

# El diseño y resultados de una intervención educativa radial sobre lactancia materna y nutrición infantil en Lempira, Honduras

## *Design and Results of a radio educational intervention on breast-feeding and child nutrition in Lempira, Honduras*

Gustavo Adolfo Avila Montes\*, Maria Elena Acosta†, Nicolle Berlioz Zuniga‡, Jairo Posas§, Bartolo Fuentes¶, Anita Thurston¶¶ y Jenny Vallecillo§

**RESUMEN. OBJETIVOS.** Una intervención educativa radial tipo ensayo comunitario fue llevada a cabo en la parte central del departamento de Lempira, Honduras, para determinar los cambios en los conocimientos y prácticas de madres de niños menores de 2 años sobre lactancia materna y nutrición infantil. Esta investigación se realizó en el mes de febrero de 1997, y mayo de 1998. **MÉTODOS.** Se diseñó un programa educativo radial llamado "Por la Vida en Lempira" de una hora de duración que se transmitía de lunes a viernes por una emisora local. El programa se inició en el mes de noviembre de 1997, y la evaluación se realizó en el mes de mayo de 1998. Se promovió una figura de mucha credibilidad basada en un personaje real que aconsejaba a las madres sobre los tópicos de la intervención: la "Dra. Maria Elena". Adicionalmente, 6 anuncios radiales de 45 segundos

de duración sobre lactancia materna exclusiva en el menor de seis meses y la frecuencia de administración durante el episodio diarreico agudo fueron emitidos diariamente a través de las dos emisoras locales de la zona. **RESULTADOS.** Se entrevistaron 316 madres procedentes de 30 comunidades rurales del área de estudio en la pre-intervención, y 297 en la post-intervención. La media de edad de las madres fue de 28.8 años y el 38.6% no sabía leer ni escribir. Los resultados revelaron cambios en la prevalencia de la lactancia materna exclusiva (LME) en el menor de seis meses de 46.7% en la pre-intervención a 69.5% en la post-intervención lo cual fue estadísticamente significativo ( $P = 0.005$ ). Otras variables que mostraron cambios fueron el conocimiento sobre las medidas a tomar para aumentar la producción de leche en los primeros 4 meses: dar el pecho inmediatamente ( $P = 0.00002$ ) y dar el pecho exclusivamente ( $P = 0.00000$ ). Se reportó una disminución general en el consumo de los alimentos en el lactante de 0-6 meses que fue congruente con los resultados obtenidos de incremento en la prevalencia de la LME. **CONCLUSIONES.** La utilización de programas de salud por la radio debe ser conducida por un equipo multidisciplinario que con-

\* Especialista en Salud Pública y Diplomado en Higiene y Medicina Tropical.

† Médico General, Tegucigalpa, Honduras.

‡ Comunicadora Social, Proyecto BASICS, Tegucigalpa, Honduras.

§ Médico General, Área de Salud 2, Región Sanitaria V, Secretaría de Salud, Honduras.

¶ Comunicador Social, Radio Progreso, El Progreso, Yoro, Honduras.

¶¶ Antropóloga, International Women and Ethnic Services, New Orleans, USA.  
*Dirigir correspondencia a:* avilag1@tutopia.com

sidere las necesidades de información de la comunidad en aquellas áreas ligadas a la esfera productiva, cultural y social de la comunidad y no debe estar limitada únicamente al campo de la salud. Paralelamente, se deberán ir realizando sondeos sobre la aceptabilidad de la población al programa radial.

