar”.

<sup>17</sup> *Tiraje* y *estridor* fueron dos signos agregados a la encuesta de medio término; por ende, no se establece una comparación aquí con línea de base.

general, cerca de un tercio de las cuidadoras en cada grupo citaron al menos uno de estos signos generales de peligro a medio término. Pese a que estas tasas fueron similares entre los grupos, hubo una interacción estadísticamente significativa de grupo y tiempo con el incremento en las comunidades de AIN de la tasa de línea de base de 10% a la de medio término de 36%. Esta tasa sobrepasó el incremento en las comunidades control, que se elevó de un valor en línea de base de 14% a una tasa de 33% a medio término. Estos resultados se despliegan en la Tabla 10.7.

**Tabla 10.7: Percepciones de las Personas al Cuidado de los Niños Acerca de Signos Generales de Peligro**

Signo de peligro	AIN		Control	
	%	Número de mujeres	%	Número de mujeres
Deja de alimentarse	26.5 †	596	20.6	572
Tiene convulsiones	6.9 †		4.2	
Le cuesta despertarse / está inconsciente	7.2		6.3	
Vomita todo lo que come o bebe	7.9		8.4	
<b>Total de cuidadoras que mencionaron al menos uno de los signos generales de peligro §</b>				
	36.2	596	32.7	572

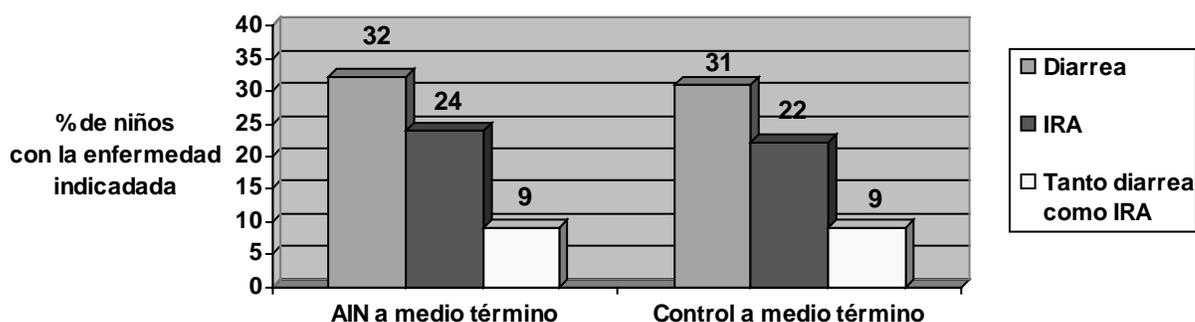
†  $p \leq .05$  (basado en prueba de Chi-Cuadrado de Pearson)

§  $p \leq .05$  (basado en prueba de análisis de regresión Logística)

### 10.6 Prevalencia de Niños con Diarrea e IRA en el Mismo Período de Dos Semanas

Como muestra la información de la Figura 10.2, aproximadamente uno de cada tres niños había sufrido una crisis de diarrea en las dos semanas anteriores a la encuesta de medio término mientras más de uno en cinco había sufrido de un episodio de IRA. Además, hay una superposición crítica de los niños en cada grupo que sufrieron episodios *tanto* de diarrea *como* de IRA durante las dos semanas precedentes a la encuesta de medio término. De hecho, de los niños que tuvieron IRA, 37% en las comunidades de AIN y 40% en las de control, también tuvieron un episodio de diarrea durante este mismo período de dos semanas. En general, 9% de los niños de cada grupo tuvo ambas enfermedades de diarrea e IRA. Aunque es posible que dependiendo de la duración de cada enfermedad, estos niños pudieron no haber padecido las dos enfermedades en los mismos días, es probable que fuesen más enfermizos que los niños que sólo tuvieron uno o ninguno episodio de enfermedad durante este período.

**Figura 10.2: Prevalencia de la Combinación de Diarrea e IRA a Medio Término**



### 10.7 Discusión de Hallazgos

Como indican los resultados de este capítulo, más de uno de cada cinco niños en las comunidades de estudio tuvieron un episodio de IRA que requería atención en las dos semanas anteriores a la encuesta de medio término. Es importante notar que el programa de AIN no tiene como objetivo reducir la prevalencia de IRA, sino mejorar la búsqueda oportuna de ayuda y las prácticas apropiadas de cuidado en casa.

A medio término, 36% de las cuidadoras AIN buscaron ayuda de una voluntaria de neumonía, de una monitora de AIN, o de un profesional de salud para la enfermedad, y es un hallazgo que parece ser similar a la tasa de línea de base de 39%. Las comunidades control, por otra parte, mostraron un descenso de su tasa de línea de base de 55% a una de medio término de 44%. Sin embargo, estos resultados deben interpretarse con precaución, dado que el cuestionario de línea de base no permitió más que una sola respuesta acerca de la búsqueda de ayuda, cuando de hecho, muchas cuidadoras consultaron en realidad a diversas fuentes. Los resultados de medio término por lo tanto, consideran al *patrón* de búsqueda de ayuda en general, tomando en cuenta todas las fuentes de ayuda y la secuencia en la cual fueron consultadas.

En las comunidades de AIN, 56% de las cuidadoras consultaron primero a las monitoras, y a los centros CESAR y CESAMO para este episodio de IRA. Esta tasa se asemeja con la de las comunidades control, donde 54% de las cuidadoras acudieron primero a los centros CESAR y CESAMO. Este hallazgo sugiere que la capacitación de las monitoras de AIN con las habilidades para manejar enfermedades respiratorias en la comunidad es una inversión muy valiosa en vista de que son una fuente reconocida de ayuda para niños enfermos. Su disponibilidad puede reducir la demanda sobre centros de salud para enfermedades respiratorias leves que pueden ser tratadas en casa, mientras fomentan la búsqueda oportuna de cuidados en los establecimientos de salud en casos más serios. Estos resultados deben sin embargo, considerarse tentativos en vista del tamaño limitado de la muestra de búsqueda de ayuda para cada categoría de proveedor.

Cuando se analizan los resultados de la primera fuente de ayuda consultada, se descubre que las monitoras de AIN son menos frecuentemente consultadas para IRA de lo que se encontró

para casos de enfermedad diarreica. Esto no es sorprendente, dado que para el momento de la encuesta de medio término, el programa de AIN estaba comenzando a expandir el componente curativo de la capacitación de las monitoras para incluir IRA y para incorporar a más voluntarias de neumonía, que habían sido capacitadas para ofrecer atención curativa contra IRA bajo un programa separado de la SS. El énfasis en el tratamiento de enfermedades ha sido fortalecido con la introducción de un módulo especial que utiliza protocolos AIEPI, pero este módulo nuevo estaba apenas siendo implementado para el momento de la encuesta de medio término. Los resultados en el medio término reflejan el enfoque en la consejería, especialmente en las prácticas de cuidados caseros, que forma parte del paquete de capacitación básico en AIN.

Se descubrió que las prácticas de cuidados caseros para IRA eran menos efectivas que para enfermedades diarreicas. Cerca de uno de cada diez cuidadoras de cada grupo redujeron la lactancia, mientras 55% de las cuidadoras AIN y 46% de las cuidadoras control redujeron o cesaron la aplicación de alimentos a niños de seis meses o mayores durante el episodio de IRA. Estas tasas son mayores que las relacionadas con enfermedades diarreicas, durante las cuales fueron más altas las proporciones de cuidadoras que sostuvieron la lactancia y las prácticas de alimentación. Esta es un área dentro del programa de AIN con potencial a ser fortalecida para asegurar que las madres continúan alimentando a los niños enfermos.

En términos de conocimiento de signos de peligro de IRA, es alentador notar que las cuidadoras de AIN fueron significativamente más propensas que las de control a mencionar la respiración rápida. Sin embargo, el hecho de que menos cuidadoras mencionaran este signo a medio término que en la línea de base señala que hay lugar para mejoras. La respiración rápida es el principal signo de peligro de IRA que las madres reconocen, por lo que los mensajes de consejería deberían enfocarse más en él.

---

## 11. Prácticas Alimentarias y de Lactancia

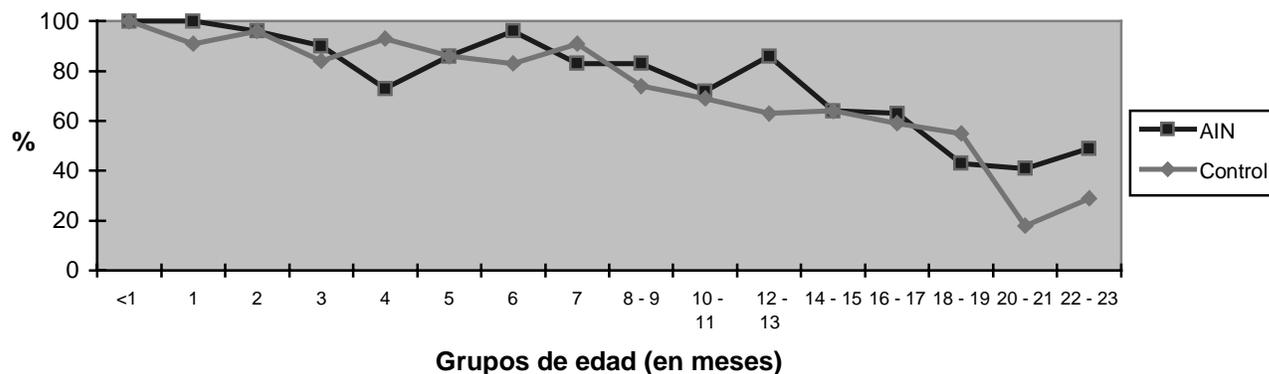
Se realizó a las madres una serie de preguntas acerca de las prácticas de lactancia, comenzando por si habían amamantado alguna vez al niño. Si la madre no había amamantado a su niño, se le preguntaba la razón. Si reportaba haberla suspendido la lactancia o haber tenido problemas amamantando, se le preguntaba la causa para haber suspendido, o el tipo de problema y si había buscado consejo, de quién y qué clase de consejo recibió. Si la madre estaba amamantando para ese momento, se le preguntó la frecuencia.

Las cuidadoras luego respondieron una serie de preguntas sobre la introducción de otros líquidos, la introducción de alimentos complementarios, el uso de biberones, y la frecuencia de alimentación por día. Respondieron también sobre los beneficios de la lactancia, la duración recomendada del período de lactancia exclusiva, métodos para producir suficiente leche para el niño, el momento para la introducción de alimentos complementarios, la consistencia de estos alimentos, y las formas para mejorar el apetito del niño. Algunas de estas variables se usaron luego para formar marcadores compuestos para prácticas de alimentación infantil, conocimientos y actitudes. Los resultados de los dos marcadores compuestos se reportan enseguida de la discusión de los resultados de cada variable individual.

### 11.1 Prevalencia de Lactancia

La lactancia es una práctica casi universal entre las cuidadoras tanto de las comunidades de AIN como de las de control. Al preguntar si alguna vez habían amamantado a su niño, 96% de las cuidadoras AIN y 97% de las control respondieron afirmativamente. Al preguntar si estaban *todavía* amamantando al niño, 75% de las cuidadoras AIN y 70% de las de control respondieron que sí. Los resultados para AIN y para control son similares en casi todos los grupos de edad, con excepción de los niños de 12 a 13 meses en las comunidades de AIN, quienes fueron significativamente más propensos a recibir leche materna para el momento de la encuesta de medio término, que los niños del grupo de control de la misma edad. La Figura 11.1 grafica estas tendencias en ambos grupos mientras el Anexo N ofrece detalles sobre las proporciones de niños de cada grupo que estaban recibiendo leche materna para el momento de la encuesta de medio término. Cabe señalar que estas comparaciones están basadas en números reducidos de niños en cada grupo de edad.

**Figura 11.1: Tendencias de Lactancia Actual a Medio Término, por Grupo de Edad**



## 11.2 Problemas Relacionados con la Lactancia

Para el 21% de las cuidadoras AIN que habían suspendido la lactancia al momento de esta encuesta, las cinco respuestas más comunes fueron las siguientes: (1) *el niño ya no quería ser amamantado o prefería el pepe* (24%); (2) la madre producía *leche en cantidad insuficiente* (22%); (3) la madre *tenía que trabajar o estudiar* (10%); (4) la madre *se embarazó de nuevo* (11%); y (5) la madre *se enfermó* (9%). Estas fueron también razones comúnmente citadas por las cuidadoras de las comunidades control, aunque para éstas, *insuficiente leche* y el *trabajo* fueron las más mencionadas. De las mujeres que suspendieron la lactancia, 22% en las comunidades de AIN (28 mujeres) y 25% en las comunidades de control (38 mujeres) buscaron consejos antes de suspenderla. Cuando estas mujeres buscaron consejos sobre el destete, fue de un doctor o enfermera en las comunidades control, y de médicos, enfermeras o monitoras de AIN en las comunidades de AIN. Para todas estas respuestas, el tamaño de las muestras es pequeño en vista de la gran proporción de cuidadoras entrevistadas que estaban aún amamantando para el momento de esta encuesta.

Para las mujeres que estaban aún amamantando para el momento de la encuesta de medio término, 12% de las comunidades de AIN y 14% en las control reportaron haber tenido algún problema relacionado con la lactancia. La situación más frecuente reportada en ambos grupos fue un *problema con los pechos*, como dolor o hinchazón. En las comunidades de AIN, 85% que reportaron cualquier dificultad citaron esta razón, en comparación con el 78% de las comunidades control. Pocas cuidadoras de ambos grupos citaron la *producción de leche en cantidad insuficiente* o *enfermedad de la madre* como un problema. De las mujeres que todavía estaban amamantando y reportaron haber tenido algún problema, 37% en las comunidades de AIN y 48% en las comunidades de control buscaron consejos. En ambos grupos, la fuente de estos consejos fue la madre de la mujer o una consejera de lactancia materna. No se mencionaron a las monitoras de AIN como fuente de consejos.

### 11.3 Frecuencia de Lactancia

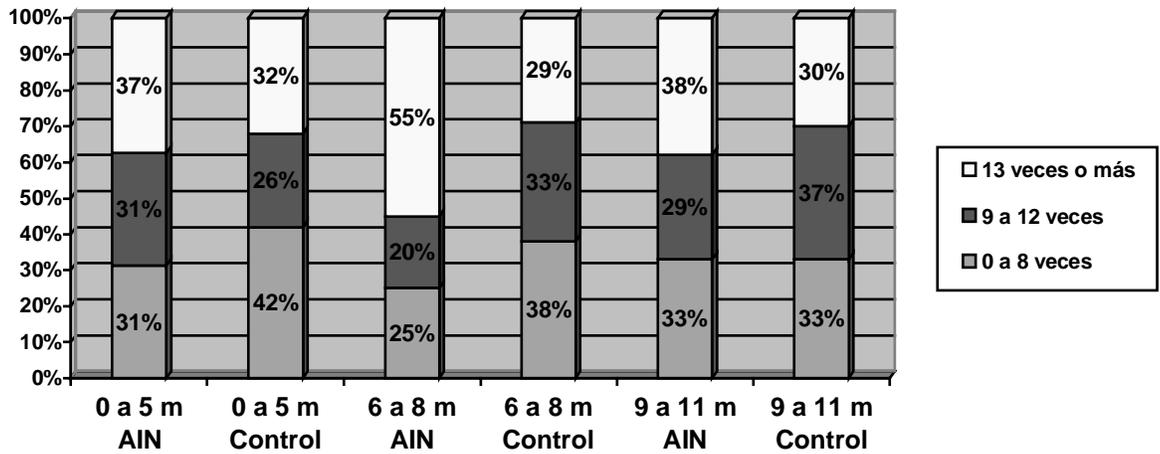
Las cuidadoras que reportaron que estaban aún amamantando fueron interrogadas sobre la frecuencia de la lactancia en las 24 horas anteriores a la encuesta. La encuesta usó un par de preguntas que consideraron la lactancia durante el día (6 a.m.–6 p.m.) de forma separada a la nocturna (6 p.m.–6 a.m.). Los resultados reportados aquí son los datos combinados del período completo de 24 horas e incluyen exclusivamente a las cuidadoras que reportaron una frecuencia específica de lactancia tanto diurna como nocturna. Estos resultados fueron analizados por grupo de edad para tomar en cuenta el hecho de que los niños más pequeños que se alimentan exclusivamente de leche materna, requieren de una mayor frecuencia que los mayores, que consumen alimentos complementarios. Los grupos de edad usados para este análisis son 0 a 5, 6 a 8, 9 a 11, y 12 a 23 meses. De forma ideal, los datos para niños menores de seis meses debían poder ser separados para cada mes de edad, pero el tamaño de la muestra no permite análisis posteriores por subgrupos de edad. (*Sírvase a ver Apéndices O y P para presentaciones detalladas de la frecuencia de lactancia de día, de noche y por período de 24 horas en cada rango de edad y grupo para comunidades de AIN y control.*)

En el grupo de edad de 0 a 5 meses, 31% de las cuidadoras AIN declararon haber amamantado a sus hijos 8 veces o menos en las 24 horas anteriores, 31% habían amamantado 9 a 12 veces, y 37% había amamantado 13 veces o más, en comparación con las comunidades control, en donde las frecuencias fueron de 42%, 26% y 32%, respectivamente. Las frecuencias promedio fueron similares entre los grupos, con 10.58 en comunidades de AIN, en comparación con 9.24 en las de control.

En el grupo de edad de 6 a 8 meses, 25% de las cuidadoras de las comunidades de AIN declararon haber amamantado a sus hijos 8 veces o menos en las 24 horas anteriores en comparación con 38% en las comunidades control. Un 20% adicional en las comunidades de AIN y 33% en las de control había amamantado 9 a 12 veces. En las comunidades de AIN, 55% reportaron haber amamantado 13 veces o más, en comparación con 29% en las control. Las frecuencias promedio fueron similares entre los grupos, con 11.0 en las comunidades de AIN en comparación con 9.0 en las control.

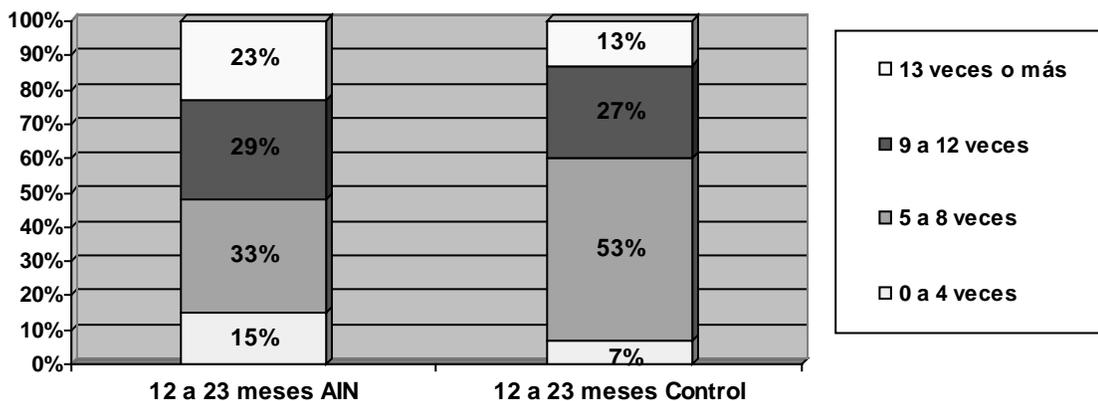
Para niños de 9 a 11 meses, 33% de las madres, tanto de las comunidades de AIN como de las control reportaron haber amamantado 8 veces o menos en el mismo período de 24 horas. En las comunidades de AIN, 29% reportaron haber amamantado a sus infantes 9 a 12 veces, y 38% reportaron haberlo hecho 13 o más veces. En las comunidades control, 37% reportaron haber amamantado 9 a 12 veces y 30% reportaron haberlo hecho 13 o más veces. Las frecuencias promedio fueron similares entre los grupos, con 9.89 en las comunidades de AIN, en comparación con 9.43 en las control. La Figura 11.2 presenta los datos resumidos sobre la frecuencia de lactancia.

**Figura 11.2: Comparación de Datos Resumidos para el Período de 24 Horas, para Niños de 0 a 5 Meses, 6 a 8 Meses, y 9 a 11 Meses a Medio Término**



En el grupo de 12 a 23 meses de edad, 15% de las cuidadoras AIN reportaron haber amamantado 0 a 4 veces en las 24 horas anteriores a la encuesta, mientras 33% dieron pecho 5 a 8 veces, 29% 9 a 12 veces, y 23% 13 o más veces. El grupo control mostró un pico al nivel de las 5 a 8 veces, con 53%. Siete por ciento de las cuidadoras control amamantó a sus hijos 0 a 4 veces, 27% reportaron 9 a 12 veces, y 13% reportaron 13 veces, o más. Las frecuencias promedio fueron similares entre grupos, con 7.99 en comunidades de AIN comparado con 7.22 en las control. La Figura 11.3 presenta los datos de frecuencia para este grupo de edad.

**Figura 11.3: Comparación de Datos Resumidos para Período de 24 Horas, por Grupo de Niños de 12 a 23 Meses a Medio Término**



## 11.4 Conocimiento de los Beneficios de la Lactancia

Se preguntó a todas las cuidadoras si conocían los beneficios de la lactancia. Cincuenta y ocho por ciento de las cuidadoras AIN y 57% de las control mencionaron que el niño enferma menos como un beneficio. Las cuidadoras AIN fueron significativamente más propensas que las control a mencionar un mejor crecimiento como otro beneficio (58% contra 50%, respectivamente,  $p \leq .01$ ). Una pequeña proporción de las cuidadoras de ambos grupos no fue capaz de mencionar ningún beneficio en específico de la lactancia (9% en AIN vs. 10% en control).

## 11.5 Actitud Acerca de la Introducción de Agua y Otros Líquidos

Cuando se preguntó cuál era la edad que consideraban apropiada para introducir agua y otros líquidos en la alimentación de los niños, 44% de las madres AIN a medio término mencionaron 6 meses como la edad apropiada para comenzar a introducir agua, significativamente más que el 26% en las comunidades de control ( $p \leq .001$ ). La tasa AIN se incrementó significativamente, del 29% encontrado en la línea de base, mientras la tasa de las comunidades de control permaneció estable a su valor de línea de base de 26% ( $p < .001$ ).

## 11.6 Introducción de Líquidos y Alimentos Complementarios

Las preguntas sobre prácticas alimentarias indagaron sobre la edad para la introducción de líquidos (como agua, jugos, té, café, otros tipos de leches además de la materna) y de alimentos sólidos, así como la actitud hacia la edad apropiada para la introducción de cada uno de estos. Cada uno de estos se analiza por separado en esta sección usando dos comparaciones: (1) una entre grupos para estas prácticas en cuanto a su aplicación a los niños menores de seis meses en comparación con los niños mayores de 6 meses, y (2) una comparación entre grupos para la edad promedio al momento de la introducción de estos líquidos y alimentos sólidos.

### 11.6.1 Comparación de Introducción de Líquidos y Alimentos Complementarios para Niños de < 6 Meses vs. $\geq$ 6 Meses

Las comparaciones presentadas a continuación sobre la edad de introducción de líquidos y alimentos complementarios estuvieron limitadas a niños que tenían por los menos 6 meses de edad para el momento de la encuesta. Para niños menores de seis meses, el programa de AIN promueve a la lactancia exclusiva como práctica óptima. Sin embargo, fueron reportados casos de ambos grupos de cuidadoras que introdujeron agua, jugos, té, café y otros tipos de leches durante el primer mes de nacimiento.

La primera comparación es la edad del niño al momento de la introducción del *agua*. Para el momento en que el niño había cumplido los seis meses de edad, 67% de las cuidadoras de las comunidades de AIN y 80% de las control habían introducido agua en su dieta. Estos resultados a medio término parecen mostrar una reducción de la tasa de línea de base de 77% en las comunidades de AIN y de 84% en las control. Las diferencias entre los grupos fueron

estadísticamente significativas tanto en línea de base ( $p \leq .05$ ) como en medio término ( $p \leq .001$ ).

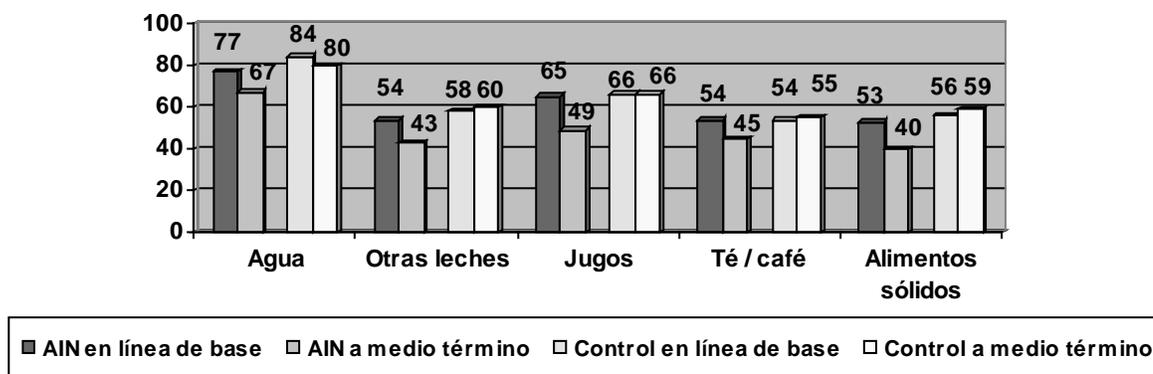
Fueron introducidos *otros tipos de leche* además de la materna en la dieta de los niños a una edad temprana. En las comunidades de AIN, la proporción de las cuidadoras que ya habían introducido otras leches en la dieta de sus hijos para cuando alcanzaron los seis meses se redujo de una tasa de 54% en la línea de base a una de 43% a medio término. En las comunidades control, la tasa se incrementó ligeramente en el tiempo, de una tasa de línea de base de 58% de las cuidadoras, a una de medio término de 60%. A medio término, la diferencia entre las tasas AIN y control fue estadísticamente significativa, a  $p \leq .001$ .