**Palabras clave:** *Comunicación. Lactancia materna. Nutrición infantil. Promoción de la salud.*

**ABSTRACT. OBJECTIVES.** A community trial using an educational intervention by way of a radio station was carried out in the central part of the Lempira Department, in order to determine the changes in knowledge and practices of mothers of children under 2 years about breast-feeding and child nutrition. This research was conducted in February 1997, and May 1998. **METHODS.** It was designed as a radio health program called "For life in Lempira" of one hour duration, broadcasted from Monday through Friday on a local radio station. The program started in November 1997, and the evaluation was done in May 1998. The promotion featured a very credible figure based on a real person who advises the mothers about the topics of the interventions: "Dr. Maria Elena". In addition, six 45-seconds radio spots about exclusive breastfeeding (EBF) and the frequency of administration during the acute diarrheal disease were issued daily through the two local radio stations. **RESULTS.** 316 mothers from 30 rural communities of the study area were interviewed in the pre-intervention period, and 297 in the post-intervention. The average age of the mothers was 28.8 years, and 38.6% were illiterate. The results revealed changes in the prevalence of EBF in children under six months, from 46.7% in the pre-intervention to 69.5% in the post-intervention which was statistically significant ( $P = 0.005$ ). Other variables that showed changes were the knowledge about the measures taken to increase milk production in the infant' firsts four months: giving the breast immediately ( $P = 0.00002$ ) and giving EBF ( $P = 0.00000$ ). A general decrease was reported in the consumption of foods and other liquids in infants of 0-6 months. This data was consistent with the results obtained regarding increases in EBF. **CONCLUSIONS.** The use of radio health programs should be conducted by a multidisciplinary team that considers the information

needs of the community in those areas related to the agricultural, cultural and social sphere, and should not be linked only to the health field. At the same time, periodic evaluations should be done about the community acceptance of the health radio program.

**Keywords:** *Breastfeeding. Child nutrition. Communication. Health promotion.*

## INTRODUCCIÓN

La comunicación en salud ha sido utilizada como una herramienta para influenciar positivamente las prácticas de salud de grandes grupos poblacionales en diversos países del mundo con buenos resultados.<sup>1-3</sup> Los enfoques aplicados han variado desde intervenciones a nivel comunitario mediante visitas domiciliarias por el personal de salud, hasta estrategias más complejas involucrando diferentes canales de comunicación a fin de alcanzar a la población meta.

Honduras fue considerado en el pasado un modelo en la aplicación de estrategias de comunicación en supervivencia infantil. A manera de ejemplo, a principios de la década de los ochentas se logró aumentar el uso de las sales de rehidratación oral de 0 a 49% después de un año de intensa comunicación en salud.<sup>1</sup> Debido a la falta de sostenibilidad de los mensajes, esta práctica decayó y las zonas rurales postergadas son las que han experimentado las mayores reducciones en los indicadores de salud de acuerdo a los resultados de diversos estudios realizados en el país.<sup>4-5</sup>

El departamento de Lempira, de características rurales y localizado en el occidente del país, de acuerdo al Reporte de Desarrollo Humano del año 1996 ocupó el último lugar con un porcentaje de analfabetismo en adultos de 47.0%, una escolaridad promedio de 1.5 años y un porcentaje de desnutrición infantil de 67.2 para un Índice de Desarrollo Humano (IDH) de 0.368 (Ref. 6). Para ese mismo año la prevalencia de la lactancia materna exclusiva (LME) en el menor de 4 meses en Honduras fue de 42.4% (Ref. 4).

La Federación de Desarrollo Comunitario de Honduras (FEDECOH) en una iniciativa conjunta con Esperanca Inc, una organización privada de desarrollo de Estados

Unidos de Norteamérica, llevaron a cabo en 1997-1998 en el Departamento de Lempira una intervención educativa radial dirigida a la promoción de la LME y la nutrición infantil en el menor de 24 meses de edad en el marco de un proyecto de supervivencia infantil.

El objetivo del presente trabajo fue determinar: 1) El impacto de la intervención educativa radial en los conocimientos y prácticas de las madres de niños menores de 24 meses sobre lactancia materna y nutrición infantil y 2) Identificar las lecciones aprendidas de este tipo de abordajes.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### Área de estudio

Se diseñó un estudio experimental tipo ensayo de campo.<sup>7</sup> El área de influencia del proyecto comprendió siete municipios de la parte central del Departamento de Lempira: Gracias, La Iguala, La Campa, San Marcos de Caiquín, Belén, San Manuel de Colohete y San Sebastián (Ver Figura No. 1). Al momento del estudio solamente la ciudad de Gracias, del municipio del mismo nombre y sede del proyecto disponía de luz eléctrica. El resto son municipios rurales cuyos habitantes se dedican al cultivo



**Figura No. 1.** Área geográfica de influencia del Proyecto Supervivencia Infantil, Lempira, Honduras.

de granos básicos en pequeña escala. La población estimada a la fecha del estudio fue de 62,000 habitantes residiendo la mayoría en comunidades dispersas en áreas montañosas y pertenecientes a la etnia lenca. Solamente existían dos emisoras de radio localizadas en la ciudad de Gracias.

### Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra se calculó usando la siguiente fórmula:  $n = Z^2 (pq)/d^2$  donde  $n$  = tamaño de la muestra;  $z$  = límite de confianza escogido;  $p$  = tasa de prevalencia;  $q = 1-p$ ; y  $d$  = precisión deseada. El valor  $p$  fue definido como la intervención a estudiar que necesita la muestra más grande ( $p = 0.5$ ). El margen de error o el valor de  $d$  se fijó en 0.1. El límite de confianza escogido fue de 95% ( $z = 1.96$ ). El tamaño de la muestra obtenida fue de 96 personas. A manera de compensar el sesgo que se forma en la encuesta por entrevistar a personas en conglomerados, en vez de seleccionar a 96 personas al azar, el tamaño de la muestra se debe duplicar, pero, se recomienda que el mínimo de personas a entrevistar en cada conglomerado sea de 10 personas.<sup>8</sup> Para eliminar el sesgo adicional y posibles rechazos de las encuestas se escogió un número final de 316 participantes.

### Selección de la muestra

Se usó la metodología de los 30 conglomerados, basada en la "probabilidad proporcionada al tamaño".<sup>8,9</sup> Se usó la lista de las comunidades con sus respectivas poblaciones para sacar la muestra. Se obtuvo el intervalo de muestreo al dividir la población total por el número de conglomerados deseado que en este caso se definió en 30. Se escogió un número aleatorio entre 1 y el intervalo de muestreo como el punto de inicio y el intervalo de muestreo se añadía secuencialmente hasta obtener los 30 conglomerados. Cada equipo encuestador consistió de dos entrevistadores y un supervisor.

El punto de partida para cada conglomerado se determinó de la siguiente manera: se localizaba el centro de la comunidad y se utilizaba un lápiz que se hacía girar en el suelo, en la dirección que indicaba la punta del lápiz se escogía la primera casa a entrevistar. Las siguientes casas seleccionadas eran las que estaban más cercanas a la previa. La persona a entrevistar era la madre del niño menor de 24 meses. En casos donde la madre no estaba presente al momento de la visita, el entrevistador regresaba a la

vivienda al final del día. Si no se encontraba la madre, otra casa era seleccionada (la más cercana a la anterior). En el caso donde había dos niños menores de 24 meses, se interrogaba a la madre sobre el hijo menor.

### Las encuestas

Las encuestas fueron realizadas para la pre-intervención en febrero de 1997 del cual se han reportado los resultados en una publicación previa,<sup>10</sup> y mayo de 1998 en la post-intervención.

Se utilizó el instrumento elaborado por el Programa de Apoyo a los Proyectos de Supervivencia Infantil de las Organizaciones Privadas de Desarrollo de la Universidad de Johns Hopkins (PVO CSSP). Este instrumento fue adaptado a la terminología local y a las necesidades de información del proyecto. La encuesta se diseñó para ser aplicada a madres con niños menores de 24 meses de edad.

Un equipo de 30 estudiantes de último año de magisterio fue entrenado en aspectos de aplicación de la encuesta y técnicas de entrevistas. La prueba de campo se llevó a cabo en comunidades vecinas que no fueron incluidas en la muestra. Los tópicos considerados en la encuesta fueron las prácticas reportadas sobre la lactancia materna (LM) y la lactancia materna exclusiva (LME), ablactación del lactante, prácticas reportadas sobre alimentación durante episodios diarreicos y sondeo de la audiencia del programa de radio.

Para efectos de control de calidad de los datos se realizaron los siguientes pasos: cada cuestionario fue revisado manualmente después de la entrevista y antes de la entrada de datos. Aproximadamente una cuarta parte de los cuestionarios fueron seleccionados aleatoriamente y verificados con los registros introducidos en la base de datos para minimizar las posibilidades de error. Una tabulación cruzada fue realizada en variables seleccionadas para verificar la consistencia de la información.