Los *jugos* fueron introducidos en promedio más tarde que las otras leches. Para la edad de seis meses, a 49% de los niños AIN se les había sido introducido jugos, significativamente menos que el 66% encontrado en las comunidades control ( $p \leq .001$ ). Estos resultados de medio término parecen demostrar que el jugo se introduce más tarde en las comunidades de AIN (que mostraban una tasa de línea de base de 65% para los niños de este grupo de edad) en comparación con las comunidades control, que mantuvieron estable su tasa de línea de base de 66%.

Para los seis meses de edad, 45% de los niños AIN, y 55% de los control habían sido introducidos al *té y/o café*. Esta diferencia fue estadísticamente significativa a medio término a  $p < .01$ . Estos resultados de medio término muestran que estos líquidos son introducidos más tarde en las comunidades de AIN que en las de control. Ambos grupos mostraron una tasa de línea de base de 54%.

La comparación final es sobre la introducción de alimentos sólidos. Cuarenta por ciento de las cuidadoras de las comunidades de AIN habían introducido alimentos sólidos para el momento en que sus hijos habían alcanzado los seis meses, en comparación con el 59% en las comunidades control. Esta diferencia entre los grupos a medio término fue estadísticamente significativa a  $p \leq .001$ . De nuevo, la tendencia fue a una menor proporción de cuidadoras en las comunidades de AIN, en comparación con el nivel de línea de base (53%), mientras que la proporción en las comunidades de control se elevó ligeramente del nivel de línea de base (56%).

**Figura 11.4: Proporciones de Niños en Comunidades de AIN y Control a quienes se introdujo Líquidos y Alimentos además de Leche Materna antes de los 6 Meses**



### 11.6.2 Comparación de Edades Promedio de Introducción de Líquidos y Alimentos Complementarios

Las edades promedio de introducción de cada líquido y comida sólida se calculan con base en las respuestas de todas las cuidadoras que reportaron haber comenzado a alimentar a su hijo con ese líquido o alimento, y que fueron capaces de recordar la edad en la cual lo introdujeron. En general, la edad promedio de los niños de la muestra es similar entre los dos grupos en la línea de base, con una cifra para AIN de 10.5 meses y una para control de 11.0 (en comparación con las edades promedio de medio término de 10.8 meses para AIN y 10.6 para control). Como muestra la Figura 11.5, la edad promedio de introducción de cada líquido y alimento complementario es más alta en promedio en las comunidades de AIN que en las de control a medio término.

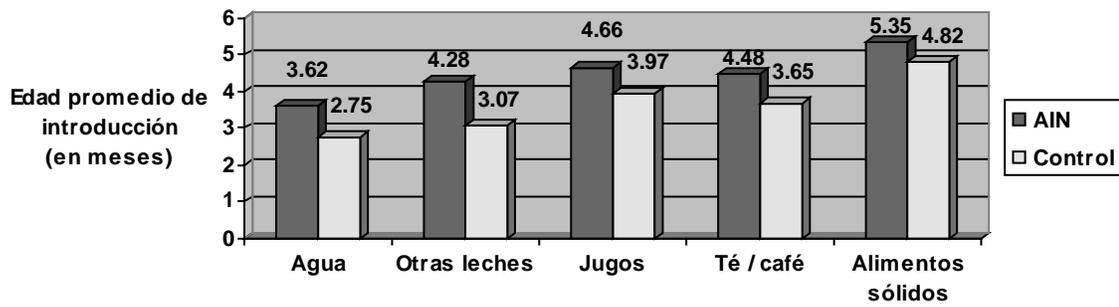
La edad promedio de la introducción de agua a medio término para aquellas cuidadoras que reportaron haber comenzado a administrarla fue de 3.6 meses en las comunidades de AIN, significativamente más tarde que el promedio de 2.8 meses en las comunidades de control ( $p \leq .01$ ). La edad promedio de la introducción de otros tipos de leches se incrementó de 3.8 meses en línea de base a 4.3 a medio término en las comunidades de AIN, mientras en las comunidades de control se redujo, de 3.4 a 3.1 meses.

La edad promedio de introducción de jugos a medio término fue 4.7 meses en comunidades de AIN, significativamente más tarde que el promedio de 4.0 en las comunidades control ( $p \leq .001$ ). En contraste, para el momento de la línea de base, ambos grupos mostraron niveles similares de 4.0 (AIN) y 3.8 (control). La edad promedio para la introducción de té y café a medio término fue similar entre AIN a 4.5 meses, y control a 3.7. En ambos grupos, sus niveles fueron similares a los de línea de base, de 4.3 (AIN) y 4.1 (control).

La edad promedio de introducción de alimentos complementarios en las comunidades de AIN se elevó de 5.0 meses en línea de base a 5.4 a medio término. La de las comunidades

control, por otra parte, se redujo, de un promedio de 5.0 meses en línea de base a 4.8 a medio término. La diferencia en el promedio de edad de introducción de alimentos sólidos entre los dos grupos no fue significativa.

**Figura 11.5: Comparación de Edad Promedio de Introducción de Líquidos y Alimentos entre Grupos a Medio Término**



### 11.7 Edad de Introducción de Frijoles

Además de las preguntas sobre la introducción de líquidos y alimentos sólidos en general, se preguntó a las cuidadoras a qué edad habían introducido frijoles en la dieta de sus hijos, una práctica recomendada por el programa de AIN. Los datos fueron analizados para todos los niños de seis meses de edad o mayores que recibieron frijoles antes de los nueve meses de edad. La proporción de cuidadoras que habían dado frijoles antes de los nueve meses en las comunidades de AIN permaneció similar a lo largo del tiempo, con 28% en línea de base y 26% a medio término. La tasa en las comunidades de control se redujo significativamente, de 22% en línea de base a 16% a medio término ( $p \leq .05$ ). Las diferencias encontradas entre AIN y control a medio término son significativamente diferentes en el medio término ( $p \leq .001$ ) pero no en la línea de base.

### 11.8 Lactancia e Introducción de Alimentos Complementarios

El cuestionario recolectó datos sobre el patrón general de lactancia y alimentos complementarios para diferentes grupos de edad de niños preguntando a las cuidadoras cómo los alimentaban generalmente. Las respuestas fueron agrupadas en cuatro categorías: leche materna exclusiva, leche materna con otros líquidos, leche materna con otros alimentos, y sólo otros alimentos sin leche materna. Los datos fueron analizados para cada mes de edad, de 0 a 5 meses, y luego agrupando a los niños en 6 a 8, 9 a 11, y 12 a 23 meses de edad. Fueron preparados también análisis resumidos para los niños menores de 4 meses y menores de 6 meses. Como se ve en la Tabla 11.1, la lactancia exclusiva es consistentemente reportada por un mayor porcentaje de cuidadoras AIN que de cuidadoras control en cada grupo de edad a partir del 0 a 4 meses. Estas diferencias entre los grupos son estadísticamente significativas para los niños menores de 1 mes, de 2 meses, 3 meses, y 4 meses de edad. Los niños de cinco meses de edad parecen ser una excepción a esta tendencia. En este caso, las cuidadoras de las comunidades de control de alguna forma reportaron una mayor tasa de lactancia exclusiva que las de AIN, pero la diferencia no fue significativa.

Para los niños menores de 4 meses, 56% de las cuidadoras en las comunidades de AIN, comparadas con 24% en las de control, reportaron lactancia exclusiva. Para niños menores de 6 meses, 46% de las cuidadoras en las comunidades de AIN y 19% en las control reportaron lactancia exclusiva. En ambos grupos de edad, las diferencias fueron estadísticamente significativas. Desde el tiempo de la línea de base en 1998 hasta la encuesta de medio término en 2000, la tasa de lactancia exclusiva declarada por las cuidadoras de niños menores de 4 meses en las comunidades de AIN se incrementó de 35% a 56%, mientras que la tasa en las comunidades de control se redujo de 33% a 24%. Un patrón similar se observa en la tasa de niños menores de 6 meses, que se incrementó en las comunidades de AIN de 26% a 46%, mientras se redujo de 23% a 19% en las control.

Para niños de 6 a 8 meses -la edad en la que se espera que sean introducidos alimentos complementarios en la dieta- 81% de las cuidadoras de las comunidades de AIN reportaron haber introducido alimentos mientras continuaban amamantando, en comparación con el 76% en las comunidades control. Ambos grupos mostraron un incremento similar desde los hallazgos de línea de base de 73% en las comunidades de AIN y 67% en las control. (*Sírvase a ver Anexo Q para los hallazgos de línea de base.*)

**Tabla 11.1: Lactancia y Alimentación Complementaria a Medio Término**

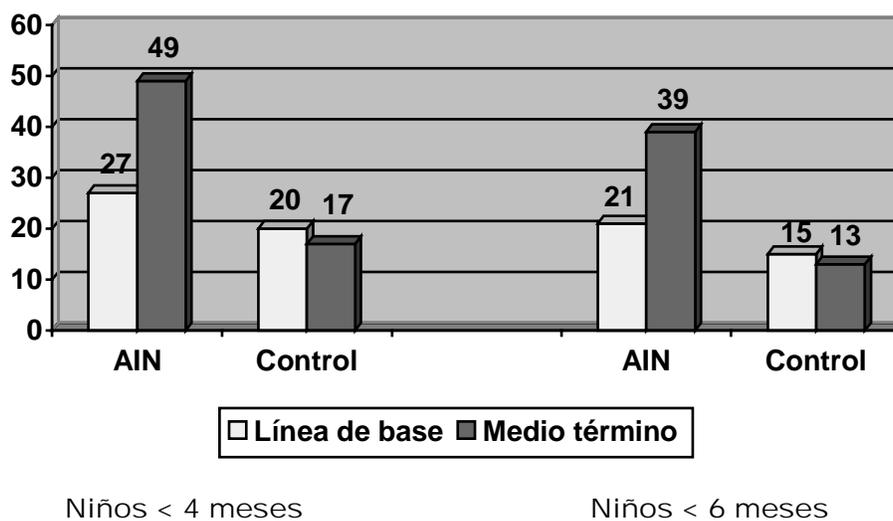
Edad del niño	AIN				Número de niños en este rango de edad
	% dando sólo leche materna	% dando leche materna y otros líquidos	% dando leche materna y alimentos	% dando sólo alimentos y no leche materna	
<1 mes <sup>†</sup>	64.7	35.3	0	0	17
1 mes	64.3	28.6	7.1	0	28
2 meses <sup>††</sup>	60.0	36.0	0	4.0	25
3 meses <sup>†</sup>	40.0	46.7	3.3	10.0	30
4 meses <sup>†††</sup>	40.9	27.3	9.1	22.7	22
5 meses	14.3	21.4	50.0	14.3	28
6 a 8 meses	2.7	4.1	80.8	12.3	73
9 a 11 meses	1.8	0.9	70.6	26.6	109
12 a 23 meses	0	0	59.1	40.9	264
Subtotal para niños < 4 meses <sup>†††</sup>	56.0	37.0	3.0	4.0	100
Subtotal para niños < 6 meses <sup>†††</sup>	46.0	32.7	12.7	8.7	150
Continúa					

Edad del niño	Control				Número de niños en este rango de edad
	% dando sólo leche materna	% dando leche materna y otros líquidos	% dando leche materna y alimentos	% dando sólo alimentos y no leche materna	
<1 mes	30.8	69.2	0	0	26
1 mes	40.9	54.5	0	4.5	22
2 meses	12.0	84.0	0	4.0	25
3 meses	10.5	47.4	26.3	15.8	19
4 meses	3.3	53.3	36.7	6.7	30
5 meses	18.2	13.6	59.1	9.1	22
6 a 8 meses	0	6.6	75.8	17.6	91
9 a 11 meses	0	0	69.3	30.7	88
12 a 23 meses	0.4	0.4	50.2	49.0	249
Subtotal para niños < 4 meses	23.9	65.2	5.4	5.4	92
Subtotal para niños < 6 meses	18.8	54.9	20.1	6.3	144

† p ≤ .05 (basado en prueba de Chi-Cuadrado de Pearson)  
 †† p ≤ .01 (basado en prueba de Chi-Cuadrado de Pearson)  
 ††† p ≤ .001 (basado en prueba de Chi-Cuadrado de Pearson)

Las tasas de lactancia exclusiva se derivaron de los datos de la edad de introducción de agua, jugos, té, café, otras leches, y alimentos (además de los reportes de patrón de alimentación con “sólo lactancia”) como una forma de hacer verificación cruzada de los comportamientos reportados. Estos datos se despliegan en la Figura 11.6. Como estos datos muestran, los patrones encontrados son similares a los datos de la pregunta de alimentación actual por sí sola: las tasas AIN se incrementaron de 27% a 49% para niños menores de 4 meses y de 21% a 39% para niños menores de seis meses, mientras que las tasas control se redujeron de 20% a 17% para niños menores de 4 meses, y de 15% a 13% para niños menores de 6 meses. Estos cambios son estadísticamente significativos para ambos grupos de edad a medio término ( $p < .001$ ) y para la comparación de las tendencias en el tiempo entre los dos grupos ( $p < .05$ ).

**Figura 11.6: Tasas de Lactancia Materna Exclusiva**



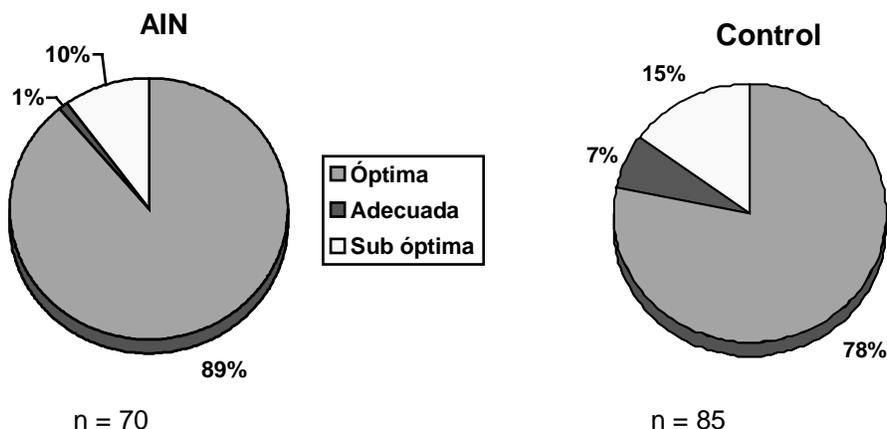
### 11.9 Índice de Alimentación Infantil y Marcadores

Para entender mejor las prácticas alimentarias infantiles en general, se desarrollaron índices para niños de 6 a 8 meses, 9 a 11 meses, y 12 a 23 meses de edad. Los tres índices consideraron la frecuencia de lactancia, el uso de biberones, y la frecuencia de consumo de alimentos semisólidos, como prácticas clave. Los índices de alimentación infantil para niños de 6 a 8 meses y 9 a 11 meses también tomaron en consideración el patrón de lactancia con alimentos complementarios. A cada una de estas prácticas le fue asignado un marcador de 0 a 2 puntos, según si la práctica era considerada sub óptima, adecuada, u óptima. Los marcadores promedio para las cuidadoras en ambos grupos fueron luego resumidos. Esta sección revisará brevemente los hallazgos de las preguntas individuales antes de presentar los resultados generales del Índice de Alimentación Infantil. (*Para una mirada más detallada al sistema de marcación, sírvase a ver Anexo R*).

#### 11.9.1 Frecuencia de Lactancia

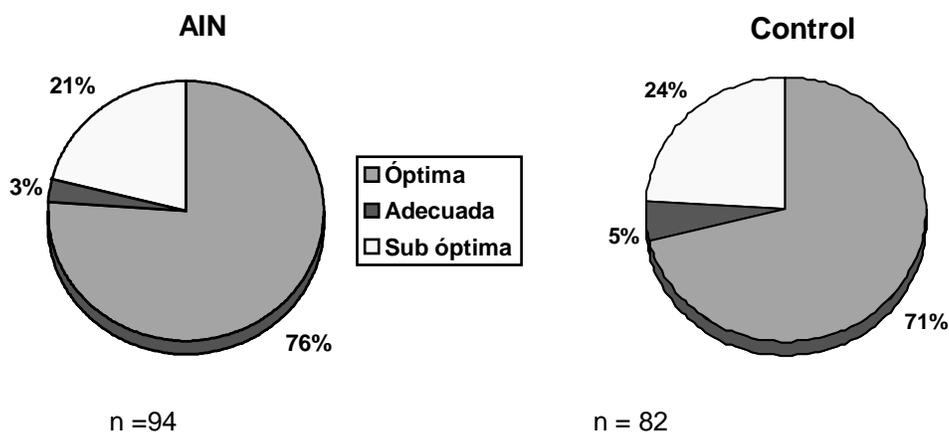
Para niños de 6 a 8 meses, los datos de frecuencia de lactancia para las 24 horas anteriores fueron analizados con marcador *lactancia óptima* definido como 6 o más episodios de lactancia; con marcador *lactancia adecuada*, como 1 a 5 episodios; y con marcador *lactancia sub óptima*, como ningún episodio durante las 24 horas anteriores a la encuesta. Como muestran los resultados de la Figura 11.7, la vasta mayoría de las cuidadoras AIN (89%) mostraron prácticas óptimas de lactancia, en comparación con el 78% en las comunidades control. Para ambos grupos esto representó un incremento de los niveles de línea de base de un 70% en comunidades de AIN y 64% en control, pero estas diferencias no fueron estadísticamente significativas.

**Figura 11.7: Frecuencia de Lactancia para Niños de 6 a 8 Meses a Medio Término**



Para niños de 9 a 11 meses, los datos de frecuencia de lactancia durante las 24 horas anteriores fueron analizados con marcador *lactancia óptima* definido como 5 o más episodios; *lactancia adecuada*, como 1 a 4 veces; y *lactancia sub óptima* como ningún episodio en las 24 horas anteriores a la encuesta. Como se muestra en la Figura 11.8, la clara mayoría de cuidadoras de las comunidades de AIN (76%) y control (71%) mostraron prácticas de lactancia óptima, con sólo pocas cuidadoras mostrando prácticas adecuadas (3% AIN vs. 5% control). Los resultados de práctica óptima fueron similares a los niveles de línea de base de 68% en las comunidades de AIN y 69% en las control. A medio término, las comunidades de AIN y control tuvieron porcentajes similares de cuidadoras que no dieron pecho (AIN: 21%; control: 24%).

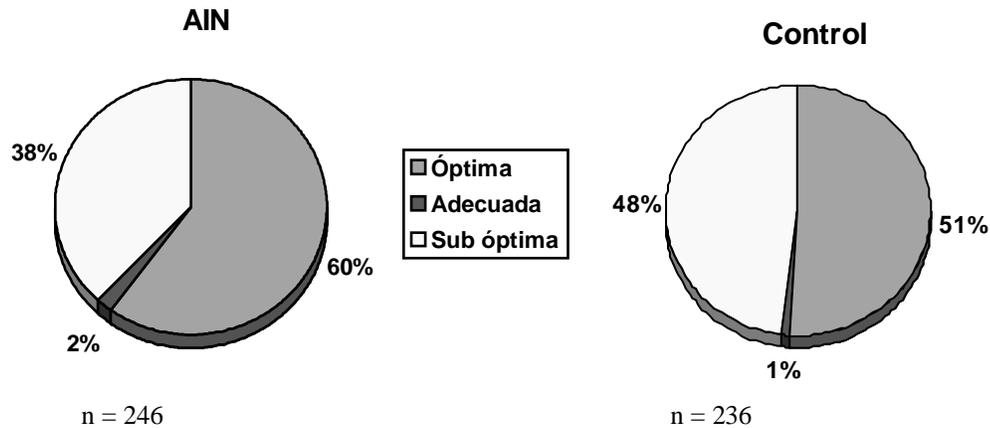
**Figura 11.8: Frecuencia de Lactancia para Niños de 9 a 11 Meses a Medio Término**



Para niños de 12 a 23 meses, los datos de frecuencia de lactancia para las 24 horas anteriores fueron analizados con marcador *lactancia óptima* definido como 4 o más episodios; *lactancia adecuada*, como 1 a 3 episodios; y *lactancia sub óptima* como ningún episodio de lactancia en las 24 horas anteriores a la encuesta. Como los resultados en la Figura 11.9 demuestran, 60% de las cuidadoras AIN mostraron prácticas óptimas de lactancia en comparación con el

51% de las control. Para ambos grupos, estos resultados fueron similares a los niveles de línea de base de 59% en las comunidades de AIN y 53% en las control. A medio término, las comunidades de control mostraron un mayor porcentaje de cuidadoras que no amamantaban, que las AIN (48% vs. 38%), pero la diferencia no fue estadísticamente significativa.

**Figura 11.9: Frecuencia de Lactancia para Niños de 12 a 23 Meses a Medio Término**

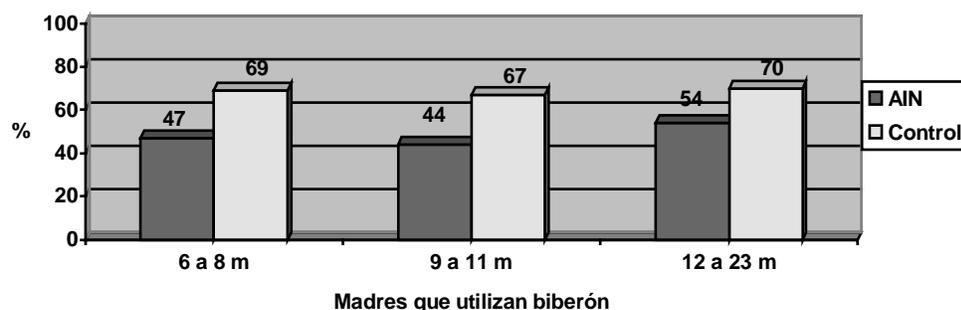


### 11.9.2 Uso de Biberones

Se preguntó a las cuidadoras acerca de su práctica de usar un biberón durante el día anterior a la encuesta. Cuando se preguntó cómo servían a sus hijos leche y otros líquidos por lo general, 46% de las cuidadoras AIN mencionaron el uso del biberón, en comparación con el 66% de las cuidadoras control. Los utensilios para servir sugeridos en los mensajes de consejería como tazas, vasos y cucharas fueron citados por 42% de las cuidadoras AIN, en comparación con 29% de las de control a medio término. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas a medio término ( $p < .001$ ), mientras los niveles de línea de base fueron similares en ambos grupos en 38% para comunidades de AIN y 36% para control.

Para considerar el uso de biberones dentro del Índice de Alimentación Infantil, el análisis se estructuró para distinguir las cuidadoras que habían usado el biberón en las 24 horas anteriores o que generalmente lo utilizaban para servir líquidos, y las cuidadoras que no reportaron el uso del biberón. En los tres grupos se encontró el mismo patrón de un menor uso del biberón en comunidades de AIN que en control, como se muestra en la Figura 11.10: 47% en comparación con 69% para niños de 6 a 8 meses, 44% en comparación con 67% para 9 a 11 meses, y 54% en comparación con 70% para niños de 12 a 23 meses. En cada grupo de edad, estas diferencias revelaron ser estadísticamente significativas a medio término ( $p \leq .01$ ).

**Figura 11.10: Uso de Biberón en Comunidades AIN y Control a Medio Término**

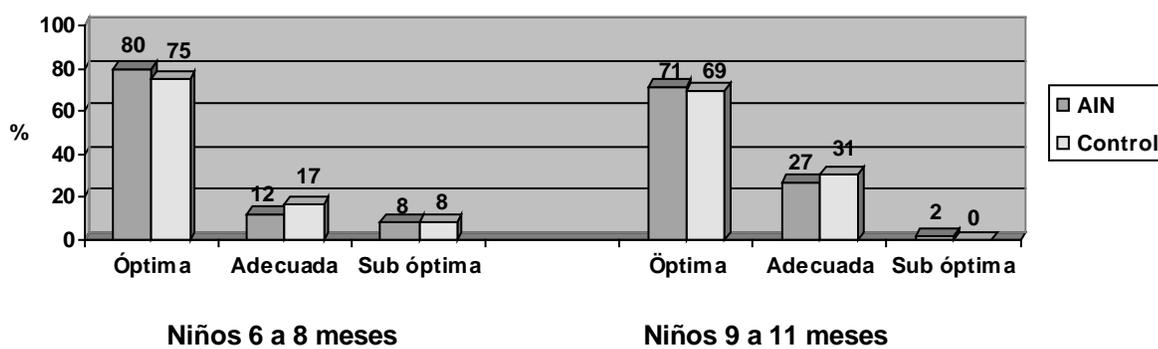


### 11.9.3 Patrón Declarado de Lactancia y Alimentos Complementarios

La variable de patrón declarado de lactancia y alimentos complementarios utilizó las cuatro categorías presentadas anteriormente en la Sección 11.8: lactancia exclusiva, lactancia con otros líquidos, lactancia con alimentos complementarios, o alimentos complementarios sin lactancia. Este patrón de alimentación general fue incluido solo en los marcadores de alimentación infantil para niños de 6 a 8 meses y 9 a 11 meses. La lactancia con alimentos complementarios fue considerada la práctica óptima en estos grupos de edad. Las cuidadoras que reportaron esta práctica alimentaria ganaron dos puntos. La práctica de administrar alimentos complementarios sin lactancia fue considerada adecuada, y obtuvo un solo punto. La lactancia con otros líquidos sin alimentos, y la lactancia exclusiva no obtuvieron ningún punto.

Como se muestra en la Figura 11.11, los resultados muestran patrones similares en ambos grupos, con 80% de las madres AIN y 75% de las control en la categoría óptima para niños de 6 a 8 meses. Ambos grupos revelaron de alguna manera un incremento de sus niveles de línea de base de 74% en AIN y 70% en control. Para los niños de 9 a 11 meses, 71% de las madres AIN y 69% de las madres control estaban en el nivel óptimo. Estos resultados son muy similares a los niveles de línea de base de 73% y 72%, respectivamente. Ninguna de las diferencias entre los grupos fue estadísticamente significativa.

**Figura 11.11: Patrones Generales de Alimentación para Niños de 6 a 8 Meses y 9 a 11 Meses a Medio Término**

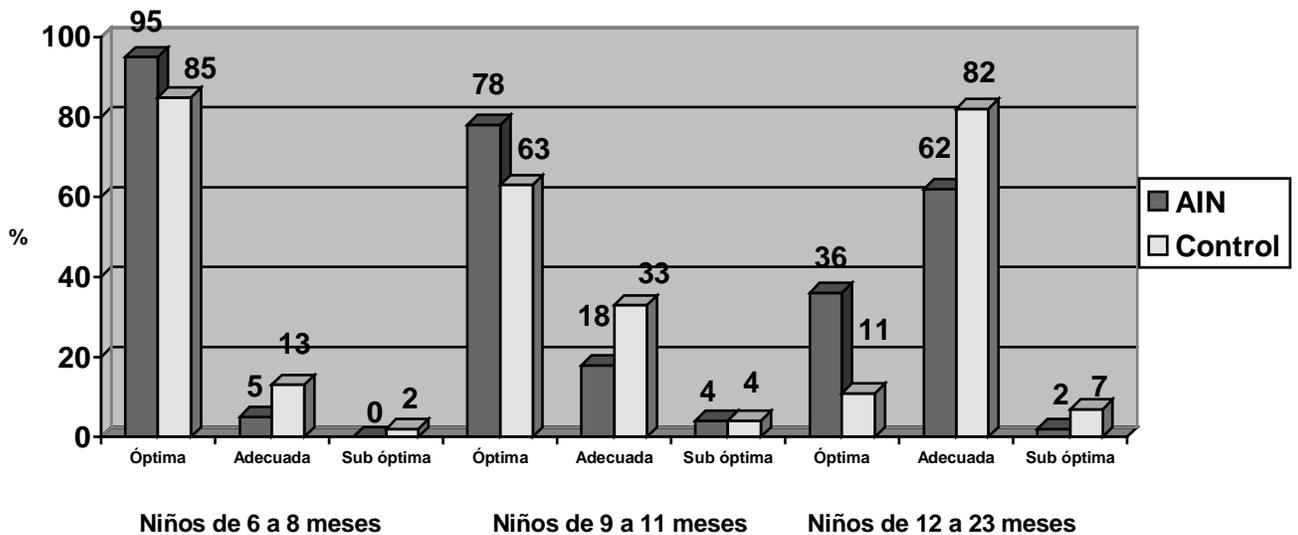


### 11.9.4 Frecuencia de Consumo de Alimentos Complementarios

La siguiente variable combina la frecuencia de lactancia con la frecuencia de alimentos complementarios para producir un cuadro general de frecuencia de alimentación. Las cuidadoras se dividieron en dos grupos que compartían (1) práctica de lactancia óptima o adecuada, o (2) práctica sub óptima. Luego, fue analizada para cada grupo la frecuencia de comidas con alimentos complementarios. Para aquellas cuidadoras con una frecuencia sub óptima de lactancia, los requerimientos para la frecuencia de alimentos complementarios fueron más altos. (*Sírvase a ver Anexo R para detalles de puntos y frecuencias para cada grupo de edad.*)

Como muestran los resultados en la Figura 11.12, en los dos grupos de edad más jóvenes, la mayoría de las cuidadoras de ambos grupos calificaron en el grupo de frecuencia óptima. Hubo diferencias entre los dos grupos en la categoría óptima, con 95% en las comunidades de AIN en comparación con 85% en las control para los niños de 6 a 8 meses, y 78% en comparación con 63% para los niños de 9 a 11 meses, pero las diferencias no fueron estadísticamente significativas. En el grupo de edad de 12 a 23 meses, hubo muchas menos cuidadoras en el grupo óptimo, aunque el resultado AIN de 36% fue significativamente más alto que el resultado control de 11% ( $p \leq .001$ ). La mayoría de las cuidadoras en este grupo de edad fueron calificadas con práctica alimentaria inadecuada, con 62% de cuidadoras AIN y 82% de cuidadoras control.

**Figura 11.12: Frecuencia General de Comidas para Niños de 6 a 8 Meses, 9 a 11 Meses y 12 a 23 Meses a Medio Término**



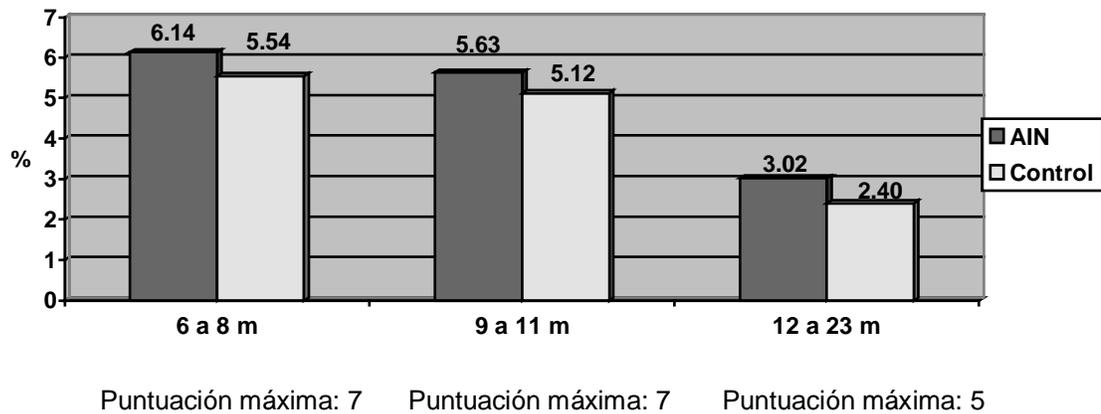
### 11.9.5 Resumen de Resultados de Alimentación Infantil por Componentes y Puntuación

Cuando fueron calculados los marcadores compuestos de alimentación infantil utilizando las variables descritas arriba, las comunidades de AIN revelaron una puntuación promedio significativamente más alta a medio término (6.14) que las comunidades de control (5.54)

para cuidadoras de niños de 6 a 8 meses ( $p \leq .05$ ). Para niños de 9 a 11 meses, las calificaciones promedio fueron similares, con 5.63 para las comunidades de AIN y 5.12 para las control; sin embargo, cuando los niños de 6 a 11 meses se combinaron para un tamaño de muestra más grande y un mayor poder estadístico, la diferencia entre las calificaciones promedio de los grupos AIN y control a medio término fue estadísticamente significativa ( $p \leq .001$ ).

Para el grupo de mayor edad, de los 12 a los 23 meses, fueron usadas tres variables para calcular el marcador: frecuencia de lactancia, uso del biberón, y frecuencia de alimentación en general. Las comunidades de AIN tuvieron una puntuación promedio significativamente más alta a medio término (3.02) que las comunidades de control (2.40,  $p \leq .001$ ). Estos datos se presentan en la Figura 11.13.

**Figura 11.13: Puntuación Promedio de Alimentación Infantil por Grupo y Edad**



### 11.10 Puntuaciones de Conocimientos, Actitudes y Prácticas

De forma similar al índice de alimentación infantil, fue desarrollado un sistema de puntuación de conocimientos y actitudes basado en nueve variables en la encuesta de medio término. Cinco de estas nueve variables fueron usadas también al momento de la encuesta de línea de base, permitiendo así una comparación de los dos grupos en el tiempo de ese subgrupo particular de variables. Los marcadores de conocimientos y actitudes fueron calculados para las cuidadoras de niños de 6 a 8, 9 a 11, y 12 a 23 meses. Una comparación general para niños de 0 a 23 meses fue calculada también para probar si habían diferencias estadística-mente significativas entre los grupos.

Las variables y las encuestas en las cuales fueron recolectadas son las siguientes:

- Consciencia de la lactancia exclusiva durante los primeros seis meses de vida (sólo medio término)
- Técnicas para producir leche materna suficiente (línea de base y medio término)
- Edad apropiada para introducir alimentos complementarios (línea de base y medio término)
- Consistencia apropiada de los primeros alimentos complementarios del niño (línea de base y medio término)

- Edad apropiada para comenzar a alimentar al niño con la misma dieta que el resto de la familia (línea de base y medio término)
- Consistencia más nutritiva de sopa (concepto de la “*sopa espesa*”) (línea de base y medio término)<sup>18</sup>
- Técnicas para preparar sopa espesa (sólo medio término)
- Consciencia de que un niño de dos años es capaz de consumir la mitad de lo que consume un adulto (sólo medio término)<sup>19</sup>
- Técnicas que las cuidadoras han usado para mejorar el apetito del niño (sólo medio término)

Se hicieron estas preguntas a todas las cuidadoras con excepción de la pregunta sobre cómo mejorar el apetito del niño, que sólo fue aplicada a las cuidadoras cuyos hijos habían sufrido de desgano o falta de apetito en algún momento. A cada uno de estos aspectos le fue asignado una puntuación de 0 ó 1 punto, para una puntuación potencial total de 9 puntos por cuidadora. La puntuación de las cuidadoras fue usada luego para comparar las comunidades de AIN con las de control. (*Para una visión más detallada del sistema de marcación de conocimientos y actitud, sírvase a ver Anexo R*). Esta sección revisará brevemente los hallazgos sobre las preguntas individuales antes de presentar los resultados generales de los marcadores de conocimientos y actitudes.

### 11.10.1 Consciencia de la Lactancia Materna Exclusiva

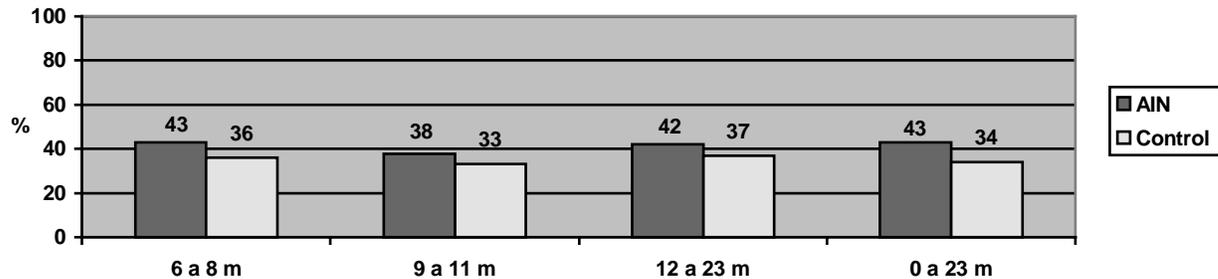
Se preguntó a las cuidadoras si habían oído hablar de la lactancia *exclusiva*. Cincuenta y dos por ciento de las cuidadoras AIN estaban conscientes de este concepto, y, entre ellas, 82% enunciaron que el niño sólo debía recibir leche materna durante los primeros seis meses de vida. Para aquellas que habían oído hablar de la lactancia exclusiva, las tres fuentes principales de donde lo escucharon fueron una monitora de AIN, una enfermera o un médico. Los hallazgos en las comunidades de control fueron similares, con 47% de las cuidadoras al tanto del concepto de lactancia exclusiva. De las cuidadoras de las comunidades de control que conocían el concepto, 73% citaron seis meses como el período ideal. Para estas mujeres, las enfermeras fueron la fuente más común de la información sobre lactancia, seguida por los médicos.

Para el cálculo del marcador de conocimientos, las cuidadoras que respondieron “6 meses” a la pregunta acerca de cuanto tiempo un niño debe recibir sólo leche materna recibieron un punto. Todas las demás respuestas fueron consideradas incorrectas. En cada grupo de edad, las cuidadoras AIN fueron más propensas a citar 6 meses como el período de tiempo adecuado para la lactancia exclusiva que las cuidadoras de las comunidades control. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas sólo cuando fue considerada la muestra completa de 1,168 niños, con 43% de las cuidadoras AIN al tanto de los 6 meses como el período correcto, en comparación con 34% de las cuidadoras control ( $p \leq .01$ ), como se muestra en la Figura 11.4.

<sup>18</sup> Se descubrió que las cuidadoras en Honduras dan a sus hijos el caldo aguado de la sopa con poco de los alimentos allí incluidos. Los mensajes de consejería, por ende, enfatizan espesar la sopa deshaciendo los alimentos y agregando sólo el caldo necesario para darle una consistencia líquida.

<sup>19</sup> Las cuidadoras en Honduras asumen de forma típica que un niño come menos de esa cantidad, por lo que los mensajes de consejería están diseñados para motivar a las cuidadoras a ofrecer a los niños suficiente alimento.

**Figura 11.14: Consciencia de Lactancia Materna Exclusiva hasta los 6 Meses**

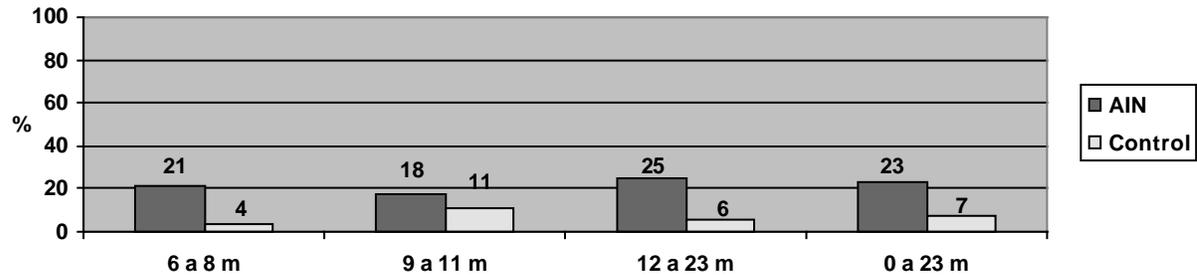


### 11.10.2 Técnicas para Producir Suficiente Leche Materna

En vista de que el temor de que la madre no produce suficiente leche materna fue una de las razones más frecuentemente citadas para suspender la lactancia, se preguntó a las cuidadoras qué técnicas creían que podrían ser útiles a una madre para producir leche suficiente para sus hijos. Por mucho, la respuesta más común en ambos grupos fue *beber muchos líquidos* como *pinol* (bebida local hecha de maíz molido y chocolate), chocolate, y refrescos (73% en AIN y 72% en control). Esta razón fue también comúnmente citada durante la encuesta de línea de base por 66% de las cuidadoras de las comunidades de AIN y 72% de las de control. *Comer bien* fue la segunda respuesta más común en ambos grupos, aunque la mencionaron significativamente menos cuidadoras de comunidades de AIN que de control (69% vs. 76%,  $p < .05$ ). *Dar de mamar seguido* fue una respuesta significativamente más común en las comunidades de AIN a medio término (22%) que en las comunidades de control (7%,  $p \leq .001$ ). Este hallazgo muestra también un incremento significativo en el tiempo en las comunidades de AIN, donde sólo el 6% de las cuidadoras mencionaron esta técnica en la encuesta de línea de base, en comparación con una tasa casi estable en las comunidades de control (4% en línea de base, comparado con 7% a medio término,  $p \leq .05$ ). *Dar de ambos pechos* y *despertar al niño para darle de mamar* si éste se quedaba dormido demasiado tiempo, fueron mencionados raramente en ambos grupos (3% y 4%, respectivamente en las comunidades de AIN, en comparación con el 1% y 0.3% de las comunidades control).

Para los cálculos del marcador de conocimientos, las respuestas como *dar de mamar seguido*, *dar de ambos pechos*, y *despertar al niño* si duerme mucho, fueron consideradas aceptables y cualquiera de estas tres opciones ganaba 1 punto para la cuidadora entrevistada. Para el grupo de niños de edades de 0 a 23 meses, 23% de las cuidadoras AIN fueron capaces de mencionar al menos una técnica para estimular la producción de leche materna, en comparación con 7% de las cuidadoras control. Como se muestra en la Figura 11.15, las diferencias entre las comunidades de AIN y control para niños de 6 a 8, 12 a 23 y 0 a 23 meses fueron estadísticamente significativas a  $\leq .001$ .

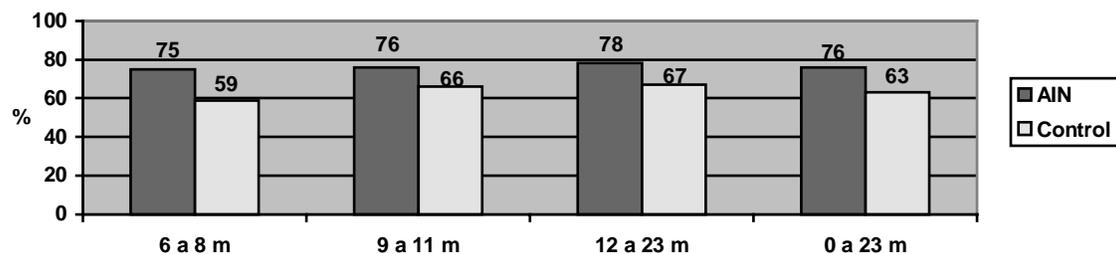
**Figura 11.15: Conocimiento de Técnicas para Producir Suficiente Leche Materna**



### 11.10.3 Edad Apropiaada para Introducir Alimentos Complementarios

La siguiente variable de conocimiento fue la edad apropiada para la introducción de alimentos complementarios. Las respuestas de seis o más meses recibieron un punto. Las diferencias entre los grupos resultaron ser estadísticamente significativas a  $p \leq .05$  o mayor para cada grupo de edad, salvo el de 9 a 11 meses, como se presenta en la Figura 11.16. En general, el 76% de las cuidadoras AIN en comparación con el 63% de las control respondieron correctamente a esta pregunta a medio término. De forma interesante, ambos grupos mostraron una tasa de 70% en línea de base; sin embargo, la tasa AIN parece haberse incrementado, mientras la del grupo control disminuyó.

**Figura 11.16: Edad Apropiaada para Introducir Alimentos Complementarios**



### 11.10.4 Consistencia Apropiaada de los Primeros Alimentos Complementarios de un Niño

Se preguntó a las cuidadoras cuál consideraban que debía ser la consistencia apropiada de los primeros alimentos complementarios de un niño. Las cuidadoras que respondieron que debían ser alimentos *deshechos, molidos, espesos, o trocitos/pedacitos* recibieron un punto. En general, los resultados fueron similares en ambos grupos y en todas las edades, con 96% de las cuidadoras AIN y 94% de las de control mencionando al menos una de estas respuestas correctas. Estos resultados son también consistentes con los hallazgos de línea de base de un 96% en cada grupo.

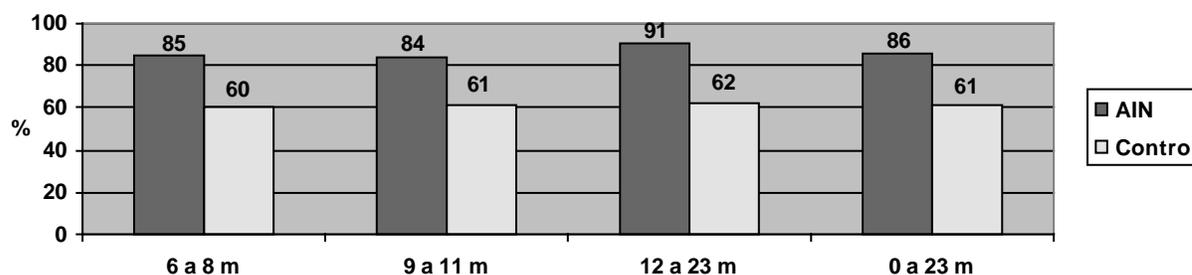
### 11.10.5 Mejor Edad para Empezar a Alimentar a un Niño con la Dieta de la Familia

Se preguntó a las cuidadoras qué edad consideraban que sería la mejor para dar de comer a los niños de la “olla familiar” (los alimentos que comen los demás miembros de la familia). Las respuestas que oscilaron entre 6 y 12 meses obtuvieron un punto. En general, los resultados fueron similares en ambos grupos y en todas las edades, con 88% de todas las cuidadoras en ambos grupos citando una respuesta correcta para el medio término.

### 11.10.6 Consistencia de la Sopa

Se preguntó a las cuidadoras cuál consideraban que debía ser la mejor consistencia de la sopa. La respuesta correcta era *espesa*, que obtuvo un punto. En todos los grupos de edad, las cuidadoras AIN fueron significativamente más propensas a considerar la sopa espesa como un alimento apropiado para los niños, que sus contrapartes de las comunidades de control (86% vs. 61%,  $p \leq .001$ ). De forma interesante, la proporción de cuidadoras AIN que respondieron correctamente esta pregunta, se incrementó del 73% en línea de base, mientras la proporción control se redujo desde su tasa de línea de base de 71%. Esta diferencia entre las tendencias de estos dos grupos a lo largo del tiempo fue estadísticamente significativa en  $p \leq .001$ . (Ver Figura 11.17.)

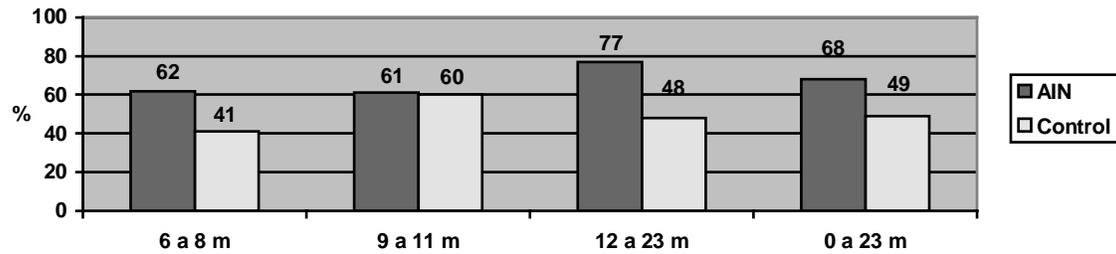
Figura 11.17: Consistencia de la Sopa



### 11.10.7 Técnicas para Preparar Sopa Espesa

Para el siguiente elemento del marcador de conocimientos, las cuidadoras que hubieron escuchado el concepto de “sopa espesa” fueron interrogadas acerca de cómo debía ser preparada. Las dos respuestas que obtuvieron un punto fueron *deshaciendo el alimento que se ha cocido en ella y agregándole tortilla o arroz*. En todos los grupos de edad, salvo el de 9 a 11 meses, las cuidadoras de las comunidades de AIN fueron significativamente más propensas a responder correctamente a esta pregunta que sus contrapartes de las control, como muestra la Figura 11.18. En general, 68% de las cuidadoras AIN respondieron correctamente, en comparación con el 49% de las control, y esta diferencia fue estadísticamente significativa a  $p \leq .001$ .

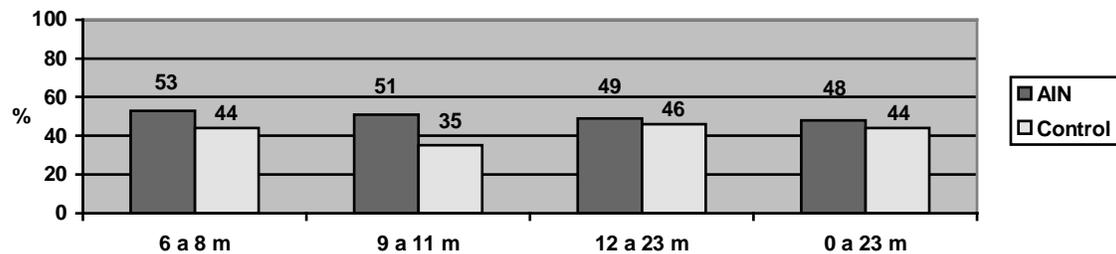
**Figura 11.18: Técnicas para Preparar Sopa Espesa**



### 11.10.8 Capacidad de un Niño de Dos Años de Edad de Comer hasta la Mitad de lo que Come un Adulto

La siguiente pregunta fue si las cuidadoras consideraban que un niño de dos años podría comer hasta la mitad de lo que come un adulto. Los hallazgos entre los grupos fueron similares para las cuidadoras de todos los grupos de edad, salvo el de niños de 9 a 11 meses, en donde las cuidadoras AIN fueron significativamente más propensas a creerlo que las control (51% vs. 35%,  $p \leq .05$ ). Cuando fueron consideradas todas las cuidadoras, los resultados fueron similares, con 48% en comunidades de AIN y 44% en control. La Figura 11.19 presenta estos datos.

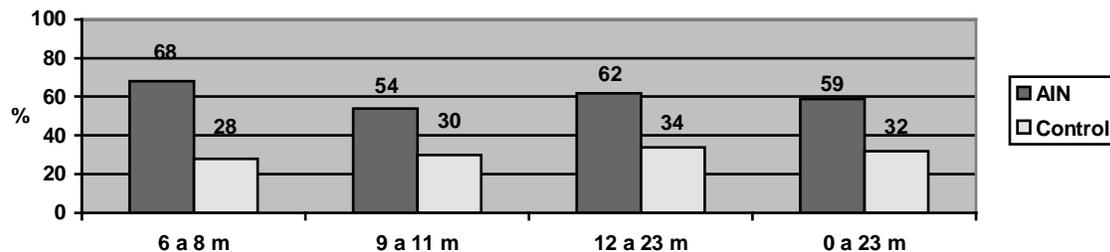
**Figura 11.19: Capacidad de Comer de un Niño de Dos Años de Edad**



### 11.10.9 Técnicas que las Personas al Cuidado de los Niños Han Usado para Mejorar el Apetito del Niño

Las cuidadoras cuyos niños habían sufrido de algún período de desgano o falta de apetito en algún momento (casi 60% de todas las encuestadas) fueron interrogadas acerca de lo que habían hecho para ayudar al niño a recuperar el apetito. Como se muestra en la Figura 11.20, para cada grupo de edad, las cuidadoras AIN fueron significativamente más propensas a citar al menos una de las siguientes respuestas correctas: (1) alimentar al niño más seguido en pequeñas cantidades, (2) darle comida suave, (3) darle pecho más seguido, o (4) agregar limón y azúcar a los alimentos. En general, 59% de las cuidadoras AIN, en comparación con 32% de las control, ganaron un punto por esta pregunta ( $p \leq .001$ ).