### La radio revista comunitaria

Se diseñó un programa de radio de una hora de duración que se transmitía de lunes a viernes en horario de 13 a las 14 horas, por una emisora local de gran sintonía en el área de influencia (*Ecos de Celaque* HROF 1,270 Kh) y era conducido por una comunicadora social del proyecto. El programa se llamó "*Por la Vida en Lempira*" y tenía un

formato de radio revista dividido en tres segmentos: 1) "*Platicando con el médico*", que era un espacio de 15 minutos de duración en el que se discutían aspectos relacionados con la salud y alimentación de la madre y el lactante, 2) "*Recursos de nuestra tierra*" también de 15 minutos de duración en el cual se revisaban aspectos sobre prácticas agrícolas locales y propiedades de las plantas medicinales; y 3) "*Noticias de las comunidades*" donde se emitían reportajes sobre eventos sociales, culturales y aspectos folclóricos locales. Se incluía la participación de grupos teatrales de las comunidades que elaboraban junto con el personal del proyecto radiodramas de salud. Posteriormente, se creó otro segmento denominado "*Entre ollas y comales*" donde se enseñaban preparaciones de alimentos para los infantes utilizando los recursos locales. A efecto de incentivar a los radioescuchas y determinar la captación de los mensajes difundidos se hacían preguntas sobre la alimentación del niño menor de 2 años, con énfasis en el menor de seis meses, solicitando el envío de la respuesta a través de cartas y cada dos meses estas cartas participaban en un sorteo de canastas de productos básicos de alimentos.

Inicialmente el programa se transmitía desde la estación de radio, pero posteriormente el equipo se desplazaba una vez al mes a las localidades, a elaborar los programas previa coordinación con los líderes locales. Además, se fueron identificando recursos de las comunidades con ciertas destrezas radiofónicas los cuales fueron invitados a ayudar en la transmisión del programa junto con la comunicadora del proyecto. Se reclutaron dos comunicadores comunitarios que además se les proveyó de grabadoras para que realizaran reportajes que posteriormente eran transmitidos por el programa. De esta manera "*Por la Vida en Lempira*" se convirtió en un medio de expresión de las comunidades del área de influencia del proyecto.

Adicionalmente, se elaboraron seis cuñas radiales con mensajes básicos sobre promoción de la lactancia materna en el menor de seis meses y alimentación del lactante durante procesos diarreicos las cuales eran transmitidas en las dos emisoras locales en horarios de mayor sintonía durante el día.

El segmento "*Platicando con el médico*" era conducido por una médico del proyecto que representó una fuente confiable de información y que tenía mucha calidez y habili-

dad para comunicar mensajes de salud, particularmente a las madres rurales. La "Dra. María Elena" (que era su nombre real y coautora en este artículo) se convirtió en un personaje muy popular y de gran aceptación entre la población rural femenina. El programa de radio inició en el mes de noviembre de 1997, y la evaluación se realizó en mayo de 1998, seis meses después de estar en el aire.

### Análisis de los datos

El análisis de los datos se realizó con el programa Epi Info 6.04b. Los resultados obtenidos antes y después de la intervención fueron confrontados mediante la comparación de proporciones. Todos los resultados referidos como significativos tuvieron un valor de *P* menor de 0.05.

## RESULTADOS

### Información socioeconómica

Un número de 316 madres fue entrevistado en la pre-intervención y 297 en la post-intervención. La media de edad de las madres fue de 28.2 años y la media de edad de los lactantes fue de 11.3 meses. Se encontró en la pre-intervención que 38.6% de las madres eran analfabetas: no habían asistido a la escuela o su escolaridad fue incompleta y no aprendieron a leer. Esta información no se consignó en la Post-intervención ya que se asumió que los resultados serían muy similares. La mayoría de las entrevistadas se dedicaban a los oficios domésticos y no generaban ingresos económicos adicionales al hogar.

### Lactancia materna y alimentación complementaria

En el Cuadro No. 1, se observa que la prevalencia de la LME en el menor de seis meses fue de 46.7% en la pre-

**Cuadro No. 1.** Prevalencia de conocimientos y prácticas sobre lactancia materna reportadas por las madres en la pre y post-intervención. Proyecto Supervivencia Infantil, Lempira, Honduras, 1997-1998.