**Figura 11.20: Técnicas Usadas para Mejorar el Apetito del Niño**

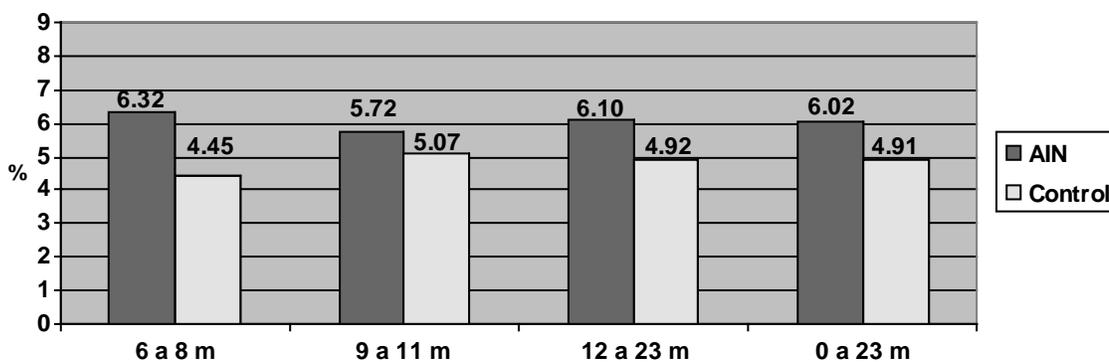


### 11.10.10 Resumen de Hallazgos para Marcador de Conocimientos, Actitudes, y Prácticas a Medio Término

Una vez que fueron analizados los resultados individuales para cada una de las nueve variables, fue computada una puntuación promedio general a medio término para cada grupo de edad en las comunidades de AIN y control. La puntuación promedio de todas las cuidadoras AIN de niños de 0 a 23 meses en todas las variables fue de 6.02 del total posible de 9 puntos. La puntuación promedio para todas las cuidadoras de las comunidades de control fue 4.91. Esta diferencia fue estadísticamente significativa en  $p \leq .001$ . Un patrón similar fue también encontrado en los grupos de edad desglosados, como se ve en la Figura 11.21, con las cuidadoras AIN siendo significativamente más propensas a alcanzar un marcador más alto que las control en cada grupo de edad salvo para el de niños de 9 a 11 meses de edad.

Como forma de comparación, fue calculada una puntuación promedio sobre las cinco variables que fueron incluidas en la encuesta de línea de base. Este cálculo mostró que la puntuación promedio para el momento de la línea de base fue virtualmente idéntica (3.28 para AIN y 3.25 para control) para el grupo completo de cuidadoras.

**Figura 11.21: Puntuaciones Promedio de Conocimientos por Grupo y Edad a Medio Término**



Puntuación máxima para todos los grupos de edad: 9 puntos

### 11.11 Discusión de Hallazgos

Como demuestran los datos a medio término, la lactancia es muy común en ambos grupos de comunidades y en todos los grupos de edad, con 45% de cuidadoras AIN y 36% de control que continuaban lactando a sus niños de 18 a 23 meses. En ambos grupos, las cuidadoras que habían suspendido la lactancia citaron frecuentemente como causa el temor de que no producían suficiente leche para el niño. Las respuestas más comunes en ambos grupos a la pregunta de qué podía hacer una madre para producir suficiente leche materna fueron beber muchos líquidos y comer bien. Aunque el programa reconoce que ni beber más líquidos ni comer bien fomenta la producción de leche materna, el AIN incluye estos mensajes para motivar a las madres a dar pecho más seguido mientras perciben que están haciendo algo por su propio bienestar. Estos datos de medio término muestran que las cuidadoras están recibiendo el mensaje de dar pecho más seguido, pero otros mensajes, como dar de ambos pechos y despertar al niño si duerme por demasiado tiempo fueron mucho menos frecuentemente mencionados.

El principal énfasis de la consejería en lactancia del AIN está puesto sobre la lactancia exclusiva para niños menores de seis meses, sobre la lactancia continuada y sobre la reducción del uso de biberones. Los resultados de medio término muestran que las cuidadoras AIN están recibiendo los mensajes clave de consejería. Sus conocimientos y prácticas están mejorando, como queda demostrado por las tasas crecientes de lactancia exclusiva y disminución del uso del biberón.

Las cuidadoras AIN mostraron tener un conocimiento significativamente mejor a medio término sobre una gama de prácticas de alimentación infantil, incluyendo el período óptimo de lactancia exclusiva, la edad apropiada de introducción de alimentos complementarios, la consistencia apropiada de las sopas, las técnicas para preparar sopa espesa, y las formas para estimular el apetito de un niño, que sus contrapartes de las comunidades control. El conocimiento obtenido de los mensajes clave de consejería en el programa de AIN está contribuyendo a mejorar las prácticas alimentarias, como queda demostrado por los resultados del índice de alimentación infantil. Estos resultados muestran que las cuidadoras AIN tienen mejores puntuaciones en alimentación infantil en promedio que las de las comunidades control.

Como demuestran los resultados de medio término las comunidades de AIN han logrado un progreso sustancial en incrementar sus tasas de lactancia exclusiva mientras que las tasas en las comunidades de control han decrecido. En las comunidades de AIN, la introducción de agua, otras leches, jugos, té, café, y alimentos complementarios ocurrió en una edad posterior que en el momento de la línea de base, lo que es consistente con los niveles mayores de lactancia exclusiva. Algunas de las demás áreas que aún deben ser fortalecidas son la reducción en la proporción de cuidadoras que dan agua a sus hijos durante los primeros seis meses de vida, el incremento de la proporción de cuidadoras con prácticas de lactancia y de alimentación infantil óptimas para niños de 9 a 11 meses, y un incremento en la proporción de cuidadoras con frecuencia óptima de lactancia en el segundo año de vida.

---

## 12. Conclusiones y Recomendaciones

Los resultados reportados por la encuesta de medio término demuestran que el programa de AIN basado en la comunidad está siendo exitoso en su objetivo de promover el crecimiento de niños menores de dos años. El programa está alcanzando su objetivo al integrar actividades en nutrición (diseñadas para mejorar las prácticas alimentarias y el estado nutricional) con la prevención de enfermedades (a través de la vacunación) y con prácticas alimentarias y de cuidados (para niños con diarrea e infecciones respiratorias agudas).

El programa de AIN ha sido llevado a escala nacional por la Secretaría de Salud de Honduras y sus colaboradores. Las comunidades elegidas para la implementación temprana debían ser áreas rurales y desfavorecidas. Queda claro de los datos de las viviendas presentados en este reporte que los centros de salud han cumplido con esta visión del programa AIN seleccionando las comunidades más desfavorecidas en sus áreas.

Para la sub muestra de comunidades usada para el medio término, se encontró que las comunidades de AIN fueron más desfavorecidas que las de control con respecto a sus condiciones de vida, estado socioeconómico, niveles de educación materna, y distancia a servicios de salud. Estas desventajas no fueron evidentes en la muestra total de comunidades establecida en la línea de base. Estos hallazgos serán revisados de nuevo para el momento de la encuesta final de hogares, cuando la muestra completa sea usada para evaluar si las ventajas encontradas en las comunidades control a medio término pueden ser confirmadas. Mientras tanto, los resultados de medio término muestran que un programa como el AIN compensa algunas de estas desventajas mejorando conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la lactancia, la alimentación complementaria, la búsqueda de atención y los cuidados durante episodios de diarrea e IRA.

El marco conceptual de esta evaluación del programa de AIN fue resumida en el Capítulo 2 (Figura 2.1). Este marco de trabajo despliega los vínculos programáticos que están siendo probados en esta evaluación de tres partes que comprende las encuestas de línea de base, de medio término y final. Los resultados de la encuesta de medio término reportados aquí abordan los primeros cuatro elementos de este marco y permiten el análisis de sus interacciones:

- Exposición del programa – a mayor exposición del programa, mejor es la participación en el mismo
- Participación en el programa – a mayor participación, mayor incremento en conocimientos y actitudes
- Incremento en conocimientos y actitudes – a mayor conocimiento y actitudes, mejores prácticas
- Prácticas mejoradas

El quinto paso –mejor nutrición y salud- será analizado en la encuesta final planeada para junio del 2002.

En términos de *exposición del programa y participación*, los resultados de medio término muestran que 96% de las cuidadoras de las comunidades de AIN están conscientes del programa en sus comunidades. Estos resultados demuestran que el programa ha alcanzado un alto nivel de cobertura con 92% de los niños menores de dos años viviendo en las comunidades de AIN inscritos en el programa. De los niños inscritos en el AIN, 69% se inscribieron antes de los tres meses de edad, garantizándoles una participación en el programa desde una etapa temprana de sus vidas. Aunque la participación mensual en el programa reveló haberse incrementado significativamente desde la línea de base de 70% de los niños de tres meses o más asistiendo a tres sesiones de monitoreo del crecimiento en los tres meses anteriores a la encuesta de medio término, el programa no ha logrado aún su objetivo de pesar cada mes al 100% de niños de las comunidades cada mes.

En términos de incremento *conocimientos y actitudes*, las cuidadoras AIN a medio término tuvieron más altos niveles de conocimientos en algunas áreas clave, como el entendimiento del vínculo entre salud y crecimiento, el reconocimiento de signos de peligro asociados con enfermedades comunes de la infancia, el conocimiento de cómo producir suficiente leche materna, y el conocimiento de que seis meses es la edad adecuada para comenzar con alimentación complementaria. Para signos de crecimiento, las cuidadoras AIN fueron significativamente más propensas que las control a mencionar al aumento de peso del niño como un signo de buen crecimiento y la delgadez del niño como un signo de escaso crecimiento. Las cuidadoras de las comunidades de control fueron significativamente más propensas que las AIN a mencionar la buena salud del niño como signo de crecimiento adecuado, pero la tasa AIN se ha incrementado significativamente desde la línea de base. Las cuidadoras AIN y control fueron igualmente propensas a mencionar la enfermedad como un signo de escaso crecimiento, pero de nuevo, la tasa AIN fue significativamente más alta a medio término que en línea de base.

Con respecto a los signos de peligro, las cuidadoras AIN fueron significativamente más propensas a conocer dos o más signos de deshidratación, y al menos un signo de peligro para IRA, que las cuidadoras de las comunidades control. Los resultados para signos generales de peligro fueron similares entre los dos grupos a medio término pese a que las cuidadoras AIN los incrementaron significativamente más que las cuidadoras control entre línea de base y medio término.

Para conocimientos y actitudes de lactancia y alimentos complementarios, las cuidadoras AIN fueron significativamente más propensas que las control a saber que mejor crecimiento es uno de los beneficios de la lactancia exclusiva; a citar seis meses como la edad apropiada para la transición de la lactancia exclusiva a la introducción de agua, otros líquidos y alimentos complementarios; a saber que dar pecho más seguido es una técnica para estimular la producción de leche materna; a considerar la sopa espesa como un alimento apropiado para niños pequeños y a saber cómo prepararla; a creer que un niño de dos años es capaz de consumir hasta la mitad de lo que consume un adulto; y a conocer formas de estimular el apetito de un niño. Las cuidadoras AIN se mostraron similares a las control en cuanto al conocimiento de la consistencia apropiada de los primeros alimentos de un niño y de la mejor edad para alimentar a un niño con la dieta del resto de la familia. En general, la puntuación

promedio en las variables del índice de conocimientos y actitudes fue significativamente más alta para las comunidades de AIN que para las control a medio término.

Finalmente en el área de *prácticas*, las cuidadoras AIN mejoraron sus prácticas para la prevención de enfermedades, cuidados durante diarrea, lactancia, y alimentación complementaria. En el área de prevención de enfermedades, los niños de las comunidades de AIN fueron significativamente más propensos a haber recibido suplementos de hierro y vitamina A que sus contrapartes de las comunidades control. Los niños de las comunidades de AIN fueron también significativamente más propensos a haber terminado la serie de tres dosis de vacunas DPT y polio, a haber sido inmunizados contra sarampión, y a haber completado todo su esquema de vacunación. De hecho, el alto nivel de participación y los contactos frecuentes con las cuidadoras llevaron a una cobertura significativamente mejor en las comunidades de AIN que en las control para todas las vacunas excepto BCG. Pese a que las estadísticas de cobertura de inmunización para Honduras son ya altas, la estrategia AIN parece ser una buena forma de asegurar que la pequeña proporción de niños que no acceden a los servicios de rutina reciban sus vacunas.

En el área de cuidados durante enfermedades, las cuidadoras AIN fueron significativamente más propensas que las control a dar terapia de rehidratación oral a los niños con diarrea y a ofrecerles tanto líquidos como alimentos durante la enfermedad. La vasta mayoría de cuidadoras AIN mantuvieron también la frecuencia de la lactancia durante la diarrea y las IRA.

En términos de mejoras a las prácticas alimentarias y de lactancia, las cuidadoras AIN tuvieron una tasa significativamente más alta a medio término que las cuidadoras de las comunidades control. Otros hallazgos, como las proporciones significativamente más bajas de niños en las comunidades de AIN en comparación con las control que recibieron agua, otros tipos de leche, jugos, té, café, y alimentos sólidos a la edad de seis meses fueron consistentes con la proporción más alta de niños que fueron exclusivamente amamantados hasta esa edad. El uso de biberones fue significativamente más bajo en las comunidades de AIN. La puntuación en el índice de alimentación infantil, que incluye lactancia y alimentación complementaria, fue significativamente más alta para las comunidades de AIN que para las control para niños de 6 a 12 y 12 a 23 meses.

Las prácticas que no fueron significativamente distintas entre las comunidades de AIN y las control a medio término incluyen la alimentación y la búsqueda de ayuda durante episodios de diarrea y de IRA. Con respecto a las prácticas alimentarias, la proporción de cuidadoras AIN que sostuvieron o incrementaron la alimentación durante episodios de diarrea fue similar a la proporción de cuidadoras de las comunidades de control y no se incrementó desde el valor de la tasa de línea de base. Durante episodios de IRA, no hubo diferencia entre las cuidadoras de los grupos AIN y control que suspendieron los alimentos. La proporción de cuidadoras que buscaron ayuda de una monitora o proveedor de salud para diarrea en las comunidades de AIN fue mas alta que en las comunidades control, mientras que para IRA, la proporción fue inferior en las comunidades de AIN que en las control. Pese a que estas diferencias en la proporción de cuidadoras que buscaron ayuda no fueron estadísticamente significativas, los hallazgos de búsqueda de ayuda demuestran que las monitoras de AIN son

reconocidas por sus comunidades como un recurso, especialmente para enfermedades diarreicas.

En general, los hallazgos de la encuesta de medio término muestran que el programa de AIN está siendo implementado como se esperaba, con buena cobertura entre niños menores de dos años en las comunidades que participan en el AIN y con contactos periódicos con las cuidadoras de estos niños en las sesiones mensuales de peso. La consejería específica orientada al estado nutricional y de salud del niño, ofrecida en las sesiones mensuales, y las mejoras en prácticas clave, como lactancia exclusiva para niños menores de seis meses, y la terapia de rehidratación oral para niños con enfermedades diarreicas, están siendo negociadas exitosamente.

Además de resaltar algunos de los logros del programa de AIN a la fecha, los resultados de medio término indican también algunos aspectos que deben ser fortalecidos. Uno de estos aspectos es la inscripción temprana de los niños en el programa a través de visitas a domicilio de recién nacidos. Una segunda área para enfatizar es la referencia activa de recién nacidos para vacuna con BCG, que fue la única vacuna con menor cobertura en las comunidades de AIN que en las control debido a la prevalencia más baja de nacimientos institucionales.

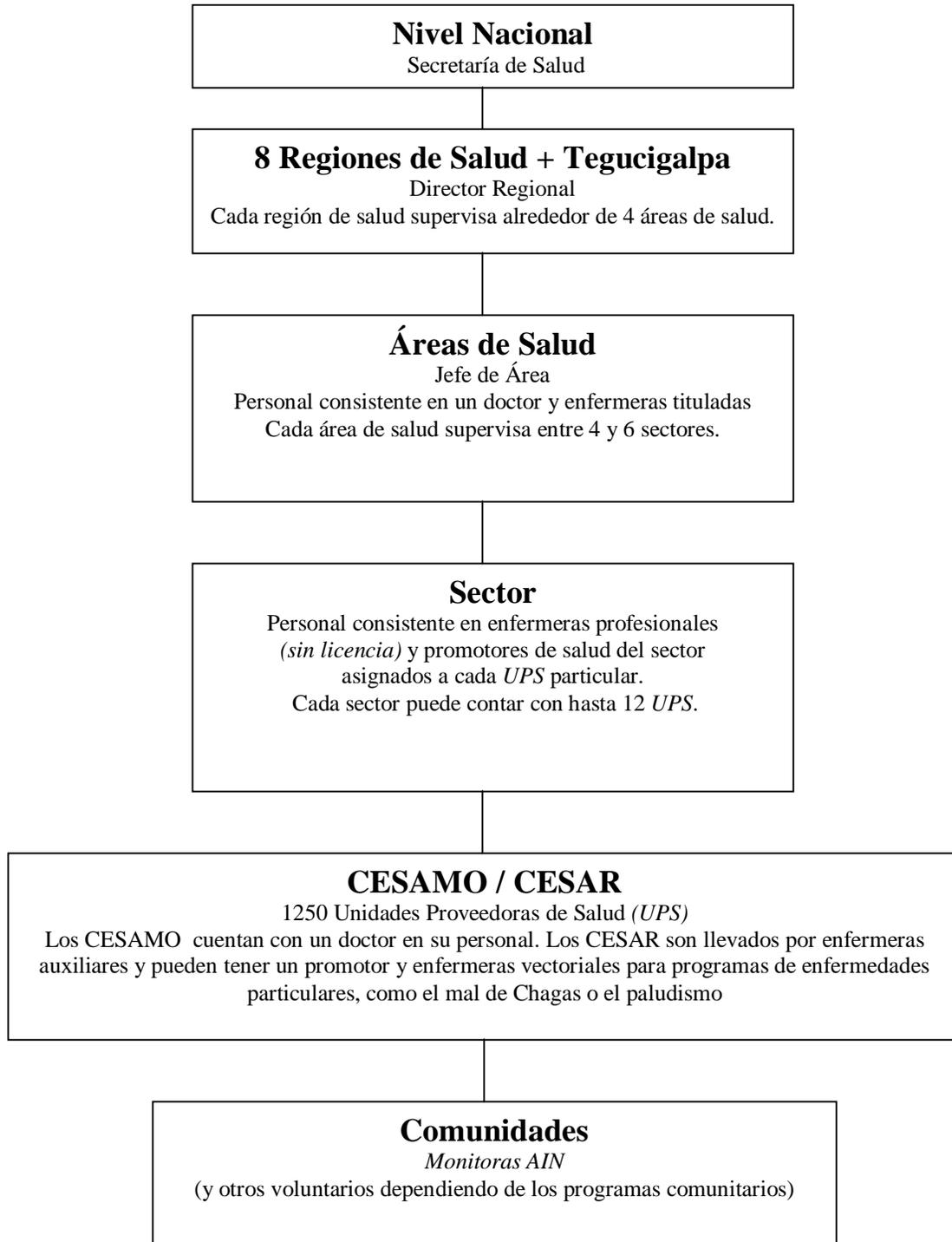
La tercera área a ser fortalecida es la concentración de la participación en sesiones mensuales de peso, dado que esto es un factor clave en el impacto potencial del programa. Es requerido un mayor seguimiento a través de visitas a domicilio para niños que no asisten a las sesiones mensuales de peso.

Un cuarto hallazgo es que el nivel de reconocimiento de las láminas de consejería es menor de lo esperado tomando en cuenta que estas herramientas fueron diseñadas para ser usadas con cada cuidadora en cada sesión de peso. El uso de tarjetas de consejería debe ser fortalecido para negociar prácticas mejoradas con las cuidadoras de forma más efectiva.

Estos hallazgos de medio término demuestran el progreso obtenido en las comunidades de AIN al comparar los datos de línea de base y medio término. Está programado recolectar los datos de la encuesta de hogares final en el 2002 para completar esta evaluación de tres partes. Además de ofrecer datos para revisar el progreso y las tendencias notados en la encuesta de medio término, la encuesta de hogares final también permitirá al programa evaluar su impacto en el mejoramiento del estado nutricional y la reducción en la duración y severidad de enfermedades en niños menores de dos años de edad.

---

## Anexo A: Organización del Sector de Salud Pública en Honduras



## Anexo B: Lista de Centros de Salud (UPS) Participantes en Evaluaciones de Línea de Base y Medio Término

UPS Participante Tanto en Línea de Base como en Medio Término	UPS No Participante en Encuesta de medio término Y Razón de Exclusión
<b>METRO AREA (SAN PEDRO SULA)</b>	
Chamalecón	Buenos Aires (< 15 niños < 2)
Rivera Hernández	
Miguel Paz Barahona	
Armenta	
<b>CHOLOMA, LIMA, ETC.</b>	
Colonia López Arellano	Choloma (< 15 niños < 2)
La Lima	Quebrada Seca (< 15 niños < 2)
Nuevo Chamalecón	Villa Nueva (< 15 niños < 2)
Dos Caminos	
Milagro	
San Isidro	
<b>PUERTO CORTES</b>	
Baracoa	Bajamar (< 15 niños < 2)
Calán	Omoa (< 15 niños < 2)
Caoba	Puerto Cortés (< 15 niños < 2)
Tegucigalpa	Paraíso (no hay programa de AIN)
Cuyamelito	
<b>SIGUATEPEQUE</b>	
Jardines	El Palmital (< 15 niños < 2)
Río Bonito	Agua Dulcita (< 15 niños < 2)
Guarajau	
Siguatepeque	
El Parnazo	
San José de Pane	
Las Delicias	
<b>SANTA CRUZ DE YOJOA</b>	
Santa Cruz de Yojoa (2 pares de UPS)	Peña Blanca (< 15 niños < 2)
San Isidro	El Llano (< 15 niños < 2)
Las Vegas	La Garroba (destruída por Huracán Mitch)
Nueva Granada	San Antonio (no hay programa de AIN)
<b>LA PAZ</b>	
San Nicolás	Playón (< 15 niños < 2)
Flores	Portillo de la Mora (< 15 niños < 2)
Lamani	Puringla (< 15 niños < 2)
San Sebastián	Tutule (< 15 niños < 2)
	La Paz (no hay programa de AIN)

## Anexo C: UPS y sus Pares de Comunidades de AIN / Control Incluidas en la Encuesta de medio término

De las 100 comunidades incluidas en la muestra de línea de base, 15 pares AIN-control no alcanzaron el criterio para su inclusión en la muestra a medio término. Dado que las comunidades de AIN y control deben ir aparejadas, si una sola de ellas no puede cumplir este criterio, ambas son excluidas del medio término. En la preparación para la encuesta, se descubrió que las previsiones originales sobre cuáles comunidades implementarían el programa AIN y cuáles no, habían cambiado. Como resultado, tres comunidades definidas como AIN en la línea de base no iniciaron nunca el programa. Estas comunidades debieron ser removidas de la muestra junto con sus pares control. El Huracán Mitch, que azotó Honduras en octubre de 1998, destruyó completamente una de las comunidades de AIN, eliminando también a su contraparte. En total, 19 pares de comunidades de AIN y control fueron eliminadas de la encuesta de medio término, dejando un total de 31 pares de comunidades disponibles para muestro para la encuesta de medio término.

Algunos otros cambios en las comunidades durante la línea de base y el medio término requirieron ajustes en el diseño de la muestra, como el caso de una comunidad designada en línea de base como “AIN” no implementó el programa, mientras su contraparte designada como control sí lo había hecho. En este caso, las comunidades fueron reclasificadas dentro de los grupos apropiados. Además, en tres casos, una Organización No Gubernamental (ONG) había iniciado un programa tipo AIN en comunidades designadas como “control” al momento de la línea de base. En estos casos, el equipo de planeación de la encuesta buscó identificar otras comunidades que sirvieran como sustitutos control, en afán de contar con estos pares en la encuesta de medio término. Finalmente, la UPS Dos Caminos y su correspondiente par de comunidades fueron reclasificados en otro departamento. La comunidad AIN siguió siendo incluida en la encuesta de medio término incluida en el área de cobertura de otro centro de salud, la UPS Venado. La siguiente tabla resume estos factores.

Áreas de Salud con su UPS	Comunidades de AIN	Comunidades Control
<b>Metro Area (San Pedro Sula)</b>		
Chamelecón	La Fortaleza	San Jorge
Rivera Hernández	Carrizal	Los Laureles
Miguel Paz Barahona	Pueblo Nuevo/La Cumbre	Aldea San Isidro
Armenta	Colonia las Brisas	Armenta
<b>Área 1: Choloma / Lima</b>		
Colonia López Arellano	Colonia las Colinas	La Unidad
La Lima	Flores de Oriente	Filadelfia
Nuevo Chamelecón	Brisas del Rosario	Villas del Río
Venado ( <i>anteriormente, en Dos Caminos</i> )	Chasnigua	El Venado
Milagro	Nueva Jerusalen / Colonia 15 de Junio	Los Angeles
San Isidro	Los Altos	San Isidro

Áreas de Salud con su UPS	Comunidades de AIN	Comunidades Control
<b>Puerto Cortes</b>		
Baracoa	Las Cruces	El Puentón
Calan	Kilometro 6	Calan
Caoba	Cedros	Paletó
Tegucigalpita	Río Chiquito	Barrio La Escuela
Cuyamelito	San Carlos	Corinto
<b>Siguetepeque</b>		
Jardines	Laguna Seca	Diviso <i>sustituto de comunidad Varsovia, usada en línea de base</i>
Río Bonito	Buena Vista	Río Bonito <i>se buscó sustituto, sin éxito</i>
Guarajau	Santa Cruz del Dulce	Lagunas <i>se buscó sustituto, sin éxito</i>
Siguetepeque	San Ignacio	El Rincón
El Parnazo	Las Pavas	Barrio Buenos Aires
San José de Pane	Guachipilín	San José de Pane
Las Delicias	Santa Rosita <i>(clasificada como control en línea de base original; reclasificada en grupo correcto para los cálculos de línea de base)</i>	Los Llanos <i>(clasificada como AIN in original Línea de base; reclasificada en grupo correcto para los cálculos de línea de base para comparación con medio término)</i>
<b>Santa Cruz de Yojoa</b>		
Santa Cruz de Yojoa	Pueblo Quemado	San Antonio
Santa Cruz de Yojoa	Achiotal	Las Marías
San Isidro	Casas Viejas	San Bartolo
Las Vegas	Lempira	Quelepa
Nueva Granada	El Tule	Santa Rita
<b>La Paz</b>		
San Nicolás	San Nicolás	Palmerola
Flores	Flores	Las Mercedes
Lamani	Barrio Juan de la C. Avelar	Los Pintores
San Sebastián	Isla Dos + Agua Salada	Barrio Arriba

## Anexo D: Muestra de Línea de Base, por Área de Salud

Área de salud	AIN		Control		Total	
	% del total	Número de viviendas en el área	% del total	Número de viviendas en el área	% del total	Número de viviendas en el área
Metro San Pedro Sula	12.4	59	13.1	61	12.8	120
Choloma/Lima	20.3	96	18.5	86	19.4	182
Puerto Cortés	16.5	78	16.6	77	16.5	155
Siguetepeque	22.2	105	22.6	105	22.4	210
Santa Cruz de Yojoa	15.8	75	16.2	75	16.0	150
La Paz	12.9	61	12.9	60	12.9	121
<b>Número total de viviendas</b>	474		464		938	

## Anexo E: Características de las Viviendas en cuanto a Agua, Sanitarios, Servicios y Comodidades Domésticas en Línea de Base

	AIN		CONTROL		TOTAL	
	%	Número de viviendas	%	Número de viviendas	%	Número de viviendas
<b>Fuente principal de agua</b>						
Llave dentro de casa	12.4	474	14.0	464	13.2	938
Llave fuera de casa, pero dentro de propiedad	63.3		63.6		63.4	
Llave fuera de propiedad < 100 m.	6.3		9.9		8.1	
Llave fuera de propiedad > 100 m.	2.3		3.7		3.0	
Fuente natural (río, lago, etc.)	10.3		2.6		6.5	
Pozo con cubo	0.8		0.2		0.5	
Pozo con bomba (eléctrica o manual)	3.4		4.5		3.9	
Agua comprada	0		1.1		0.5	
Fuente de agua protegida	0.4		0.4		0.4	
Otra	0.6		0		0.3	
<b>Tipo de agua potable</b>						
Electro purificada	4.4	473	6.7	464	5.5	937
Clorada	12.3		12.7		12.5	
Hervida	15.2		14.7		14.9	
Consumida directamente de la fuente	67.9		65.7		66.8	
Otro	0.2		0.2		0.2	
<b>Tipo de sanitario</b>						
Inodoro de descarga	9.3	474	10.3	464	9.8	938
Letrina hidráulica / letrina cubierta	30.6		35.8		33.2	
Letrina fosa simple	29.7		27.4		28.6	
Ninguno	30.2		26.1		28.1	
Otro	0.2		0.4		0.3	
<b>Número de cuartos en la vivienda<sup>†</sup></b>						
Un cuarto	22.6	474	24.4	464	23.5	938
Dos cuartos	38.2		28.7		33.5	
Tres cuartos	18.1		22.4		20.3	
Cuatro cuartos	12.0		14.7		13.3	
Cinco cuartos o más	9.1		9.9		9.5	

<b>Número de cuartos usados como dormitorios</b>						
Un cuarto	71.9	474	66.8	464	69.4	938
Dos cuartos	19.8		23.1		21.4	
Tres cuartos o más	8.2		10.1		9.2	
<b>Es usado un cuarto por separado como cocina</b>						
Sí	69.4	474	66.4	464	67.9	938
No	30.6		33.6		32.1	
<b>Tipo de combustible usado en la cocina<sup>†</sup></b>						
Leña	80.6	474	79.5	464	80.1	938
Gasolina líquida / Kerosén	11.0		9.1		10.0	
Gas propano	6.3		5.4		5.9	
Electricidad	2.1		6.0		4.1	
<b>Viviendas con los siguientes artículos</b>						
Electricidad	41.8 <sup>†††</sup>	474	60.1	464	50.9	938
Radio	74.3		75.0		74.6	
Televisión	39.7 <sup>†</sup>		46.8		43.2	
Refrigeradora	14.6		17.5		16.0	
Teléfono	0		1.9		1.0	
Vehículo automotor	7.4		5.8		6.6	
<b>Material de recubrimiento predominante en pisos</b>						
Tierra	45.1	474	41.2	464	43.2	938
Madera	1.1		1.7		1.4	
Cemento	48.1		46.8		47.4	
Ladrillo de rafón o barro	0.2		0.9		0.5	
Ladrillo mosaico (cemento)	5.5		9.5		7.5	

† p ≤ .05 (basado en prueba de Chi-Cuadrado de Pearson)  
††† p ≤ .001 (basado en prueba de Chi-Cuadrado de Pearson)

## Anexo F: Cálculo de Estado Socio Económico

Los siguientes cálculos están basados en el plan delineado en el Anexo D de la *Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar, 1996*.

<b>Variable</b>	<b>Respuestas que reciben crédito respecto al marcador ESE</b>	<b>Puntos asignados a cada respuesta afirmativa</b>
Pregunta. 1: Fuente de agua	Llave dentro de la casa <i>o</i> Llave fuera de la casa, pero en propiedad	1
Pregunta. 6: Combustible para cocinar	Electricidad <i>o</i> Combustible líquido / kerosén <i>o</i> Gas propano	1
Pregunta. 7: Tipo de servicio sanitario	Inodoro de descarga <i>o</i> Letrina hidráulica / cubierta	1
Pregunta. 8: Presencia de comodidades y aparatos seleccionados	Electricidad	1
	Vehículo	1
	Teléfono	1
	Refrigeradora	1
	Televisión	1
	Radio	1
<b>Total de puntos posible</b>		<b>9</b>
<b>Cálculo de ESE</b>	<b>Alto</b>	<b>7-9 puntos</b>
	<b>Medio</b>	<b>3-6 puntos</b>
	<b>Bajo</b>	<b>0-2 puntos</b>

## Anexo G: Características de las Personas al Cuidado

	AIN				Control			
	Línea de base		Medio término		Línea de base		Medio término	
	%	Número de viviendas						
<b>Principal Persona al Cuidado</b>								
Madre	96.6	474	95.8	596	96.3	464	94.8	572
Abuela	2.3		2.9		3.4			
Hermana	0		0.3		0			
Tía	0		0.7		0			
Otro familiar	0.4		0.2		0.2			
Otro no familiar	0.6		0.2		0			
<b>Edad de la madre</b>								
<20	18.8	458	20.3	571	15.7	447	17.7	543
20-24	29.9		29.2		34.5			
25-29	19.0		21.0		22.6			
30-34	18.3		13.3		14.5			
35-39	10.5		11.2		8.1			
40-44	3.1		4.7		4.5			
45+	0.4		0.2		0.2			
<b>Nivel educativo de la madre</b>								
Ninguno	11.8	458	11.6	571	13.2	447	10.7	543
Primaria	81.0		82.7		77.0			
Secundaria	7.2		5.6		8.9			
Universidad	0		0.2		0.9			
<b>¿La madre trabaja por una remuneración?</b>								
Sí	19.4	458	15.4	571	19.2	447	23.9	543
No	80.6		84.6		80.8			
<b>Si la madre trabaja</b>								
En casa	34.8	89	30.7	88	37.2	86	33.8	130
Fuera de casa	65.2		67.0		61.6			
Ambos	0		2.3		1.2			

¿El marido u otro compañero masculino habita comúnmente en la casa?								
Sí	84.3	458	81.4	571	82.8	447	79.3	542
No	15.7		18.6		17.2		20.7	
Total de nacimientos vivos que la entrevistada ha alumbrado								
1	19.7	458	23.8	571	23.7	447	24.7	543
2	19.7		20.1		17.2		22.8	
3	16.2		14.4		19.0		19.5	
4	12.2		12.6		14.1		10.5	
5	9.6		10.5		7.4		6.1	
6 o >	22.7		18.6		18.6		16.4	
¿Algún niño nacido vivió murió antes de alcanzar los cuatro años de edad?								
Sí	15.7	458	18.2	571	14.3	447	13.4	543
No	84.3		81.8		85.7		86.6	
Número de niños que murieron antes de alcanzar los cuatro años de edad								
1	80.6	72	76.0	104	71.9	64	82.2	73
2	9.7		14.4		17.2		9.6	
3	6.9		5.8		9.4		5.5	
4 o >	2.8		3.8		1.6		2.7	

## Anexo H: Vacunas por Antígeno y Fuente de Información en Línea de Base

Fuente de información	Comunidades de AIN									
	Proporción de niños de 12 a 23 meses que recibieron las vacunas listadas enseguida:									
	BCG	DPT			Polio			Sarampión	Niños Completamente inmunizados	Número de niños
1		2	3	1	2	3				
Sólo datos de carnet de vacunas	97.2	97.8	97.2	95.6	97.8	97.2	95.6	90.1	86.2	181
Sólo datos de memoria	100.0	95.0	95.0	70.0	90.0	85.0	80.0	65.0	45.0	20
Datos combinados de ambas fuentes	97.5	97.5	97.0	93.0	97.0	96.0	94.0	87.6	82.1	201
Vacunados a los 12 meses de edad	93.1	94.2	93.7	89.3	94.8	92.7	90.2	N/A <sup>20</sup>	N/A <sup>20</sup>	201
Fuente de información	Comunidades Control									
	Proporción de niños 12 a 23 meses que recibieron:									
	BCG	DPT			Polio			Sarampión	Niños Completamente inmunizados	Número de niños
				1	2	3	1	2	3	
Sólo datos de carnet de vacunas	96.2	97.8	96.8	94.6	98.4	96.8	95.1	86.5	81.1	185
Sólo datos de memoria	89.7	79.2	68.9	51.7	82.7	72.4	62.1	82.8	48.3	29
Datos combinados de ambas fuentes	95.3	95.3	93.0	88.8	96.3	93.5	90.7	86.0	76.6	214
Vacunados a los 12 meses de edad	92.1	94.8	90.9	80.7	95.7	91.4	81.4	N/A	N/A	214

†  $p \leq .05$  (basado en prueba de Chi-Cuadrado de Pearson)

<sup>20</sup> La vacuna contra el sarampión se da a los niños como parte de MMR a los 12 meses, por ende este cálculo no está efectuado para niños con vacuna contra el sarampión o completamente inmunizados.

## Anexo I: Actividades en Más Reciente Sesión de Monitoreo del Peso

Actividades	AIN							
	Línea de base				Medio término			
	% mencionaron actividad espontánea-mente	% mencionaron actividad por incitación	% total	Número de mujeres	% mencionaron actividad espontánea-mente	% mencionaron actividad por incitación	% total	Número de mujeres
Se pesó al niño §§	72.7	23.8	96.5	143	86.5	13.2	99.7 †††	547
Se informó a la madre el peso del niño §	12.6	67.1	79.7		22.1	70.7	92.8 †††	
Se dijo a la madre si el peso era el adecuado §	14.7	49.0	63.7		24.5	60.9	85.4	
Se discutió la lactancia §§§	6.3	37.1	43.4		15.5	53.4	68.9 †††	
Se explicó cómo alimentar al niño §§§	14.7	45.5	60.2		31.6	48.4	80.0 †††	
Si el niño estaba enfermo de diarrea o infección respiratoria, se informó a la madre cómo atenderlo §§§	4.9	30.1	35.0		9.3	54.1	63.4 †††	
Se discutió higiene §§	3.5	42.7	46.2		6.2	59.4	65.6 †††	
Se dio a la madre una referencia	0	1.4	1.4		0.5	15.9	16.4 †	
Se discutió sobre hierro					1.6	59.6	61.2 †††	
Se discutió sobre vitamina A					0.7	58.0	58.7 †††	
Se discutió planificación familiar					1.5	53.0	54.5 †	
Se discutieron vacunas					1.3	65.6	66.9 †††	

Nota: Las respuestas no se excluyen mutuamente.

Las respuestas en gris no estaban incluidas en el cuestionario de línea de base.

†  $p \leq .05$  (basado en prueba de Chi-Cuadrado de Pearson)

†††  $p \leq .001$  (basado en prueba de Chi-Cuadrado de Pearson)

§  $p \leq .05$  (basado en prueba de análisis de Regresión Logística)

§§  $p \leq .01$  (basado en prueba de análisis de Regresión Logística)

§§§  $p \leq .001$  (basado en prueba de análisis de Regresión Logística)

Actividades	Control							
	Línea de base				Medio término			
	% mencionaron actividad espontánea-mente	% mencionaron actividad por incitación	% total	Número de mujeres	% mencionaron actividad espontánea-mente	% mencionaron actividad por incitación	% total	Número de mujeres
Se pesó al niño	67.3	30.8	98.1	104	83.5	11.6	95.1	121
Se informó a la madre el peso del niño	19.2	57.7	76.9		23.1	58.7	81.8	
Se dijo a la madre si el peso era el adecuado	18.3	53.8	72.1		15.7	63.6	79.3	
Se discutió la lactancia	5.8	45.2	51.0		6.6	37.2	43.8	
Se explicó cómo alimentar al niño	14.4	49.0	63.4		15.7	35.5	51.2	
Si el niño estaba enfermo de diarrea o infección respiratoria, se informó a la madre cómo atenderlo	4.8	37.5	42.3		2.5	32.2	34.7	
Se discutió higiene	4.8	46.2	51.0		1.7	46.3	48.0	
Se dio a la madre una referencia	0	0	0		0	6.6	6.6	
Se discutió sobre hierro					2.5	28.9	31.4	
Se discutió sobre vitamina A					2.5	28.9	31.4	
Se discutió planificación familiar					2.5	38.8	41.3	
Se discutieron vacunas					6.6	51.2	57.8	

Nota: Las respuestas no se excluyen mutuamente.

Las respuestas en gris no estaban incluidas en el cuestionario de línea de base.



# Anexo K: Ejemplo de Lámina de Consejería del AIN (ambos lados)

8
6-8 meses  
CRECIMIENTO ADECUADO

**1. FELICITE A LA MADRE** porque su niño o niña está creciendo bien. **ANÍMELA** a seguirlo cuidando como hasta ahora.

---

**2. PREGUNTE A LA MADRE:**

- \* ¿Qué comió ayer su niño o niña?
- \* ¿Pecho?
- \* ¿Otros alimentos?
- \* ¿Cuántas veces al día?
- \* ¿Da sopas?
- \* ¿Utiliza pepe?

---

**3. LA MADRE DICE QUE:** **RECOMIENDE Y DISCUTA**

DOY SÓLO PECHO	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Continúe dando pecho día y noche por lo menos 6 - 8 veces.</li> <li>* Empezar a dar alimentos suaves en forma progresiva, hasta llegar a darle 3 veces al día cuando cumpla los 8 meses.</li> <li>* Dele alimentos bien deshechos como: papa o plátano cocido, arroz, tortilla, frijol molido o colado, atol de masa.</li> <li>* Puede suavizar los alimentos con leche materna.</li> </ul>
DOY PECHO MÁS OTROS ALIMENTOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Sigale dando pecho día y noche por lo menos 6 - 8 veces.</li> <li>* Prepare la comida como un puré de plátano o papa con un poco de su leche materna para suavizar.</li> <li>* Dele de comer al principio 1-2 veces por día. A los 8 meses debe recibir 3 comidas.</li> </ul>
NO DOY PECHO, DOY OTROS ALIMENTOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Dele de comer el tipo y la cantidad de comida que necesite siempre en forma de puré como papa o plátano cocido, frijol molido o colado, atol de masa.</li> <li>* Dele de comer 3 veces al día al principio aumentando a 4 veces al día cuando el niño tenga 7-8 meses.</li> </ul>
DOY SOPAS O ALIMENTOS HECHOS CON MUCHA AGUA	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Las comidas no deben ser aguadas, porque no sustentan al niño.</li> <li>* Las sopas debe prepararlas bien espesas para que le sustenten más. El alimento no está en el caldo. La sopa espesa se prepara deshaciendo el alimento que se ha cocido en ella, como frijol, papa, plátano o arroz.</li> </ul>
DOY LA LECHE U OTROS LÍQUIDOS EN PEPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Dele los líquidos al niño o niña en taza o en vaso, porque estos son más fáciles de lavar que los pepes, y hay menos peligro de enfermarse.</li> </ul>

---

**4. REALICE UN COMPROMISO CON LA MADRE:** De lo que hemos hablado diga 1 ó 2 recomendaciones que usted puede realizar en su casa para que su niño o niña crezca bien.

---

**5. RECUERDE A LA MADRE:** Lo siguiente.



AGUA



VITAMINA A  
ALIMENTOS

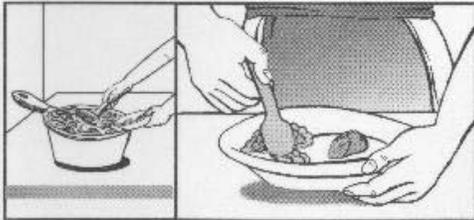


ALIMENTACIÓN  
TARDE





SOPA ESPESA



6-7 MESES



8 MESES



## Anexo L: Fuentes de Ayuda para Diarrea y Orden Consultado

AIN					
Fuente de ayuda	Primera fuente consultada (%)	Segunda fuente consultada (%)	Tercera fuente consultada (%)	Total que buscó ayuda de esta fuente (%)	Número de cuidadoras que buscaron ayuda de cualquier fuente para niños con diarrea
Amigo / vecino / familiar	15.3	4.2	0	19.5	72
Curandero	1.4	0	0	1.4	
Distribuidor de Litrosol	2.8	0	0	2.8	
<i>Monitora de AIN</i> †††	33.3	4.2	0	37.5	
CESAR †	23.6	13.9	0	37.5	
CESAMO	8.3	5.6	0	13.9	
Doctor / clínica privado	8.3	6.9	0	15.2	
Hospital	1.4	0	1.4	2.8	
Farmacia	2.8	0	0	2.8	
Otro	2.8	1.4	0	4.2	
Control					
Fuente de auxilio	Primera fuente consultada (%)	Segunda fuente consultada (%)	Tercera fuente consultada (%)	Total que buscó ayuda de esta fuente (%)	Número de cuidadoras que buscaron ayuda de cualquier fuente para niños con diarrea
Amigo / vecino / familiar	23.6	1.8	0	25.4	55
Curandero	5.5	0	1.8	7.3	
Distribuidor de Litrosol	0	0	0	0	
<i>Monitora de AIN</i>	0	0	0	0	
CESAR	32.7	1.8	0	34.5	
CESAMO	5.5	5.5	0	11.0	
Doctor / clínica privado	18.2	3.6	0	21.8	
Hospital	1.8	0	0	1.8	
Farmacia	9.1	1.8	0	10.9	
Otro	3.6	3.6	0	7.2	

†  $p \leq .05$  (basado en prueba de Chi-Cuadrado de Pearson)

†††  $p \leq .001$  (basado en prueba de Chi-Cuadrado de Pearson)

## Anexo M: Fuentes de Ayuda para IRA Orden Consultado

AIN					
Fuente de ayuda	Primera fuente consultada (%)	Segunda fuente consultada (%)	Tercera fuente consultada (%)	Total que buscó ayuda de esta fuente (%)	Número de cuidadoras que buscaron ayuda de cualquier fuente para niños con IRA
Amigo / vecino / familiar	14.3	3.6	0	17.9	56
Curandero	1.8	0	1.8	3.6	
Voluntaria de neumonía	3.6	0	0	3.6	
AIN <i>Monitora</i> †††	14.3	5.4	0	19.7	
Otra voluntaria comunitaria	1.8	0	0	1.8	
CESAR	28.6	8.9	1.8	39.3	
CESAMO	12.5	1.8	1.8	16.1	
Doctor / clínica privado	19.6	7.1	0	26.7	
Hospital	1.8	1.8	1.8	5.4	
Farmacia	1.8	0	0	1.8	
Control					
Fuente de ayuda	Primera fuente consultada (%)	Segunda fuente consultada (%)	Tercera fuente consultada (%)	Total que buscó ayuda de esta fuente (%)	Número de cuidadoras que buscaron ayuda de cualquier fuente para niños con IRA
Amigo / vecino / familiar	15.0	1.7	1.7	18.4	60 <sup>21</sup>
Curandero	0	0	0	0	
Voluntaria de neumonía	0	0	0	0	
AIN <i>Monitora</i> †††	0	0	0	0	
Otra voluntaria comunitaria	3.3	0	0	3.3	
CESAR	33.3	1.7	0	35.0	
CESAMO	20.0	6.7	0	26.7	
Doctor / clínica privado	21.7	3.3	0	25.0	
Hospital	5.0	3.3	0	8.3	
Farmacia	1.7	0	1.7	3.4	

††† p ≤ .001 (basado en prueba de Chi-Cuadrado de Pearson)

<sup>21</sup> Este valor excluye a una madre que reportó haber buscado auxilio pero no mencionó la fuente.

## Anexo N: Estado de Lactancia Actual por Edad del Niño a Medio Término

Edad en meses	AIN		Control	
	% lactancia actual	Número de niños en este rango de edad	% lactancia actual	Número de niños en este rango de edad
< 1 mes	100.0	17	100.0	26
1	100.0	28	90.9	22
2	96.0	25	96.0	25
3	90.0	30	84.2	19
4	72.7	22	93.3	30
5	85.7	28	86.4	22
6	95.8	24	82.8	29
7	83.3	24	91.4	35
8-9	83.1	59	74.2	66
10-11	72.0	75	69.4	49
12-13	86.4 <sup>††</sup>	66	63.3	60
14-15	63.8	47	63.6	44
16-17	63.0	46	58.5	41
18-19	43.3	30	54.8	42
20-21	41.2	34	17.6	34
22-23	48.8	41	28.6	28

††

p ≤ .01 (basado en prueba de Chi-Cuadrado de Pearson)

## Anexo O: Frecuencia de Lactancia Diurna, Nocturna, y por Período de 24 Horas por Diferentes Grupos de Edad en Comunidades de AIN a Medio Término

AIN							
Frecuencia durante día o noche para entrevistadas que aún amamantaban	Día (6 am a 6 pm)		Noche (6 pm a 6am)		Frecuencia durante día o noche para entrevistadas que aún amamantaban	Total para período de 24 horas	
	%	Número de mujeres	%	Número de mujeres		%	Número de mujeres
<b>Para grupo de edad de 0 a 5 meses</b>							
0	1.5	136	0.7	136	0	0	136
1-2	1.5		14.7		1-4	2.9	
3-4	11.8		30.1		5-8	16.9	
5-6	21.3		12.5		9-12	19.9	
7-8	8.1		2.2		13-16	8.1	
9-10	15.4		7.4		17-20	6.6	
11-12	2.2		2.2		>20	8.8	
> 12	7.4		5.9		No recuerda / No dio frecuencia específica	36.8	
No recuerda / No dio frecuencia específica	30.8		24.3				
<b>Para grupo de edad de 6 a 8 meses</b>							
0	3.1	65	0	65	0	0	65
1-2	4.6		7.7		1-4	1.5	
3-4	7.7		38.5		5-8	13.8	
5-6	10.8		12.3		9-12	12.3	
7-8	9.2		7.7		13-16	23.1	
9-10	23.1		1.5		17-20	7.7	
11-12	7.7		3.1		>20	3.1	
> 12	4.6		3.1		No recuerda / No dio frecuencia específica	38.5	
No recuerda / No dio frecuencia específica	29.2		26.1				

Para grupo de edad de 9 a 11 meses							
0	1.2	81	1.2	81	0	0	81
1-2	6.2		12.3		1-4	3.7	
3-4	8.6		28.4		5-8	14.8	
5-6	13.6		9.9		9-12	16.0	
7-8	19.8		7.4		13-16	12.3	
9-10	8.6		6.2		17-20	3.7	
11-12	3.7		1.2		>20	4.9	
> 12	3.7		1.2		No recuerda / No dio frecuencia específica	44.6	
No recuerda / No dio frecuencia específica	34.6		32.2				
Para grupo de edad 12 a 23 meses							
0	3.1	163	0	163	0	0	163
1-2	8.0		16.0		1-4	9.8	
3-4	23.9		34.4		5-8	21.5	
5-6	20.9		16.6		9-12	19.0	
7-8	9.8		3.7		13-16	8.6	
9-10	9.8		1.8		17-20	4.3	
11-12	1.8		1.2		>20	2.5	
> 12	3.1		1.2		No recuerda / No dio frecuencia específica	34.3	
No recuerda / No dio frecuencia específica	19.6		25.1				

## Anexo P: Frecuencia de Lactancia Diurna, Nocturna, y por Período de 24 Horas para diferentes Grupos de Edad en Comunidades de control a Medio Término

Control							
Frecuencia durante día o noche para entrevistadas que aún amamantaban	Día (6 am a 6 pm)		Noche (6 pm a 6am)		Frecuencia durante día o noche para entrevistadas que aún amamantaban	Total para período de 24 horas	
	%	Número de mujeres	%	Número de mujeres		%	Número de mujeres
<b>Por grupo de edad de 0 a 5 meses</b>							
0	3.8	133	0.8	133	0	0	133
1-2	6.0		15.8		1-4	3.0	
3-4	15.8		36.1		5-8	23.3	
5-6	19.5		12.0		9-12	16.5	
7-8	12.0		3.8		13-16	11.3	
9-10	10.5		3.8		17-20	5.3	
11-12	0.8		1.5		>20	3.8	
> 12	5.3		1.5		No recuerda / No dio frecuencia específica	36.8	
No recuerda / No dio frecuencia específica	26.3		24.8				
<b>Para grupo de edad de 6 a 8 meses</b>							
0	7.9	76	0	76	0	0	76
1-2	2.6		15.8		1-4	5.3	
3-4	11.8		34.2		5-8	17.1	
5-6	25.0		13.2		9-12	19.7	
7-8	5.3		5.3		13-16	10.5	
9-10	9.2		2.6		17-20	2.6	
11-12	2.6		0		>20	3.9	
> 12	6.6		0		No recuerda / No dio frecuencia específica	40.8	
No recuerda / No dio frecuencia específica	28.9		29.0				