Característica	Pre n = 316		Post n = 297		Valor de <i>P</i>
	No.	%	No.	%	
Prevalencia de lactancia materna según edad del niño <sup>A</sup>					
< 6 meses con LME	36 (77)	46.7	48 (69)	69.5	0.005
6-9 meses	66 (71)	92.9	52 (54)	96.2	NS
10-24 meses	127 (168)	75.5	140 (174)	80.4	NS
Inicio de la lactancia materna por el tiempo del apego al pecho después del parto					
	<i>n</i> = 309			<i>n</i> = 295	
< 1 hora	213	68.9	224	75.9	NS
1-8 horas	36	11.6	28	9.5	NS
> 8 horas	53	17.2	41	13.9	NS
No recuerda	7	2.3	2	0.7	NS
Conocimiento de medidas para continuar produciendo leche en primeros 4 meses					
	<i>n</i> = 316			<i>n</i> = 297	
Dar pecho inmediatamente	5	1.6	27	9.1	0.00002
Cuidar el pecho y el pezón	6	1.9	10	3.4	NS
Dar pecho frecuentemente	26	8.2	33	11.1	NS
Dar el pecho exclusivamente	8	2.5	14	14.7	0.00000
Evitar biberones	7	2.2	3	1.0	NS
Aumentar ingesta de líquidos	204	64.6	167	56.2	0.03
Otros	28	8.8	22	7.4	NS
No sabe	32	10.1	21	7.1	NS

A = entre paréntesis se indica el número total de niños de cada grupo.  
LME = lactancia materna exclusiva.



intervención y que este valor se elevó a 69.5% en la post-intervención ( $P = 0.005$ ). En los otros grupos de edad se obtuvieron incrementos en la prevalencia de LM en los datos post-intervención, pero no se observó diferencia significativa con respecto a los resultados de base.

En cuanto al inicio de la LM por tiempo del apego al pecho después del parto no se encontraron cambios significativos en la post-intervención, aunque un porcentaje mayor de madres inició la lactancia materna en la primera hora. Los líquidos más frecuentemente introducidos en este tiempo corresponden a diferentes tipos de infusiones y café.

Respecto al conocimiento de las medidas para continuar produciendo leche durante los primeros cuatro meses de vida del lactante, se obtuvieron resultados positivos en las siguientes variables: dar el pecho inmediatamente y dar el pecho exclusivamente.

En los niños menores de seis meses se observó una reducción notable en el consumo de alimentos con respecto a los datos pre-intervención siendo los resultados más relevantes la disminución en el consumo de leche en polvo, azúcar y de alimentos semisólidos ( $P < 0.05$ ). Se obtuvo un incremento en el consumo de verduras y frutas ricas

en vitamina A en el grupo de los 6-9 y 10-24 meses ( $P < 0.05$ ) y en el consumo de vegetales de hoja verde ricos en hierro en el grupo de 10-24 meses, aunque en este último no fue significativo (Cuadro No. 2).

**Preferencias radiofónicas**

La radio revista “*Por la vida en Lempira*” se convirtió en el espacio radial más sintonizado por las madres de niños menores de 2 años. Prácticamente, la mayoría de las madres (91.2%) escuchaban la radio revista, y de estas, dos terceras partes (66.0%) lo hacían los cinco días de la semana. Solamente, menos del 10% mencionaron no haberlo escuchado nunca.

**DISCUSIÓN**

La radio ha demostrado ser un canal de comunicación muy efectivo para la promoción de mensajes educativos en salud particularmente en las zonas rurales. La radio revista “*Por la vida en Lempira*” se convirtió en un medio crucial donde fluía información relevante no solo para la salud de las madres y los niños, sino que también para el resto de integrantes de la comunidad. Experiencias de intervenciones educativas radiales en Honduras y Gambia en el control de las enfermedades diarreicas

**Cuadro No. 2.** Porcentajes de consumo de alimentos de los niños menores de 2 años por rangos de edad, reportados por las madres, en la pre y post-intervención. Proyecto Supervivencia Infantil, Lempira, Honduras, 1997-1998.

Alimentos*	Rangos de edad					
	< 6 meses		6-9 meses		10-24 meses	
	1997 n = 77	1998 n = 69	1997 n = 71	1998 n = 54	1997 n = 168	1998 n = 174
Agua, té o café	31.1	20.3	77.4	64.8	90.4	89.1
Leche de vaca o polvo	20.7	5.8**	35.2	12.0**	40.4	33.9
Alimentos semisólidos	19.4	5.8**	40.8	27.8	55.9	54.6
Frutas	10.3	7.2	57.7	53.7	67.8	78.7**
Verduras o frutas amarillas	7.7	2.9	29.5	40.7**	43.4	60.9**
Vegetales de hoja verde	1.2	1.4	16.9	14.8	44.0	48.3
Carnes de res o pollo	5.1	1.4	36.6	25.9	71.4	71.8
Frijoles	6.4	7.2	57.7	46.3	86.3	77.6**
Huevo	9.0	8.7	70.4	51.9**	91.6	90.2
Azúcar	25.9	10.1**	52.1	64.8	73.2	78.7
Aceite	5.1	11.6	32.3	51.9**	45.2	87.9**
Sal	22.0	17.4	81.6	72.2	97.0	92.0**

\* Múltiples respuestas fueron dadas por las entrevistadas  
 \*\*Resultados estadísticamente significativos.

resultaron en incrementos en la utilización de las sales de rehidratación oral y reducciones en la mortalidad infantil atribuible a la diarrea.<sup>2,11</sup>

En cuanto al diseño de las estrategias de comunicación en áreas rurales se debe enfatizar la utilización de medios no escritos (como la radio) y la comunicación interpersonal para la entrega de los mensajes educativos dado el alto grado de analfabetismo encontrado entre las madres (38.6%),<sup>10</sup> que superó inclusive el promedio nacional entre las mujeres para 1994 (22.6%).<sup>12</sup> Diversos estudios han dejado bien establecido que en promedio cada año de incremento en la escolaridad de la madre se corresponde con una reducción del 7% al 9% en la mortalidad de los niños menores de 5 años.<sup>13-15</sup>

La prevalencia encontrada de LM fue alta en todos los grupos de edad lo que podría ser explicado por alguna de las siguientes razones: factores culturales que mantienen arraigada la práctica de la alimentación al pecho en la etnia lenca, mínima exposición de la población a la publicidad de las compañías productoras de leches en polvo y escaso poder adquisitivo para la compra de leches artificiales.<sup>10</sup> Sin embargo, es muy frecuente la introducción de otros alimentos en el menor de cuatro meses siendo las razones más expresadas por las madres que *“el niño ya no quiere la leche”* y la percepción de que la leche materna no los sustenta adecuadamente (Thurston A, datos no publicados), y que se constituyó en una barrera importante que tuvo que ser desvirtuada a través de la intervención educativa. McLennan en la República Dominicana también encontró esta razón como determinante para la terminación de la LM.<sup>16</sup>

El incremento de la LME en el menor de seis meses fue el hallazgo más relevante directamente atribuible a la intervención y que tuvo como lema de campaña la frase: *“En el menor de seis meses, solo pecho, pecho y más pecho, y nada mas”* que fue sugerida por las madres de familia durante la investigación formativa. Este resultado se correlacionó directamente con la reducción reportada en los consumos de alimentos en el grupo de 0-6 meses de edad donde particularmente la disminución en el consumo de alimentos semisólidos, azúcar y leche en polvo en la post-intervención fue estadísticamente significativa. Este último alimento presentó una reducción marcada en todos los rangos de edad.

Si bien es cierto el rango de 4-6 meses es crítico para la introducción de alimentos distintos de la leche materna se debe enfatizar en las intervenciones educativas la importancia de mantener la LME hasta los seis meses ya que existe suficiente evidencia concluyente al respecto. Un estudio realizado en Honduras demostró que los niños amamantados exclusivamente hasta los seis meses crecen tanto como los que son amamantados de forma exclusiva hasta el cuarto mes de vida, y posteriormente alimentados con leche materna más alimentos semisólidos.<sup>17</sup> Por lo tanto, es posible que en las condiciones reales en que vive la población de las áreas rurales, mas bien la administración de alimentos distintos de la leche materna aumente el riesgo de morbilidad del niño por malas prácticas de higiene en la preparación de los alimentos. Por otra parte, se ha demostrado también que los niños amamantados exclusivamente hasta los seis meses presentan un mejor desarrollo infantil,<sup>18</sup> una mayor duración del periodo anovulatorio de la madre después del parto<sup>19</sup> y que no hay diferencias significativas en el incremento de peso y talla de los lactantes alimentados con LME comparados con aquellos que recibieron alimentación complementaria a partir de los cuatro meses de edad.<sup>20</sup> Estudios realizados por otros autores han confirmado el efecto protector de la LME que retrasa la aparición de la diarrea hasta el segundo semestre de la vida y disminuye el riesgo de infecciones respiratorias agudas.<sup>21-24</sup>