Por grupo de edad de 9 a 11 meses							
0	4.8	63	0	63	0	0	63
1-2	9.5		12.7		1-4	6.3	
3-4	14.3		39.7		5-8	17.5	
5-6	19.0		15.9		9-12	27.0	
7-8	11.1		6.3		13-16	11.1	
9-10	11.1		3.2		17-20	6.3	
11-12	6.3		1.6		>20	4.8	
> 12	1.6		3.2		No recuerda / No dio frecuencia específica	27.0	
No recuerda / No dio frecuencia específica	22.3		17.4				
Por grupo de edad de 12 a 23 meses							
0	1.6	127	0	127	0	0	127
1-2	9.4		22.8		1-4	4.7	
3-4	27.6		36.2		5-8	38.6	
5-6	27.6		14.2		9-12	19.7	
7-8	8.7		3.9		13-16	6.3	
9-10	5.5		1.6		17-20	0	
11-12	0		0		>20	3.1	
> 12	3.1		0		No recuerda / No dio frecuencia específica	27.6	
No recuerda / No dio frecuencia específica	16.5		21.3				

## Anexo Q: Lactancia y Alimentación Complementaria en Línea de Base

Edad del niño	AIN				Número de niños en este rango de edad
	% que dio sólo leche materna	% que dio leche materna y otros líquidos	% que dio leche materna y alimentos	% que sólo dio alimentos y no leche materna	
<1 mes	46.2	50.0	3.8	0	26
1 mes	33.3	66.7	0	0	21
2 meses	30.8	50.0	7.7	11.5	26
3 meses	27.3	36.4	18.2	18.2	22
4 meses	10.0	45.0	35.0	10.0	20
5 meses	0	33.3	52.4	14.3	21
6-8 meses	1.6	1.6	72.6	24.2	62
9-11 meses	0	0	73.3	26.7	75
12-23 meses	0.5	0.5	57.7	41.3	201
Subtotal para niños < 4 meses	34.7	50.5	7.4	7.4	95
Subtotal para niños < 6 meses	25.7	47.1	18.4	8.8	136

Edad de los niños	Control				Número de niños en este rango de edad
	% que dio sólo leche materna	% que dio leche materna y otros líquidos	% que dio leche materna y alimentos	% que sólo dio alimentos y no leche materna	
<1 mes	58.3	41.7	0	0	12
1 mes	31.8	63.6	4.5	0	22
2 meses	42.1	52.6	0	5.3	19
3 meses	13.6	54.5	18.2	13.6	22
4 meses	6.7	46.7	20.0	26.7	15
5 meses	3.8	11.5	69.2	15.4	26
6-8 meses	0	4.7	67.2	28.1	64
9-11 meses	0	0	72.9	27.1	70
12-23 meses	0	0	54.7	45.3	214
Subtotal para niños < 4 meses	33.3	54.7	6.7	5.3	75
Subtotal para niños < 6 meses	23.3	44.0	22.4	10.3	116

## Anexo R: Marcadores Compuestos de Alimentación Infantil y Marcadores de Conocimientos

Tabla 1: Niños de 6 a 8 Meses de Edad

Componente de análisis		Preguntas para consultar en la base de datos	Descripción	Clasificación de práctica y puntos asignados		
				Óptima	Adecuada	Sub óptima
1	Práctica de lactancia	Preg. 166, 173-174	Lactancia 6 veces o más cada 24 hr.	2		
			Lactancia 1 a 5 veces cada 24 hr.		1	
			Sin lactancia			0
2	Uso de pepe	Preg. 187 #3 y Preg. 188#1	No usa un pepe para alimentar al niño	1		
3	Patrón de lactancia con alimentos complementarios	Preg. 185	Lactancia y alimentos sólidos	2		
			Sin lactancia , sólo alimentos sólidos		1	
			Lactancia y otros líquidos			0
			Sólo lactancia			0
4	Frecuencia de consumo de alimentos semi sólidos	Preg. 191	<i>Para lactancia óptima o adecuada:</i>			
			2 o más veces / día	2		
			1 veces / día		1	
			0 / día			0
			<i>Para ninguna lactancia o lactancia sub óptima:</i>			
			3 o más veces / día	2		
			2 veces / día		1	
0-1 veces / día			0			

**Tabla 2: Niños de 9 a 11 Meses de Edad**

Componente de análisis		Preguntas para consultar en la base de datos	Descripción	Clasificación de práctica y puntos asignados		
				Óptima	Adecuada	Sub óptima
1	Práctica de lactancia	Preg. 166, 173-174	Lactancia 5 veces o más cada 24 hr.	2		
			Lactancia 1 a 4 veces cada 24 hr.		1	
			Sin lactancia			0
2	Uso de pepe	Preg 187 #3 y Preg 188#1	No usa un pepe para alimentar al niño	1		
3	Patrón de lactancia con alimentos complementarios	Preg 185	Lactancia y alimentos sólidos	2		
			Sin lactancia , sólo alimentos sólidos		1	
			Lactancia y otros líquidos			0
			Sólo lactancia			0
4	Frecuencia de consumo de alimentos semi sólidos	Preg 191	<i>Para lactancia óptima o adecuada:</i>			
			3 o más veces / día	2		
			2 veces / día		1	
			0 a 1 vez / día			0
			<i>Para ninguna lactancia o lactancia sub óptima:</i>			
			4 o más veces / día	2		
			3 veces / día		1	
< 3 veces / día			0			

**Tabla 3: Niños de 12 a 23 Meses de Edad**

Componente de análisis		Preguntas para consultar en la base de datos	Descripción	Clasificación de práctica y puntos asignados		
				Óptima	Adecuada	Sub óptima
1	Práctica de lactancia	Preg. 166, 173-174	Lactancia 4 veces o más cada 24 hr.	2		
			Lactancia 1 a 3 veces cada 24 hr.		1	
			Sin lactancia			0
2	Uso de pepe	Preg 187 #3 y Preg 188#1	No usa un pepe para alimentar al niño	1		
3	Frecuencia de consumo de alimentos semi sólidos	Preg 191	<i>Para lactancia óptima o adecuada:</i>			
			4 o más veces / día	2		
			2 a 3 veces / día		1	
			0 a 1 vez / día			0
			<i>Para ninguna lactancia o lactancia sub óptima:</i>			
			5 o más veces / día	2		
			3-4 veces / día		1	
< 3 veces / día			0			

**Tabla 4: Variables de Conocimientos**

Componente de análisis	Preguntas para consultar en la base de datos	Descripción	Puntos asignados
Consciencia de lactancia materna exclusiva	Preg 183 (Sólo respuesta "6 meses")	Cuidadoras que recuerdan que se les dijo que amamantarán exclusivamente hasta los 6 meses	+ 1
Producción de leche materna	Preg. 184 sólo # A, B o C	Cuidadoras que conocen al menos 1 de estas 3 formas de estimular la producción de leche materna suficiente	+ 1
Introducción de alimentos sólidos	Preg. 194	Cuidadoras que declaran que la edad apropiada para introducir alimentos sólidos es $\geq 6$ meses	+ 1
Consistencia de primeros alimentos dados	Preg. 195, Sólo A, B y D	Cuidadoras que reportan 1 de estas 3 opciones como una forma adecuada de servir a un niño (a) sus primeros alimentos semisólidos	+ 1
Comer los mismos alimentos que la familia	Preg 197	Cuidadoras que creen que 6 a 12 meses es la edad ideal para comenzar a alimentar al niño con los mismos alimentos que el resto de la familia	+ 1
Sopa espesa	Preg 198 sólo #1	Cuidadoras que respondieron que la sopa espesa es la forma apropiada de servir sopa a un niño	+ 1
Preparación de la sopa	Preg 201 sólo #A o B	Cuidadoras que reportaron alguna de estas dos opciones para preparar sopa espesa	+ 1
Cantidad que un niño de dos años puede comer	Preg 205	Cuidadoras que creen que un niño de 2 años de edad puede comer la mitad de lo que come un adulto al día	+ 1
Mejora del apetito	Preg 207 sólo #A, B, C o D	Cuidadoras que están conscientes de alguna de estas 4 opciones para mejorar el apetito de un niño	+ 1
Máxima puntuación posible de conocimiento:			9

---

## **Anexo S: Cuestionario de la Encuesta de Hogares de Medio Término**

**SECRETARIA DE  
SALUD**

**BASICS II  
USAID**

***ENCUESTA DE LA EVALUACION DE  
MEDIO TERMINO DEL MODELO  
DE ATENCION INTEGRAL A LA NIÑEZ  
(AIN)***

**HONDURAS, C.A.**

**SEPTIEMBRE, 2000**

# DATOS DE LA VIVIENDA Y LA COMUNIDAD

## I. IDENTIFICACION DE LA VIVIENDA

NUMERO DE CUESTIONARIO: \_\_\_\_ \_

DEPARTAMENTO: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_ \_)

MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_ \_)

GRUPO:                    1. Intervención (Programa AIN)  
                              2. Control

ESTRATO:                1. Urbano  
                              2. Mixto  
                              3. Rural

PARTICIPACION EN LA LINEA DE BASE:  
                              1. Sí ---- Código de línea de base: \_\_\_\_ \_  
                              2. No

REGION DE SALUD: \_\_\_\_ \_

AREA: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_ \_)

UPS: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_ \_)

COMUNIDAD: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_ \_)

VIVIENDA No. \_\_\_\_ \_

Nombre del jefe de la familia \_\_\_\_\_  
(con el que lo conocen en la comunidad)

Dirección de la vivienda: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre de un vecino informante: \_\_\_\_\_  
(con el que lo conocen en la comunidad)

Fecha de la entrevista: \_\_\_\_ \_ / \_\_\_\_ \_ / 2000    Hora de \_\_\_\_ : \_\_\_\_ \_  
                                  día        mes        año        inicio    hora       minutos

Nombre de la encuestadora: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_ \_)

**ENCUESTADORA: “Estamos realizando una encuesta sobre la salud de los niños menores de 2 años. Los datos que nos proporcionen son confidenciales y sirven al Ministerio de Salud para mejorar la calidad de la atención que presta en sus centros de salud. Esperamos contar con su colaboración.”**

## **II. DATOS DE LA VIVIENDA Y SUS RESIDENTES**

**ENCUESTADORA: “VAMOS A EMPEZAR HABLANDO DE LA CASA DONDE UDS. VIVEN.”**

1. ¿De donde obtienen principalmente el agua en esta vivienda?

1. Llave dentro de la vivienda
2. Llave fuera de la vivienda pero dentro de la propiedad
3. Llave fuera de la propiedad a menos de 100 metros
4. Llave fuera de la propiedad a 100 metros o más
5. Fuente natural: río, quebrada, nacimiento, vertiente, lago
6. Pozo malacate (sin bomba)
7. Pozo con bomba (eléctrica o manual)
8. La compran / carro cisterna
9. Fuente de agua protegida
88. Otro \_\_\_\_\_

Especifique

2. ¿El agua que toman principalmente en esta vivienda es electropura, la cloran, la hierven o la toman tal como viene de la fuente abastecedora?

1. Electropura
2. La cloran
3. La hierven
4. La toman como viene de la fuente
5. Otro \_\_\_\_\_

Especifique

3. ¿Cuántos cuartos tiene la vivienda?

\_\_\_\_\_ No. de cuartos

4. ¿Cuántos de estos cuartos utilizan como dormitorios?

\_\_\_\_\_ No. de cuartos para dormitorio

5. ¿Tienen un cuarto aparte para la cocina?

1. Sí
2. No

6. ¿Qué clase de combustible utilizan para cocinar?

1. Leña
2. Gas líquido / kerosén
3. Gas propano
4. Electricidad
5. Otro \_\_\_\_\_

Especifique

7. ¿Qué clase de servicio sanitario tiene esta vivienda?

1. Inodoro lavable
2. Letrina hidráulica / taza campesina
3. Letrina fosa simple
4. No tiene / al aire libre
5. Otro \_\_\_\_\_

Especifique

8. En esta vivienda hay ..... (LEER CADA UNA)

	Sí	No
A. Luz eléctrica	1	2
B. Radio	1	2
C. Televisión	1	2
D. Refrigeradora	1	2
E. Teléfono	1	2
F. Vehículo automotor	1	2
G. Otro _____		

Especifique

9. ¿Cuál es el material predominante en el piso de esta vivienda?

1. Tierra
2. Madera
3. Plancha de cemento
4. Ladrillo de rafón o de barro
5. Ladrillo mosaico (cemento)
6. Otro \_\_\_\_\_

Especifique

10. ¿Desde aquí de su casa cuánto se tarda en llegar hasta el centro de salud / hospital o médico que Ud. visita por el medio usual de transporte?

1. Menos de media hora
2. De media hora a menos de 1 hora
3. 1 a < 2 horas
4. 2 a < 3 horas
5. 3 horas o más
6. No visita servicios de salud----- PASE A 12
7. Otro \_\_\_\_\_

Especifique

11. ¿Cuánto gasta aproximadamente en transporte y comida para ir al centro de salud / hospital o médico que usted visita?

\_\_\_\_\_ Lps.

000.00 = No implica ningún gasto.

998 = 998 o más

999 = no sabe/ no recuerda

12. ¿Cuántas personas residen habitualmente en esta vivienda?

**(Excluye visitantes y no olvide incluir los niños y niñas pequeños(as) y personas de edad avanzada)**

1. Total \_\_\_\_\_
2. Varones \_\_\_\_\_
3. Mujeres \_\_\_\_\_

13. Del total de varones  
cuántos son:

De 0 a < 12 meses \_\_\_\_\_

De 12 a < 24 meses \_\_\_\_\_

De 2 a < 3 años \_\_\_\_\_

De 3 a < 5 años \_\_\_\_\_

De 5 a 18 años \_\_\_\_\_

Mayores de 18 años \_\_\_\_\_

Del total de mujeres  
cuántas son:

De 0 a < 12 meses \_\_\_\_\_

De 12 a < 24 meses \_\_\_\_\_

De 2 a < 3 años \_\_\_\_\_

De 3 a < 5 años \_\_\_\_\_

De 5 a 18 años \_\_\_\_\_

Mayores de 18 años \_\_\_\_\_

14. Liste los nombres y la fecha de nacimiento de los niños menores de 2 años de edad que residen en esta vivienda, empezando por el menor de edad.

No. de Orden	Nombre del niño	Sexo		Fecha de nacimiento			Edad meses cumplidos	Se pudo confirmar la fecha con algo escrito	
		M	F	día	mes	año		Sí	No
1.	_____	1	2	_____	_____	_____	_____	1	2
	(niño índice)								
2.	_____	1	2	_____	_____	_____	_____	1	2
3.	_____	1	2	_____	_____	_____	_____	1	2
4.	_____	1	2	_____	_____	_____	_____	1	2

15. Liste los nombres y la fecha de nacimiento de los niños de 2 a menos de 4 años de edad que residen en esta vivienda, empezando por el menor de edad.

No. de Orden	Nombre del niño	Sexo		Fecha de nacimiento			Edad meses cumplidos	Se pudo confirmar la fecha con algo escrito	
		M	F	día	mes	año		Sí	No
1.	_____	1	2	_____	_____	_____	_____	1	2
2.	_____	1	2	_____	_____	_____	_____	1	2
3.	_____	1	2	_____	_____	_____	_____	1	2
4.	_____	1	2	_____	_____	_____	_____	1	2

### III. DATOS SOBRE PARTICIPACIÓN EN PROGRAMAS DE ASISTENCIA SOCIAL

16. ¿Sabe Ud. si en esta comunidad hay..... (LEER)

A.	Bono Materno infantil	1	2
B.	Comedor / lactario comunal	1	2
C.	Visión Mundial	1	2
D.	CARE	1	2
E.	Aldea Global	1	2
F.	Programa AIN (de peso del niño)	1	2
G.	Otro _____	1	2
	Especifique		

17. Está inscrito o participa \_\_\_\_\_ (nombre del niño índice) en ....  
**(LEER PROGRAMAS DE LA PREGUNTA 16)**

	SÍ	No
A. Bono Materno infantil	1	2
B. Comedor / lactario comunal	1	2
C. Visión Mundial	1	2
D. CARE	1	2
E. Aldea Global	1	2
F. Programa AIN (de peso del niño)	1	2
G. Otro _____	<i>I</i>	<i>2</i>
Especifique		

18. ¿Pertenece usted y / u otro miembro de su familia a algún grupo organizado de la comunidad?

	MADRE	OTRO MIEMBRO DE LA FAMILIA
A. Sí → <b>¿Quién(es)?</b>	1	2
B. No ----- PASE A 21		

19. ¿A cuál grupo?

	MADRE	OTRO MIEMBRO DE LA FAMILIA
A. Bono Materno infantil	1	2
B. Comedor / lactario comunal	1	2
C. Visión Mundial	1	2
D. CARE	1	2
E. Aldea Global	1	2
F. Programa AIN (de peso del niño)	1	2
G. Otro _____	1	2
Especifique		

20. ¿Participa Ud. en las actividades que realiza el grupo?

1. Sí
2. No

21. ¿Sabe Ud. si hay alguna persona encargada de pesar a los niños cada mes en esta comunidad?

1. Sí
2. No ----- PASE AL CUESTIONARIO DEL NINO

22. ¿Cómo se llama esta persona? \_\_\_\_\_  
(ENCUESTADORA: PUEDEN HABER VARIAS PERSONAS)

23. ¿Para qué programa trabaja? (LEER OPCIONES EN CASO NECESARIO)

1. Monitora de AIN
2. Personal de Aldea Global
3. CESAR
4. CESAMO
5. Otro \_\_\_\_\_

Especifique

**ENCUESTADORA: PROFUNDICE SI ES UNA COMUNIDAD DEL PROGRAMA DE AIN Y EL NOMBRE NO CORRESPONDE AL LISTADO PROVEIDO. DEBE QUEDAR CLARO QUE LAS PREGUNTAS A CONTINUACION SE TRATAN DE ESA PERSONA Y QUE ES LA MONITORA DE AIN.**

**LAS PREGUNTAS #24-#27 SE APLICAN UNICAMENTE A COMUNIDADES DE AIN. SI LA COMUNIDAD ES DEL GRUPO “CONTROL”, PASE AL CUESTIONARIO INDIVIDUAL DEL NIÑO.**

24. ¿Ha asistido Ud. a alguna reunión comunitaria organizada por la monitora de AIN ?

1. Sí
2. No ----- PASE A 26

25. ¿Recuerda Ud. de qué les hablaron en esa reunión?

	MENCIONO	NO MENCIONO
A. Salud de los niños	1	2
B. Crecimiento de los niños de la comunidad	1	2
C. Asistencia a las sesiones de peso	1	2
D. Trabajo comunitario para mejorar condiciones	1	2
E. Otro _____	1	2
Especifique		
F. No sabe / no recuerda	1	2

26. ¿Ha participado Ud. en alguna actividad / trabajo comunitario organizado por AIN?

1. Sí
2. No ----- PASE AL CUESTIONARIO INDIVIDUAL DEL NIÑO

27. ¿Cuál? \_\_\_\_\_ ( \_ \_ )  
Especifique

**ENCUESTADORA: A CONTINUACION PROCEDA A LLENARLE UN “CUESTIONARIO INDIVIDUAL” AL NIÑO INDICE.**

# CUESTIONARIO INDIVIDUAL DEL NIÑO

## IDENTIFICACION DE LA VIVIENDA

NUMERO DE CUESTIONARIO: \_\_\_\_ \_

UPS: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_ \_)

COMUNIDAD: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_ \_)

VIVIENDA No. \_\_\_\_ \_

Nombre del jefe de la familia \_\_\_\_\_  
(con el que lo conocen en la comunidad)

Nombre del niño índice: \_\_\_\_\_ No. de Orden (\_\_\_\_) \_\_\_\_ \_  
Edad en meses  
cumplidos

**I. CARACTERISTICAS DE LA MADRE, O EN SU DEFECTO, DE LA MUJER QUE PRINCIPALMENTE CUIDA AL NIÑO**

1. ¿Quién cuida principalmente a: \_\_\_\_\_?  
(nombre del niño índice)

1. La madre
2. Abuela
3. Hermana
4. Tía
5. Otro pariente
6. Otro no pariente

Nombre de la persona que principalmente cuida al niño: \_\_\_\_\_

ENCUESTADORA: SI ES LA MADRE LA PERSONA QUE PRINCIPALMENTE CUIDA AL NIÑO CONTINÚE Y SOLO EN EL CASO DE QUE ÉSTA NO PARTICIPE EN EL CUIDADO DEL NIÑO, PASE A PREGUNTA 12.

2. ¿Cuántos años cumplidos tiene Ud.?

\_\_\_ \_\_\_ Años

3. ¿Tiene marido o compañero que viva habitualmente aquí en su casa?

1. Sí
2. No

4. ¿En total cuántos hijos nacidos vivos ha tenido?

\_\_\_\_\_ No. de hijos.

5. ¿Se le ha muerto algún hijo nacido vivo antes de cumplir los cuatro años de edad?

1. Sí
2. No -----PASE A PREGUNTA 7

6. ¿Cuántos de sus hijos nacidos vivos se le han muerto antes de cumplir los cuatro años?

\_\_\_\_\_ HNV fallecidos

7. ¿Cuál fue el grado o año más alto que usted aprobó en la escuela, colegio o universidad? (ENCUESTADORA: ENCIERRE CON UN CÍRCULO EL ÚLTIMO GRADO)

A							B
1. Ninguno							0
2. Primaria	1	2	3	4	5	6	
3. Secundaria	1	2	3	4	5	6	
4. Universidad/superior	1	2	3	4	5	6	7 0 más

Anote el código correspondiente:    \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_
  
  A            B

8. ¿Realiza o hace Ud. algún trabajo o actividad por el cual recibe pago en dinero o en otra forma?

1. Sí
2. No -----PASE A CAPITULO II.

9. Este trabajo lo realiza:

1. En casa -----PASE A PREGUNTA 11
2. Fuera de casa
3. Ambas situaciones

10. ¿Por razones de su trabajo cuántas horas pasa diariamente fuera de casa?

\_\_\_\_\_ Horas

11. ¿Qué clase de trabajo realiza?

1. Trabajadora / obrera de maquila
2. Costurera de ropa (trabaja por su cuenta, no en maquila)
3. Artesana
4. Oficios domésticos / Aseadora
5. Elabora / vende de comida
6. Pequeña comerciante (pulpería u otro)
7. Trabajadora agrícola
8. Lavadora / planchadora de ropa
9. Profesional nivel medio (promotora de salud, maestra primaria, enfermera auxiliar, etc)
10. Profesional nivel universitario (médica, ingeniera, enfermera graduada, etc.)
11. Otro \_\_\_\_\_

Especifique

**ENCUESTADORA: SI LA MADRE PASA ALGUN TIEMPO FUERA DE LA CASA Y RECIBE AYUDA PARA EL CUIDADO DEL NIÑO FORMULE LAS PREGUNTAS 12 A 14 A LA PERSONA QUE MAS LE AYUDA EN EL CUIDADO DEL NIÑO; SI NO ES EL CASO PASE A CAPITULO II.**

12. ¿Cuántos años cumplidos tiene Ud.?

\_\_\_ \_\_\_ Años

13. ¿Cuál fue el grado año más alto que usted aprobó en la escuela, colegio o universidad? (Encierre con un círculo el último grado)

A	B
1. Ninguno	0
2. Primaria	1 2 3 4 5 6
3. Secundaria	1 2 3 4 5 6
4. Universidad/superior	1 2 3 4 5 6 7 0 más

Anote el código correspondiente: \_\_\_\_\_  
A B

14. ¿Cuál es su relación o parentesco con \_\_\_\_\_?  
(Nombre del niño)

1. Abuela
2. Hermana
3. Tía
4. Otro pariente
5. Otro no pariente

## II. ATENCIÓN DEL PARTO Y CUIDADO POSTPARTO

15. ¿En qué lugar tuvo el parto de \_\_\_\_\_?  
(Nombre del niño)
1. En casa (sin asistencia especializada)
  2. Con partera
  3. En casa con médico / enfermera
  4. CESAR / CESAMO
  5. Hospital / clínica privada
  8. Otro
  9. No sabe / no recuerda
16. ¿Cree que su niño nació pequeño, normal, grande?
1. Pequeño
  2. Normal
  3. Grande
  9. No sabe
17. ¿Le pesaron el niño al nacer?
1. Sí
  2. No -----PASE A PREGUNTA 19
  9. No sabe, no recuerda ----- PASE A PREGUNTA 19
18. ¿Cuánto pesó?
1. Libras \_\_\_\_ Onzas \_\_\_\_ o Gramos \_\_\_\_  
99 = NS/NR
19. ¿Tiene el carnet de vacunación y/o tarjeta del niño? ¿Me los podría mostrar?
1. Mostró ambos
  2. Mostró sólo el carnet
  3. Mostró la tarjeta
  4. No mostró ninguno -----PASE A 21
20. ENCUESTADORA: ¿Está anotado en el carnet o tarjeta el peso del niño al nacer?
1. Sí ----- Verifique el peso del niño al nacer (Vea 18).
  2. No

21. ¿Después del parto, alguien de la comunidad la visitó para comprobar que Ud. y su niño estaban sanos?

1. Sí
2. No ----- PASE A CAPITULO III
9. No sabe / no recuerda - PASE A CAPITULO III

22. ¿Quién la visitó después del parto?

1. Monitora de AIN
2. Partera
3. Personal del CESAR / CESAMO
4. Médico / enfermera (privado)
5. Personal del hospital / clínica privada
6. Otro: \_\_\_\_\_  
Especifique

**ENCUESTADORA: SI NO MENCIONO LA MONITORA DE AIN O LA PARTERA, PASE A CAPITULO III.**

23. ¿Cuándo la visitó?

	MONITORA	PARTERA
A. En la 1a semana después del parto	1	2
B. En la 2a semana después del parto	1	2
C. Dentro de la segunda quincena	1	2
D. Después del primer mes	1	2

24. ¿Qué hizo esa persona?

	MENCIONO MONITORA	MENCIONO PARTERA
A. Hizo un examen físico a la madre	1	2
B. Le hizo un examen físico al niño	1	2
C. Registró al niño en el programa de AIN	1	2
D. Le dió tarjeta para el niño	1	2
E. Le dió carnet de vacunas del niño	1	2
F. Le pidió llevar al niño a las reuniones mensuales de AIN para pesarlo	1	2
G. Se lo refirieron a nivel superior	1	2
H. Otro _____ Especifique	1	2

### III. VACUNACIONES

ENCUESTADORA: REVISE EL CARNET O TARJETA DE VACUNA Y ANOTE EL NÚMERO DE DOSIS DE CADA VACUNA Y FECHAS DE ADMINISTRACIÓN. “TOTAL” SE REFIERE AL TOTAL DE DOSIS ADMINISTRADAS QUE APARECEN EN EL CARNET. **SI NO TIENE CARNET, PASE A PREGUNTA 33**

	Primera dosis	Segunda dosis	Tercera dosis	Total
25. Polio	___/___/___ día mes año	___/___/___ día mes año	___/___/___ día mes año	_____
26. DPT	___/___/___ día mes año	___/___/___ día mes año	___/___/___ día mes año	_____
27. Sarampión (SRP)	___/___/___ día mes año			_____
28. BCG	___/___/___ día mes año			_____

29. ENCUESTADORA: Si el niño ya cumplió los 4 meses de edad revise en la tarjeta si tiene anotado la aplicación de hierro. **(SI TIENE MENOS DE 4 MESES, PASE A 43)**

1. Sí tiene anotado
2. No tiene anotado -----PASE A 31

30. ENCUESTADORA: Anote cuántas veces aparece que le han aplicado hierro.

\_\_\_ Veces

Fecha de última dosis:      \_\_\_ \_\_\_      \_\_\_ \_\_\_      \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_  
   día            mes                            año

Fecha de penúltima dosis:      \_\_\_ \_\_\_      \_\_\_ \_\_\_      \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_  
   día            mes                            año

Fecha de antepenúltima dosis:      \_\_\_ \_\_\_      \_\_\_ \_\_\_      \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_  
   día            mes                            año

31. ENCUESTADORA: Si el niño ya cumplió los 6 meses revise en el carnet si tiene anotado la aplicación de la vitamina "A". (**SI TIENE MENOS DE 6 MESES, PASE A 43**)

1. Sí tiene anotado
2. No tiene anotado -----PASE A 43

32. ENCUESTADORA: Anote cuántas veces aparece que le han aplicado vitamina "A".

\_\_\_ \_\_\_ Veces

Fecha de última dosis:	___ ___ día	___ ___ mes	___ ___ ___ año
Fecha de penúltima dosis:	___ ___ día	___ ___ mes	___ ___ ___ año
Fecha de antepenúltima dosis:	___ ___ día	___ ___ mes	___ ___ ___ año

**ENCUESTADORA: PASE A 43**

---

**ENCUESTADORA: INFORMACION SI NO TIENE CARNET**

33. ¿Le aplicaron la vacuna de BCG contra la tuberculosis (la inyectada en el brazo)?

1. Sí
2. No
9. No recuerda / no sabe

34. ¿Cuántas dosis de DPT le han aplicado al niño (la inyectada en la nalga)?

\_\_\_\_\_ Dosis  
9 = No recuerda / no sabe

35. ¿Cuántas dosis de polio (gotas en la boca) le han aplicado al niño?

\_\_\_\_\_ Dosis  
9 = No recuerda / no sabe

36. ¿Cuántas dosis contra el sarampión / SRP le han aplicado al niño? (aplicada al cumplir un año).

\_\_\_\_\_ Dosis  
9 = No recuerda / no sabe



#### IV. CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

44. ¿Después de nacer \_\_\_\_\_ (nombre del niño) lo llevó al médico, centro de salud o la visitó la monitora de AIN (monitora de peso) para un control?

1. Sí
2. No ----- PASE A 48
9. No sabe, no recuerda ----- PASE A 48

45. ¿Cuántos días tenía cuando lo llevó al médico, centro de salud o visitó la monitora de AIN por primera vez?

\_\_\_ \_\_\_ días

99 = No sabe o no recuerda

77 = Más de 60 días

46. ¿Adónde lo llevó?

1. Hospital del Ministerio de Salud Publica
2. Hospital del IHSS
3. Hospital / médico / clínica privada
4. CESAMO
5. CESAR
6. Monitora de AIN
7. Otro \_\_\_\_\_

Especifique

47. ¿Por qué lo llevó?

1. Estaba enfermo
2. Niño sano (control de crecimiento y desarrollo)
3. Vacunas
4. Otro \_\_\_\_\_

Especifique

48. ¿Cree que su niño está creciendo bien?

1. Sí
2. No ----- PASE A 50
9. No sabe ----- PASE A 50

49. ¿Qué le indica que está creciendo bien?

	MENCIONO	NO MENCIONO
A. No se enferma / está sano	1	2
B. Come bien	1	2
C. Está creciendo	1	2
D. Aumenta peso	1	2
E. Duerme bien / juega	1	2
F. Otros _____	1	2
Especifique		

50. ¿Qué le indica / indicaría a usted que su niño no está creciendo bien?

	MENCIONO	NO MENCIONO
A. No come	1	2
B. Enfermizo	1	2
C. Desnutrido	1	2
D. Delgado / bajo peso	1	2
E. Decaído	1	2
F. No aumentó peso adecuadamente	1	2
G. Otros _____	1	2
Especifique		

51. ¿Tiene actualmente a \_\_\_\_\_ (nombre del niño) en control de crecimiento y desarrollo (control de peso) ?

1. Sí ----- PASE A 53
2. No

52. ¿Por qué no?

	MENCIONO	NO MENCIONO
A. Descuido	1	2
B. No tiene tiempo	1	2
C. No lo atienden bien	1	2
D. No lo necesita	1	2
E. Otros _____	1	2
Especifique		

**ENCUESTADORA: SI NO LO TIENE EN CONTROL PASE A PREGUNTA 63**

53. ¿Con quién / dónde lo tiene en control / sesiones de peso ?

1. Monitora de AIN
  2. CESAR
  3. CESAMO
  4. Otro \_\_\_\_\_
- Especifique

54. ¿Qué edad tenía el niño cuando empezó a llevarlo al control / sesiones de peso?

\_\_\_\_\_ Meses

99 – No sabe / no recuerda

55. ¿En los últimos tres meses cuántas veces ha llevado a \_\_\_\_\_(nombre del niño) al control de peso / a las sesiones de peso ?

\_\_\_\_\_ Veces

9 – No sabe / no recuerda

56. ¿Durante el último control, qué le hicieron al niño y qué explicaciones o recomendaciones le dieron a usted?

	MENCIONO ESPONTANEO	MENCIONÓ CON AYUDA	NO MENCIONÓ
A. Pesaron al niño	1	2	3
B. Le dijeron cuanto pesó	1	2	3
C. Le dijeron si el peso era adecuado	1	2	3
D. Le hablaron sobre lactancia	1	2	3
E. Le explicaron como alimentar al niño	1	2	3
F. Si estaba enfermo por diarrea o estaba mal del pecho le dijeron como tratarlo	1	2	3
G. Le hablaron sobre higiene	1	2	3
H. Le dieron una cita o la visitaron para ver como seguía	1	2	3
I. Lo refirieron	1	2	3
J. Le hablaron sobre hierro	1	2	3
K. Le hablaron sobre vitamina A	1	2	3
L. Le hablaron sobre planificación familiar	1	2	3
M. Le hablaron sobre vacunas	1	2	3
N. Revisó la tarjeta del niño o el carnet de vacunas	1	2	3
O. Otro _____ Especifique	1	2	3

57. ¿Ha recibido Ud. una visita en su casa de la persona encargada del control de crecimiento / control de peso para hablarle sobre la salud de su niño?

1. Sí
2. No ----- PASE A 63

58. ¿Con qué frecuencia ha recibido una visita?

1. Sólo una vez
2. De vez en cuando
3. Casi cada mes
4. Varias veces por mes

59. ¿Cuándo fue la última visita?

1. Menos de un mes
2. De 1 mes a 2 meses
3. Más de 2 meses

60. ¿Por qué la visitó en su casa?

	MENCIONO	NO MENCIONO
1. No asistió a la reunión mensual	1	2
2. Crecimiento inadecuado	1	2
3. Niño enfermo	1	2
4. Visita por recién nacido	1	2
5. Otro _____ especifique	1	2

61. ¿Qué hizo durante esa visita?

	MENCIONO	NO MENCIONO
1. Pesó al niño	1	2
2. Le dio consejos	1	2
3. Revisó la tarjeta del niño	1	2
4. Le refirió a un centro de salud	1	2
5. Otro _____ especifique	1	2

62. ¿Qué consejos le dio?

	MENCIONO	NO MENCIONO
A. Darle vitaminas	1	2
B. Darle alimento más seguido en pequeñas cantidades	1	2
C. Darle comida más suave / espesa	1	2
D. Darle pecho más seguido	1	2
E. Darle más pecho	1	2
F. Darle más comida	1	2
G. Darle de comer más veces	1	2
H. Otro _____ Especifique	1	2

---

63. ENCUESTADORA: Pida que le muestre la tarjeta de control de crecimiento y desarrollo del niño (control de peso)

1. Se la mostraron ----- PASE A 74
2. No se la pudieron mostrar **o la tarjeta está en blanco** ----- HACER  
PREGUNTAS 64-73

64. ¿Alguna vez le han dicho a usted que su niño no está creciendo bien o que está desnutrido?

1. Sí
2. No ----- PASE A 71

65. ¿Quién le dijo?

1. Médico
2. Enfermera
3. Monitora de AIN
4. Pariente
5. Amiga / vecina
6. Otro \_\_\_\_\_  
Especifique

66. ¿Le dieron algunos consejos?

1. Sí
2. No --- PASE A 71

67. ¿Qué le aconsejaron?

68. ¿Siguió estos consejos?

ENCUESTADORA: PREGUNTE SOBRE CONSEJOS Y MARQUE LOS QUE MENCIONA. DESPUES PREGUNTE SOBRE LOS QUE SIGUIO Y MARQUE SOLO LOS CONSEJOS SEGUIDOS EN LA TERCERA COLUMNA.

	MENCIONO	NO MENCIONO	68. SIGUIO
A. Que continuara dando pecho	1	2	3
B. Que continuara dando pecho/otros alimentos	1	2	3
C. Que le diera más comida que de costumbre	1	2	3
D. Que le diera los alimentos en forma de puré	1	2	3
E. Que le diera sopas espesas	1	2	3
F. Que le diera alimentos más frecuentemente	1	2	3
G. Que no le suprima los frijoles	1	2	3
H. Le refirió al nivel superior	1	2	3
I. Otros _____	1	2	3
Especifique			

ENCUESTADORA: SI NO SIGUIO ALGUN CONSEJO, CONTINUA CON 69. SI SIGUIO TODOS, PASE A 70.

69. ¿Por qué no?

	MENCIONO	NO MENCIONO
A. No entendió los consejos	1	2
B. No estaba de acuerdo con los consejos	1	2
C. No tenía dinero	1	2
D. No tenía tiempo	1	2
E. No tenía quien le cuidara los niños / la casa	1	2
F. Otro _____	1	2
Especifique		

70. ¿Qué pasó con el niño?

	MENCIONO	NO MENCIONO
A. El niño ganó peso	1	2
B. El niño pareció más sano	1	2
C. El niño no lloró tanto	1	2
D. El niño siguió igual / no mejoró	1	2
E. El niño se puso peor	1	2
F. Otro _____	1	2
Especifique		

**ENCUESTADORA: MUESTRE LAS LÁMINAS A LA MADRE Y PREGÚNTELE:**

71. ¿Ha visto Ud. láminas de este tipo?

1. Sí
2. No ----- PASE A CAPITULO V

72. ¿Dónde las ha visto?

		MENCIONO	NO MENCIONO
A.	CESAR	1	2
B.	CESAMO	1	2
C.	Monitora de AIN	1	2
D.	Otro _____	1	2
	Especifique		

73. ¿Con qué frecuencia las ha visto? (ENCUESTADORA, MARQUE EN LA COLUMNA APROPIADA)

		MONITORA	CESAR/CESAMO
A.	Sólo una vez	1	2
B.	De vez en cuando	1	2
C.	Cada mes	1	2
D.	Otro _____	1	2
	Especifique		

**ENCUESTADORA ----- PASE A CAPITULO V**

---

**MIRANDO LA TARJETA .....**

74. ¿ENCUESTADORA, cuántas veces ha sido pesado el niño?

\_\_\_\_\_ Veces

75. ¿ENCUESTADORA, corresponde la fecha del pesaje con la edad del niño?

1. Sí
2. No

76. ¿ENCUESTADORA, cuántos meses cumplidos tenía el niño cuando le anotaron el primer peso?

\_\_\_\_\_ Meses

77. ENCUESTADORA ¿En la tarjeta hay al menos dos controles marcados?
1. Sí
  2. No ----- PASE A 80
78. ¿ENCUESTADORA, están unidos los puntos del pesaje con intervalo de uno o dos meses?
1. Sí
  2. No
79. ¿ENCUESTADORA, está marcada la tendencia con azul o rojo correctamente?
1. Sí
  2. No
80. Utilizando la gráfica en la tarjeta pida a la madre que le explique como está creciendo el niño.
1. No pudo explicar
  2. Explicó pero no precisó bien la ganancia de peso
  3. Explicó bien los tiempos de ganancia adecuada o inadecuada de peso.
  4. Solo tiene un punto marcado – PASE A 90
81. ¿ENCUESTADORA, hay en la tarjeta marcado al menos un punto donde el niño no ganó peso adecuadamente?
1. Sí
  2. No ----- PASE A 90
82. ¿ENCUESTADORA, cuántos meses tenía el niño cuando se marcó el último punto donde no ganó adecuadamente peso?
- \_\_\_ \_\_\_ Meses

**ENCUESTADORA MUÉSTRELE A LA MADRE EL ULTIMO PUNTO DONDE EL NIÑO NO GANO PESO ADECUADAMENTE Y PREGUNTE:**

83. ¿Hablaron de las posibles causas por las cuales su niño no ganó peso adecuadamente en ese punto?
1. Sí
  2. No ----- PASE A 85
  9. No recuerda ----- PASE A 85

84. ¿De qué causas hablaron?

	MENCIONO	NO MENCIONO
A. Niño descuidado	1	2
B. Niño enfermo	1	2
C. No le da suficiente comida	1	2
D. No le da suficiente pecho	1	2
E. Las comidas son muy aguadas	1	2
F. Otros _____	1	2
Especifique		

85. ¿Le dieron algunos consejos para mejorar esa situación del niño?

1. Sí
2. No ----- PASE A 90

86. ¿Qué le aconsejaron?

87. ¿Siguió estos consejos?

**ENCUESTADORA: PREGUNTE SOBRE CONSEJOS Y MARQUE LOS QUE MENCIONA. DESPUES PREGUNTE SOBRE LOS QUE SIGUIO Y MARQUE SOLO LOS CONSEJOS SEGUIDOS EN LA TERCERA COLUMNA.**

	MENCIONO	NO MENCIONO	87. SIGUIO
A. Que continuara dando pecho	1	2	3
B. Que continuara dando pecho/otros alimentos	1	2	3
C. Que le diera más comida que de costumbre	1	2	3
D. Que le diera los alimentos deshechos	1	2	3
E. Que le diera sopas espesas	1	2	3
F. Que le diera alimentos más frecuentemente	1	2	3
G. Que le diera la comida en la boca	1	2	3
H. Que pusiera atención a la cantidad consumida	1	2	3
I. Que no le suprima los frijoles	1	2	3
J. Le refirió al nivel superior	1	2	3
K. Otros _____	1	2	3

**ENCUESTADORA: SI NO SIGUIO ALGUN CONSEJO, PASE A 88.  
SI SIGUIO TODOS, PASE A 89.**

88. ¿Por qué no?

	MENCIONO	NO MENCIONO
A. No entendió los consejos	1	2
B. No estaba de acuerdo con los consejos	1	2
C. No tenía dinero	1	2
D. No tenía tiempo	1	2
E. No tenía quien le cuidara los niños / la casa	1	2
F. Otro _____	1	2
Especifique		

89. ¿Qué pasó con el niño?

	MENCIONO	NO MENCIONO
A. El niño ganó peso	1	2
B. El niño pareció más sano	1	2
C. El niño no lloró tanto	1	2
D. El niño siguió igual / no mejoró	1	2
E. El niño se puso peor	1	2
F. Otro _____	1	2
Especifique		

**ENCUESTADORA: MUESTRE LAS LÁMINAS A LA MADRE Y PREGÚNTELE:**

90. ¿Ha visto Ud. láminas de este tipo?

1. Sí
2. No ----- PASE A CAPITULO V

91. ¿Dónde las ha visto?

	MENCIONO	NO MENCIONO
1. CESAR	1	2
2. CESAMO	1	2
3. Monitora de AIN	1	2
4. Otro _____	1	2
Especifique		

92. ¿Con qué frecuencia las ha visto? (**ENCUESTADORA: MARQUE EN LA COLUMNA APROPIADA**)

	MONITORA	CESAR/CESAMO
A. Sólo una vez	1	2
B. De vez en cuando	1	2
C. Cada mes	1	2
D. Otro _____	1	2
Especifique		

**V. ENFERMEDAD DIARREICA**

93. ¿Tiene o ha tenido \_\_\_\_\_ (nombre del niño) diarrea en los últimos quince días?

- 1. Sí
- 2. No ----- PASE A 128
- 9. No sabe, no recuerda ----- PASE A 128

94. ¿Por cuántos días ha tenido / tuvo diarrea?

\_\_\_\_ Días

00 = Comenzó hoy

99 = No sabe o no recuerda

95. ¿Durante la diarrea el niño estuvo (está) / presentó (presenta)..... (**LEER**)

	Sí	No	No sabe
A. Sangre en las heces	1	2	3
B. Irritable / llorón	1	2	3
C. Ojos hundidos	1	2	3
D. No orinaba	1	2	3
E. Mucha sed	1	2	3
F. Letárgico / inconsciente	1	2	3
G. Piel arrugada y seca (pliegue cutáneo)	12	3	

96. ¿Buscó ayuda para tratar o evaluar a su niño?

- 1. Sí
- 2. No ----- PASE A 108

97. ¿A los cuántos días de haber empezado la diarrea consultó o buscó atención **por primera vez?**

\_\_\_\_\_ Días

98. ¿A quién consultó o pidió consejo para tratar o evaluar a su niño?

**(ENCUESTADORA: PREGUNTE “¿PRIMERO”, “¿SEGUNDO?”, “¿TERCERO?”**

	<b>PRIMERO</b>	<b>SEGUNDO</b>	<b>TERCERO</b>
A. Amiga / vecina / pariente	1	2	3
B. Curandero	1	2	3
C. Distribuidor de Litrosol	1	2	3
D. Monitora de AIN	1	2	3
E. CESAR	1	2	3
F. CESAMO	1	2	3
G. Médico / clínica privada	1	2	3
H. Hospital	1	2	3
I. Farmacia	1	2	3
J. Otro _____	1	2	3
Especifique			

**ENCUESTADORA:**

**EN COMUNIDADES DE AIN, SI MENCIONO LA MONITORA DE AIN PASE A 100. SI NO MENCIONO LA MONITORA DE AIN, CONTINUA CON LA 99.**

**EN COMUNIDADES DE CONTROL SI MENCIONO CESAR/CESAMO/MEDICO/ CLINICA O HOSPITAL PASE A 103 SI NO MENCIONO NINGUNO DE ESTOS PASE A 108.**

99. ¿En algún momento, consultó a la monitora de AIN?

1. Sí
2. No - ENCUESTADORA: SI MENCIONO CESAR / CESAMO / MEDICO / CLINICA O HOSPITAL PASE A 103  
- SI NO MENCIONO NINGUNO DE ESTOS, PASE A 108

100. ¿Qué recomendaciones o consejos le dió la monitora de AIN?

101. ¿Siguió estos consejos?

**ENCUESTADORA: PREGUNTE SOBRE CONSEJOS Y MARQUE LOS QUE MENCIONA. DESPUES PREGUNTE SOBRE LOS QUE SIGUIO Y MARQUE SOLO LOS CONSEJOS SEGUIDOS EN LA TERCERA COLUMNA.**

	MENCIONO	NO MENCIONO	101. SIGUIO
A. Que le diera litrosol	1	2	3
B. Que no le suspendiera el pecho	1	2	3
C. Que continuara dándole comida	1	2	3
D. Que le diera más líquidos	1	2	3
E. Le mencionaron señales de peligro	1	2	3
F. Se lo refirió a un nivel superior	1	2	3
G. Le enseñó a preparar el litrosol	1	2	3
H. Le dió una cita o la visitó para ver como seguía el niño	1	2	3
I. Otro _____ Especifique	1	2	3

**ENCUESTADORA: SI NO SIGUIO ALGUN CONSEJO, CONTINUA CON 102. SI SIGUIO TODOS, PASE A 103.**

102. ¿Por qué no?

	MENCIONO	NO MENCIONO
A. No entendió los consejos	1	2
B. No estaba de acuerdo con los consejos	1	2
C. No tenía dinero	1	2
D. No tenía tiempo	1	2
E. No tenía quien le cuidara los niños / la casa	1	2
F. Otro _____ Especifique	1	2

**ENCUESTADORA: SI NO MENCIONO CESAR/CESAMO/MEDICO/ CLINICA / HOSPITAL O FARMACIA EN LA 98, PASE A 108. SI MENCIONO ALGUNO DE ESTOS, CONTINUA CON 103.**

103. ¿Qué recomendaciones o consejos le dieron el personal del CESAR / CESAMO / médico / clínica / hospital / farmacia?

104. ¿Siguió estos consejos?

**ENCUESTADORA: PREGUNTE SOBRE CONSEJOS Y MARQUE LOS QUE MENCIONA. DESPUES PREGUNTE SOBRE LOS QUE SIGUIO Y MARQUE SOLO LOS CONSEJOS SEGUIDOS EN LA TERCERA COLUMNA.**

	MENCIONO	NO MENCIONO	104. SIGUIO
A. Que le diera litrosol	1	2	3
B. Que no le suspendiera el pecho	1	2	3
C. Que continuara dándole comida	1	2	3
D. Que le diera más líquidos	1	2	3
E. Le mencionaron señales de peligro	1	2	3
F. Se lo refirieron a un nivel superior	1	2	3
G. Le enseñaron a preparar el litrosol	1	2	3
H. Le dieron una cita o la visitaron para ver como seguía el niño	1	2	3
I. Otro _____ Especifique	1	2	3

**ENCUESTADORA: SI NO SIGUIO ALGUN CONSEJO, CONTINUA CON 105. SI SIGUIO TODOS, PASE A 106.**

105. ¿Por qué no?

	MENCIONO	NO MENCIONO
A. No entendió los consejos	1	2
B. No estaba de acuerdo con los consejos	1	2
C. No tenía dinero	1	2
D. No tenía tiempo	1	2
E. No tenía quien le cuidara los niños / la casa	1	2
F. Otro _____ Especifique	1	2

106. ¿Le recetaron algo para tratar esa diarrea?

	MONITORA	CESAR / CESAMO / OTRO
A. Sí → ¿Quién? IDENTIFIQUE:	1	2
B. No ----- PASE A 108		

107. ¿Qué le recetaron? **(NO LEER. IDENTIFIQUE DE QUIEN FUE LA RECETA: DE MONITORA DE AIN O DE ALGUNA OTRA PERSONA)**

	MENCIONO MONITORA	MENCIONO CESAR / CESAMO / OTRO
A. Pastillas	1	2
B. Jarabe / líquidos	1	2
C. Inyecciones	1	2
D. Purgantes	1	2
E. Sobada	1	2
F. Plantas medicinales	1	2
G. Antibióticos	1	2
H. Antidiarreicos	1	2
I. Suero en las venas	1	2
J. Litrosol	1	2
K. Suero casero	1	2
L. Otro _____	1	2
Especifique		

108. ¿Le dio usted algo por su cuenta?

1. Sí
2. No ----- PASE A 110

109. ¿Qué le dio? **(NO LEER LISTA. PREGUNTE: “¿ALGO MAS?”)**

	MENCIONO	NO MENCIONO
A. Litrosol	1	2
B. Te de plantas medicinales	1	2
C. Te de manzanilla	1	2
D. Te de canela	1	2
E. Agua de coco	1	2
F. Atol de arroz	1	2
G. Jugos naturales	1	2
H. Pastillas	1	2
I. Antidiarreicos	1	2
J. Otro _____	1	2
Especifique		

110. ¿Tuvo que hospitalizarlo?

1. Sí
2. No

111. ENCUESTADORA: ¿Le dio Litrosol al niño durante esta diarrea?

1. Sí ----- PASE A 113
2. No
3. No sabe que es Litrosol ----- PASE A 116

112. ¿Por qué no le dio? (**ANOTE SOLAMENTE UNA RESPUESTA**)

1. No tenía Litrosol en casa
2. No sabía que era bueno
3. No le tiene fe / no sirve / no cura
4. No me lo recetaron
5. No le gusta al niño
6. Le dio otra clase de medicina
7. No había disponible en la comunidad
8. No fue grave la diarrea / no estaba deshidratado
88. Otro \_\_\_\_\_

Especifique

**ENCUESTADORA: SI NO LE DIO LITROSOL PASE A 116**

113. ¿Cuánto tiempo después de iniciada la diarrea le empezó a dar Litrosol?

1. \_\_\_\_ \_\_\_\_ Horas
  2. \_\_\_\_ \_\_\_\_ Días
- 99 – No sabe / no recuerda

114. ¿Cuántos sobres de Litrosol le ha dado o le dio al niño para esta diarrea?

- \_\_\_\_ \_\_\_\_ Sobres
- 99 – No sabe / no recuerda

115. ¿Por cuántos días le dio Litrosol?

- \_\_\_\_ \_\_\_\_ Días
- 99 – No sabe / no recuerda

116. ¿A \_\_\_\_\_ le está dando pecho?  
(nombre del niño)

1. Sí
2. No / No sabe (en caso de que no es la madre) ----- PASE A 121

117. ¿Durante estuvo con esa diarrea le dio el pecho las mismas veces que acostumbra darle?

1. Sí ----- PASE A 119
2. No
3. No sabe ----- PASE A 119

118. ¿Le dio más veces, menos veces o dejó de darle?

1. Le dio más veces
2. Le dio menos veces
3. Dejó de darle

119. ¿Pensando en todos los que le dió a su niño durante esa diarrea, en total le dió la misma cantidad de líquidos que acostumbra darle?

1. Sí ----- PASE A 121
2. No

120. ¿Le dio más (cantidad), menos o dejó de darle líquidos?

1. Le dio más cantidad
2. Le dio menos cantidad
3. Dejó de darle líquidos

121. ¿Ya le empezó a dar otros alimentos a \_\_\_\_\_?  
(nombre del niño)

1. Sí
2. No -----PASE A 128

122. ¿Durante el niño estuvo con esa diarrea le dio la misma cantidad de alimentos que acostumbra a darle?

1. Sí ----- PASE A 124
2. No

123. ¿Le dio más cantidad, le dio menos o dejó de darle?

1. Le dio más cantidad
2. Le dio menos cantidad
3. Dejó de darle alimentos ----- PASE A 128

124. ¿Le dio de comer el mismo número de veces que acostumbra?

1. Sí ----- PASE A 126
2. No

125. ¿Le dio más veces o le dio menos veces?

1. Le dio más veces
2. Le dio menos veces

126. ¿Durante estuvo con esta diarrea le siguió dando de los mismos alimentos que de costumbre, le dio algún alimento especial, o dejó de darle algún alimento?

**(ENCUESTADORA: RESPUESTAS #2 Y #3 NO SON EXCLUYENTES.)**

1. Siguió dándole los mismos alimentos
2. Le dio algún alimento especial (Especifique: \_\_\_\_\_)
3. Dejó de darle algún alimento (Especifique: \_\_\_\_\_)

127. ¿Durante el niño estuvo con esa diarrea le siguió preparando los alimentos de la misma manera o se los preparó más desechos o molidos, o en alguna otra forma?

1. De la misma manera
2. Desechos o molidos
3. En forma de atol
4. Otro \_\_\_\_\_  
Especifique

128. ¿Cuándo su niño se sintió mejor y ya no tenía diarrea usted le dio algún trato especial en cuanto a su alimentación?

1. Trato especial
2. Trato normal ----- PASE A 130
3. Aún tiene diarrea ----- PASE A 130

129. ¿Cuál fue el trato especial que le dio al niño?

	MENCIONO	NO MENCIONO
A. Le dio más alimentos	1	2
B. Le dio alimentos especiales	1	2
C. Le daba más pecho	1	2
D. Otra cosa _____ Especifique	1	2

130. ¿Qué cosas hace usted para evitar que los niños se enfermen de diarrea?

	MENCIONO	NO MENCIONO
A. Lavarse bien las manos con agua y jabón antes de darle el pecho	1	2
B. Lavarse bien las manos con agua y jabón antes de preparar los alimentos	1	2
C. Lavarse bien las manos con agua y jabón después de ir al servicio / letrina	1	2
D. Lavarse bien las manos con agua y jabón después de cambiar el pañal del niño	1	2
E. Cocer / cocinar bien los alimentos y servirlos calientes	1	2
F. Lavarle las manos al niño antes de darle los alimentos	1	2
G. Lavarle bien las frutas	1	2
H. Darle a beber sólo agua hervida / clorada / electropura	1	2
I. Que todas las personas de la casa usen un servicio sanitario / letrina	1	2
J. Proteger / tapar los alimentos	1	2
K. Enterrar la basura	1	2
L. Otros _____ Especifique	1	2



**VI. INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS**

132. ¿En los últimos 15 días su niño (nombre) ha tenido tos o dificultad para respirar?

- 1. Sí
- 2. No ----- PASE A 161

133. ¿En los últimos 15 días el niño a presentado.....? **(LEER)**

	Sí	No
A. Respiración más rápida de lo normal (cansado)	1	2
B. Se le hundía el pecho al respirar (tiraje)	1	2
C. Ha dejado de alimentarse	1	2
D. Vomita todo lo que bebe y come	1	2
E. Ha tenido ataques o convulsiones	1	2
F. Está inconsciente o le cuesta despertarse	1	2
G. Hace ruidos raros al respirar	1	2

134. ¿Buscó ayuda para tratar o evaluar a su niño?

- 1. Sí
- 2. No ----- PASE A 146

135. ¿A los cuántos días de haber empezado esta enfermedad al niño, consultó o le buscó atención **por primera vez** ?

\_\_\_\_\_ Días

136. ¿A quién consultó o pidió consejo para tratar o evaluar a su niño?

**ENCUESTADORA: PREGUNTE “¿PRIMERO”, “¿SEGUNDO?”, “¿TERCERO?”**

	PRIMERO	SEGUNDO	TERCERO
A. Amiga / vecina / pariente	1	2	3
B. Curandero	1	2	3
C. Voluntario de neumonía	1	2	3
D. Monitora de AIN	1	2	3
E. Otro voluntario de la comunidad	1	2	3
F. CESAR	1	2	3
G. CESAMO	1	2	3
H. Médico / clínica privada	1	2	3
I. Hospital	1	2	3
J. Farmacia	1	2	3
K. Otro _____	1	2	3

Especifique

**ENCUESTADORA:**

**EN COMUNIDADES DE AIN, SI MENCIONO LA MONITORA DE AIN PASE A 138. SI NO MENCIONO LA MONITORA DE AIN, CONTINUA CON LA 137.**

**EN COMUNIDADES DE CONTROL SI MENCIONO CESAR/CESAMO/ MEDICO/ CLINICA /HOSPITAL O FARMACIA PASE A 141. SI NO MENCIONO NINGUNO DE ESTOS PASE A 146.**

137. ¿En algún momento, consultó a la monitora de AIN?

1. Sí
2. No - ENCUESTADORA: SI MENCIONO CESAR / CESAMO / MEDICO / CLINICA / HOSPITAL /FARMACIA PASE A 141  
- SI NO MENCIONO NINGUNO DE ESTOS, PASE A 146

138. ¿Qué recomendaciones o consejos le dio el voluntario de neumonía o la monitora de AIN?

139. ¿Siguió estos consejos?

**ENCUESTADORA: PREGUNTE SOBRE CONSEJOS Y MARQUE LOS QUE MENCIONA. DESPUES PREGUNTE SOBRE LOS QUE SIGUIO Y MARQUE SOLO LOS CONSEJOS SEGUIDOS EN LA TERCERA COLUMNA.**

		NO	139.	
	MENCIONO	MENCIONO	SIGUIO	
A.	Que le limpiara la nariz para que respire mejor	1	2	3
B.	Que le pusiera gotas de agua de manzanilla en la nariz	1	2	3
C.	Que le bajara la fiebre con paños húmedos	1	2	3
D.	Que le diera pecho más seguido/más líquido	1	2	3
E.	Que le diera antibióticos	1	2	3
F.	Que le diera aspirinas / antifebriles	1	2	3
G.	Que le continuara dando la alimentación acostumbrada	1	2	3
H.	Le explicó sobre señales de peligro	1	2	3
I.	Le dio una cita o la visitó para ver como seguía el niño	1	2	3
J.	Se lo refirió a un nivel superior	1	2	3
K.	Le dio algo para suavizar / calmar la irritación en la garganta	1	2	3
L.	Otro _____ Especifique	1	2	3

**ENCUESTADORA: SI NO SIGUIO ALGUN CONSEJO, CONTINUA CON 140.  
SI SIGUIO TODOS, PASE A 141.**

140. ¿Por qué no?

		MENCIONO	NO MENCIONO
A.	No entendió los consejos	1	2
B.	No estaba de acuerdo con los consejos	1	2
C.	No tenía dinero	1	2
D.	No tenía tiempo	1	2
E.	No tenía quien le cuidara los niños / la casa	1	2
F.	Otro _____	1	2
	Especifique		

**ENCUESTADORA: SI NO MENCIONO CESAR/CESAMO/MEDICO/ CLINICA  
O HOSPITAL EN LA 136 PASE A 146. SI MENCIONO ALGUNO DE ESTOS,  
CONTINUA CON 141.**

141. ¿Qué recomendaciones o consejos le dieron el personal del CESAR / CESAMO /  
clínica / Hospital / Médico /Farmacia ?

142. ¿Siguió estos consejos?

**ENCUESTADORA: PREGUNTE SOBRE CONSEJOS Y MARQUE LOS QUE  
MENCIONA. DESPUES PREGUNTE SOBRE LOS QUE SIGUIO Y MARQUE  
SOLO LOS CONSEJOS SEGUIDOS EN LA TERCERA COLUMNA.**

		MENCIONO	NO MENCIONO	142. SIGUIO
A.	Que le limpiara la nariz para que respire mejor	1	2	3
B.	Que le pusiera gotas de agua de manzanilla en la nariz	1	2	3
C.	Que le bajara la fiebre con paños húmedos	1	2	3
D.	Que le diera pecho más seguido/más líquido	1	2	3
E.	Que le diera antibióticos	1	2	3
F.	Que le diera aspirinas / antifebriles	1	2	3
G.	Que le continuara dando la alimentación acostumbrada	1	2	3
H.	Le explicaron sobre señales de peligro	1	2	3
I.	Le dieron una cita o la visitaron para ver como seguía el niño	1	2	3
J.	Se lo refirieron a un nivel superior	1	2	3
K.	Le dieron algo para suavizar / calmar la irritación en la garganta	1	2	3
L.	Otro _____	1	2	3
	Especifique			

**ENCUESTADORA: SI NO SIGUIO ALGUN CONSEJO, CONTINUA CON 143.  
SI SIGUIO TODOS, PASE A 144.**

143. ¿Por qué no?

	MENCIONO	NO MENCIONO
A. No entendió los consejos	1	2
B. No estaba de acuerdo con los consejos	1	2
C. No tenía dinero	1	2
D. No tenía tiempo	1	2
E. No tenía quien le cuidara los niños / la casa	1	2
F. Otro _____	1	2
Especifique		

144. ¿Le recetaron algo para tratar esa enfermedad del niño?

	MONITORA	CESAR/CESAMO/OTRO
A. Sí → ¿Quién? IDENTIFIQUE:	1	2
B. No ----- PASE A 146		

145. ¿Qué le recetaron? (NO LEER. IDENTIFIQUE DE QUIEN FUE LA  
RECETA DE LA MONITORA DE AIN O DE ALGUNA OTRA PERSONA)

	MENCIONO MONITORA	MENCIONO CESAR/CESAMO/OTRO
A. Pastillas	1	2
B. Jarabe / líquidos	1	2
C. Inyecciones	1	2
D. Sobada	1	2
E. Plantas medicinales	1	2
F. Antibióticos	1	2
G. Suero en las venas	1	2
H. Otro _____	1	2
Especifique		

146. ¿Le dio usted algo por su cuenta?

1. Sí
2. No ----- PASE A 148

147. ¿Qué le dio?

	MENCIONO	NO MENCIONO
A. Te de plantas medicinales	1	2
B. Gotas de agua de manzanilla en la nariz	1	2
C. Pastillas	1	2
D. Jarabes	1	2
E. Otros _____	1	2
Especifique		

148. ¿Tuvo que hospitalizarlo?

1. Sí
2. No

149. ¿A \_\_\_\_\_ le está dando pecho?  
(nombre del niño)

1. Sí
2. No / No sabe (en caso de que no es la madre) ----- PASE A 152

150. ¿Durante estuvo con esa enfermedad le dio el pecho las mismas veces que acostumbra darle?

1. Sí ----- PASE A 152
2. No

151. ¿Le dio más veces, le dio menos veces o dejó de darle?

1. Le dio más veces
2. Le dio menos veces
3. Dejó de darle

152. ¿Ya le empezó a dar otros alimentos a \_\_\_\_\_ ?  
(nombre del niño)

1. Sí
2. No ----- PASE A 159

153. ¿Durante el niño estuvo con esa enfermedad le dio la misma cantidad de alimentos que acostumbra darle?

1. Sí ----- PASE A 155
2. No

154. ¿Le dio más cantidad, le dio menos o dejó de darle?

1. Le dio más cantidad
2. Le dio menos cantidad
3. Dejó de darle alimentos -----PASE A 159

155. ¿Le dio de comer el mismo número de veces que acostumbra a darle?

1. Sí----- PASE A 157
2. No

156. ¿Le dio más veces o le dio menos veces?

1. Le dio más veces
2. Le dio menos veces

157. ¿Durante estuvo con esta infección respiratoria le siguió dando de los mismos alimentos que de costumbre, le dio algún alimento especial, o dejó de darle algún alimento?

**(ENCUESTADORA: RESPUESTAS #2 Y #3 NO SON EXCLUYENTES.)**

1. Siguió dándole los mismos alimentos
2. Le dio algún alimento especial (Especifique: \_\_\_\_\_)
3. Dejó de darle algún alimento (Especifique: \_\_\_\_\_)

158. ¿Durante el niño estuvo con esa enfermedad le siguió preparando los alimentos de la misma manera o se los preparó más desechos o molidos, o de otra forma?

1. De la misma manera
2. Desechos o molidos
3. En forma de atol
4. Otro \_\_\_\_\_  
Especifique

159. Cuando su niño se sintió mejor y ya no tenía esa enfermedad, ¿le dio algún trato especial en cuanto a su alimentación o siguió con el de costumbre?

1. Trato especial
2. Trato normal ----- PASE A 161
3. Continúa con la enfermedad ----- PASE A 161

160. ¿Cuál fue el trato especial que le dio al niño?

	MENCIONO	NO MENCIONO
A. Le dio más alimentos	1	2
B. Le dio alimentos especiales	1	2
C. La daba pecho más veces	1	2
D. Otra cosa _____ Especifique	1	2

161. ¿Cuándo considera usted que un niño que tiene tos o dificultad para respirar está grave?

	MENCIONO	NO MENCIONO
A. Deja de alimentarse	1	2
B. Tiene convulsiones	1	2
C. Tiene respiración rápida o cansada	1	2
D. Le cuesta despertarse / está inconsciente	1	2
E. Vomita todo lo que bebe y come	1	2
F. Se le hunde el pecho al respirar (tiraje)	1	2
G. Hace ruidos raros al respirar	1	2
H. Otros _____	1	2

Especifique



166. ¿Está dándole pecho actualmente?

1. Sí ----- PASE A 172
2. No
3. Nunca le dio - PASE A 180
4. No sabe (madre ausente)

167. ¿Qué edad tenía el niño cuando dejó de darle de mamar?

1. \_\_\_\_ \_\_\_\_ Días (si es menos de un mes)
2. \_\_\_\_ \_\_\_\_ Meses
3. No sabe / no recuerda

168. ¿Por qué dejó de darle de mamar al niño?

1. Niño se enfermó de diarrea
2. Niño se enfermó por otra causa
3. Niño ya no quería; prefiere el pepe
4. Poca leche / insuficiente / pechos se secaron
5. Salía a trabajar / estudiaba
6. Era inconveniente
7. Se enfermó la madre
8. Problemas con los pechos (enfermedad / hinchazón / dolor)
9. Ya tenía edad para el destete
10. Quedó embarazada
11. Empezó a utilizar pastillas anticonceptivas
12. No sabe (madre ausente)
13. Otro \_\_\_\_\_  
Especifique

169. ¿Antes de quitarle el pecho al niño consultó o recibió consejos sobre esta decisión?

1. Sí
2. No ----- PASE A 172
3. No sabe (madre ausente) ----- PASE A 180

170. ¿A quién consultó / quién le dio consejos?

1. Consejera de lactancia
2. Monitora de AIN
3. Enfermera
4. Médico - PASE A 172
5. Partera - PASE A 172
6. Otro \_\_\_\_\_ PASE A 172  
Especifique

171. ¿Qué recomendaciones o consejos le dieron? **(ENCUESTADORA: IDENTIFIQUE DE QUIEN FUERON LAS RECOMENDACIONES)**

	MONITORA	CONSEJERA	PARTERA DE LACTANCIA
A. Que tratara de seguir dando pecho	1	2	3
B. Que le diera leche de vaca / lata	1	2	3
C. Que le diera leche en taza o vaso	1	2	3
D. Que le diera sopas espesas	1	2	3
E. Que no le diera sopas aguadas	1	2	3
F. Otros _____ Especifique	1	2	3

172. ¿Mientras usted ha estado dando pecho se ha ordeñado alguna vez?

1. Sí
2. No

**ENCUESTADORA VEA EN LA PREGUNTA 166 SI YA NO LE ESTA DANDO PECHO AL NIÑO. SI ESTO ES ASI PASE A PREGUNTA 175.**

173. ¿Cuántas veces le dio el pecho desde las seis de la mañana de ayer hasta las seis de la tarde de ayer? **(ENCUESTADORA: Profundice - solo en último caso utilice los códigos 97 o 98)**

\_\_\_ \_\_ Número de veces

97 = cada vez que el niño pedía

98 = no recuerda

174. ¿Cuántas veces le dio el pecho desde las seis de la tarde de ayer hasta las seis de la mañana de hoy? **(ENCUESTADORA: Profundice - solo en último caso utilice los códigos 97 o 98)**

\_\_\_ \_\_ Número de veces

97 = niño duerme con ella

98 = no recuerda

175. Mientras ha dado el pecho a su niño, ¿ha tenido algún problema relacionado con la lactancia materna?

1. Sí
2. No ----- PASE A 180

176. ¿Qué tipo de problema?

	MENCIONO	NO MENCIONO
1. No le bajaba leche / bajaba poca leche	1	2
2. Le venía mucha leche y los pechos se me congestionaban	1	2
3. Problemas con los pechos: dolor, hinchazón	1	2
4. La madre se enfermó	1	2
5. Otro _____	1	2
Especifique		

177. ¿Alguién le aconsejó / ayudó con este problema?

1. Sí
2. No ----- PASE A 180

178. ¿Quién le ha aconsejado / ayudado con este problema?

1. Mi madre / otro pariente
  2. Amiga / vecina
  3. Monitora de AIN
  4. Consejera de lactancia materna
  5. Enfermera / médico
  6. Partera
  7. Otro \_\_\_\_\_
- Especifique

179. ¿Qué le aconsejaron?

	MENCIONO	NO MENCIONO
A. Que le diera de mamar más seguido	1	2
B. Que se ponga paños de agua tibia	1	2
C. Que se diera masajes alrededor del pecho	1	2
D. Que se ordénara antes de ponerse el niño al pecho	1	2
E. Que no le diera otros líquidos al niño	1	2
F. Que tomara bastantes líquidos	1	2
G. Que exponga sus pechos un rato cada día al aire y al sol	1	2
H. Otros _____	1	2
Especifique		



## VIII. PRACTICAS ALIMENTARIAS

185. ¿Cómo está alimentando actualmente a su niño?

1. Sólo pecho
2. Pecho más otros líquidos
3. Pecho más otros alimentos
4. No da pecho, sólo otros alimentos

186. ¿Cuántos meses cumplidos tenía el niño cuando empezó a darle: (LEER)

00 = Menos de un mes  
66 = No ha dado  
99 = No recuerda / no sabe

- |  |               |
|--|---------------|
| A. Agua                                | ___ ___ Meses |
| B. Jugos                               | ___ ___ Meses |
| C. Té / café                           | ___ ___ Meses |
| D. Otras leches (Vaca, lata, ... etc.) | ___ ___ Meses |

187. ¿Por lo general en que le da la leche de lata y otros líquidos a su niño?

1. Taza
2. Vaso
3. Pepe
4. Cucharadita
5. Todavía no le da
6. Otro \_\_\_\_\_

188. ¿Le dió algo a beber de en pepe ayer o anoche?

1. Sí
2. No

189. ¿Ya le empezó a dar alimentos sólidos a \_\_\_\_\_?  
(nombre del niño)

1. Sí
2. No ----- PASE A 193

190. ¿Cuántos meses cumplidos tenía el niño cuando empezó a darle: **(LEER)**

00 = Menos de un mes  
 66 = No ha dado  
 98 = No recuerda / no sabe

- |    |  |         |
|----|--|---------|
| A. | Su primer alimento sólido                        | ___ ___ |
| B. | Comida de la olla familiar                       | ___ ___ |
| C. | Tortillas  | ___ ___ |
| D. | Frijoles (no sopa)                               | ___ ___ |
| E. | Huevos   | ___ ___ |
| F. | Carnes (pollo, res, cerdo<br>pescado o vísceras) | ___ ___ |

191. ¿Cuántas veces al día le da alimentos sólidos al niño?

**(ENCUESTADORA: NO CONTAR NI PECHO NI OTROS LIQUIDOS)**

\_\_\_ \_\_\_ Veces

192. ¿Cuáles fueron los tres (3) primeros alimentos que le dió a su niño?

	MENCIONO	NO MENCIONO
A. Papa	1	2
B. Banano	1	2
C. Jugo (de lata o natural)	1	2
D. Mango	1	2
E. Tortilla	1	2
F. Arroz	1	2
G. Otro _____ Especifique	1	2
H. Otro _____ Especifique	1	2
I. Otro _____ Especifique	1	2

193. ¿A qué edad (en meses) cree que se le debe empezar a dar agua u otros líquidos al niño?

\_\_\_\_\_ Meses

8 = Ocho o más meses  
 9 = No sabe

194. ¿Cuál cree usted que es la edad apropiada para comenzar a darle alimentos sólidos al niño?

\_\_\_ \_\_\_ Meses

99 = No sabe

195. ¿En qué forma cree usted que se le deben dar los primeros alimentos al niño?

	MENCIONO	NO MENCIONO
A. Deshechos / molidos	1	2
B. Espesos	1	2
C. Licuados	1	2
D. Trocitos / pedacitos	1	2
E. Otro _____	1	2
Especifique		

196. ¿Por qué cree que debe dársele en esa forma?

	MENCIONO	NO MENCIONO
A. Le sustentan más	1	2
B. No puede masticar	1	2
C. Otro _____	1	2
Especifique		

197. ¿Cuál cree usted que es la mejor edad para empezar a darle al niño comida de la olla familiar? (es decir de la que comen todos los miembros de la familia).

\_\_\_\_\_ Meses  
 00 = menos de un mes  
 99 = No sabe

198. ¿Cómo cree usted que es mejor darle las sopas al niño: espesas, aguadas o de otra forma?

1. Espesas ----- PASE A 200
  2. Aguadas (ralas)
  3. Otro \_\_\_\_\_
- Especifique

199. ¿Ha oído hablar de comida espesa o sopa espesa?

1. Sí
2. No - PASE A 202

200. ¿De quién o de qué fuente ha oído (oyó) de esto?

	MENCIONO	NO MENCIONO
1. Monitora de AIN	1	2
2. CESAR	1	2
3. CESAMO	1	2
4. Otro _____	1	2
Especifique		

201. ¿Cómo se prepara una sopa espesa?

	MENCIONO	NO MENCIONO
A. Deshaciendo el alimento que se ha cocido en ella	1	2
B. Agregándole tortilla o arroz	1	2
C. Otro _____ Especifique	1	2
D. No sabe	1	2

202. ¿Si un niño que ya cumplió 9 meses de edad no está ganando peso adecuadamente, qué debe hacer la madre?

	MENCIONO	NO MENCIONO
A. Darle más pecho	1	2
B. Darle más comida	1	2
C. Darle de comer más veces	1	2
D. Darle vitaminas	1	2
E. Llevarlo al médico / centro de salud	1	2
F. Llevarlo a la monitora de AIN	1	2
G. Otro _____ Especifique	1	2

203. ¿Cuántas veces al día cree usted que debe dársele de comer a un niño que ya cumplió 1 año de edad?

\_\_\_\_\_ Veces  
9 = No sabe

204. ¿A qué horas le dió a su niño la última comida (**NO PECHO**) ayer?

\_\_\_\_\_ horas          \_\_\_\_\_ minutos  
66 = No ha dado  
99 = No sabe

205. ¿Piensa Ud. que un niño de dos (2) años de edad se puede comer en un día la mitad de lo que come un adulto?

1. Sí
2. No

206. ¿Ha sufrido el niño de desgano o falta de apetito en algún momento?

1. Sí
2. No ----- PASE A 214

207. ¿Qué hizo usted para ayudarle a mejorar el apetito?

	MENCIONO	NO MENCIONO
A. Darle alimentos más seguido en pequeñas cantidades	1	2
B. Darle comida suave	1	2
C. Darle pecho más seguido	1	2
D. Agregarle azúcar y limón a la comida	1	2
E. Darle vitaminas	1	2
F. Otro _____ Especifique	1	2

208. ¿Buscó ayuda para resolver este problema de falta de apetito?

1. Sí
2. No -----PASE A 214

209. ¿A quién le pidió ayuda para resolver este problema?

	MENCIONO	NO MENCIONO
A. Monitora de AIN	1	2
B. Enfermera	1	2
C. Médico	1	2
D. Pariente	1	2
E. Otro _____ Especifique	1	2

210. ¿Qué consejos o recomendaciones le dieron?

211. ¿Siguió estos consejos?

**ENCUESTADORA: PREGUNTE SOBRE CONSEJOS Y MARQUE LOS QUE MENCIONA. DESPUES PREGUNTE SOBRE LOS QUE SIGUIO Y MARQUE SOLO LOS CONSEJOS SEGUIDOS EN LA TERCERA COLUMNA.**

	MENCIONO MONITORA	MENCIONO OTRA PERSONA	211. SIGUIO
A. Darle vitaminas	1	2	3
B. Agregarle azúcar y limón a la comida	1	2	3
C. Darle alimento más seguido en pequeñas cantidades	1	2	3
D. Darle comida más suave	1	2	3
E. Darle pecho más seguido	1	2	3
F. Otro _____ Especifique	1	2	3

**ENCUESTADORA: SI NO SIGUIO ALGUN CONSEJO, CONTINUA CON 212.  
SI SIGUIO TODOS, PASE A 213.**

212. ¿Por qué no?

	MENCIONO	NO MENCIONO
A. No entendió los consejos	1	2
B. No estaba de acuerdo con los consejos	1	2
C. No tenía dinero	1	2
D. No tenía tiempo	1	2
E. Otro _____	1	2
Especifique		

213. ¿Qué pasó con el niño?

	MENCIONO	NO MENCIONO
A. El niño ganó peso	1	2
B. El niño pareció más sano	1	2
C. El niño no lloró tanto	1	2
D. El niño siguió igual / no mejoró	1	2
E. El niño se puso peor	1	2
F. Otro _____	1	2
Especifique		

---

214. ¿Hora de finalización de la entrevista?

\_\_\_\_ \_      \_\_\_\_ \_  
hora          minutos