Otro de los enfoques de la intervención se centró en incrementar el consumo de verduras o frutas amarillas como fuentes de vitamina A y el de vegetales de hoja verde como fuentes de hierro ya que ambos alimentos se encuentran disponibles en el nivel local pero no se consumen por razones culturales y la falta de conocimiento de su valor nutritivo como fue descrito en un trabajo previo.<sup>10</sup> La utilización de la sal en la preparación de los alimentos de los lactantes mayores de seis meses fue una práctica habitual, pero esto no garantizaba una fuente segura de yodo ya que otro estudio reveló que el 40% de las muestras de sal a nivel domiciliario no estaban yodadas.<sup>25</sup>

La creación de un personaje ameno y familiar con autoridad en cuestiones de salud fue determinante para lograr una amplia aceptabilidad de la radio revista entre la población meta. Las madres se dirigían en sus cartas de manera muy abierta a la “Dra. María Elena” consultán-

dole aspectos sobre la salud de sus hijos y expresándole el deseo de conocerle. El conocimiento y experiencia que ella refería en el programa radial hacía que las madres aplicaran las recomendaciones en sus hogares justificándolo con la expresión “*porque lo recomienda la Dra. María Elena*”. La “*Dra. María Elena*” llegó a ser muy conocida en la zona de acuerdo a las observaciones realizadas por los autores y a los resultados de estudios cualitativos realizados 5 meses después que finalizó la intervención (Thurston A, datos no publicados). A principios de los años 80 en Honduras se implementó el Proyecto de Comunicación Masiva Aplicada a la Salud Infantil (PROCOMSI) que después de un año de intensa comunicación teniendo como personaje central a un carácter ficticio “*El Dr. Salustiano*”, logró aumentar la demanda de las sales de rehidratación oral de 0 al 49% y fue un proyecto modelo para otros países.<sup>11</sup> Probablemente, la falta de sostenibilidad en la promoción del mensaje educativo explique que las nuevas generaciones de madres desconozcan las ventajas de las SRO y que inclusive esta práctica sea superada por la administración de otros tratamientos no recomendados en el manejo de la mayoría de las diarreas infantiles como son los antibióticos y antidiarreicos como ha sido reportado por otros autores.<sup>4,26,27</sup>

Este tipo de intervención en áreas rurales a través de medios locales es de bajo costo y amplia cobertura. En el caso particular de esta experiencia, el costo de transmisión mensual durante una hora, cinco días a la semana fue de 1,500.00 lempiras (115.00 dólares USA a la tasa de cambio vigente a la fecha). Por otro lado, el variado formato que tenía la radio revista la convertía en una fuente de información para todos los miembros de la comunidad y no únicamente para las madres de familia. De tal manera que representantes de la sociedad civil (alcaldes, directores de centros educativos, patronatos, organizaciones privadas de desarrollo, etc.) de estos municipios hacían uso de este espacio radial para comunicar avisos sociales a la población.

La participación de los miembros de la comunidad en la elaboración de la radio revista potenció el sentido de pertenencia y apropiación en las comunidades por lo que se recomienda en intervenciones de esta naturaleza incentivar esta participación con miras hacia la sostenibilidad futura de este tipo de iniciativas. El diseño de un progra-

ma educativo radial en salud debe ser una tarea que involucre profesionales de diferentes campos y no únicamente del área de la salud. Las necesidades de información de la comunidad tanto en la esfera de salud, social y agrícola deberán ser consideradas y abordadas en un ambiente ameno, no formal que logre no solo la aceptación de la audiencia meta sino que establezca un vínculo de pertenencia e identificación con el programa.

**Agradecimiento.** Esta investigación recibió apoyo financiero de USAID bajo contrato No. FAO-0500-A-00-6055-00 Esperanca Inc-USAID teniendo como contraparte a la Federación de Desarrollo Comunitario de Honduras (FEDECOH). Se agradece la colaboración brindada por la Escuela Normal Mixta “Justicia y Libertad” de la ciudad de Gracias, que facilitó a los estudiantes de último año de magisterio para realizar el levantamiento de los datos de la encuesta. Al Sr. Oscar Reyes propietario de la Radio Ecos de Celaque por sus valiosos consejos técnicos para mejorar la producción de la radio revista “Por la vida en Lempira”. Asimismo, al Dr. Ramón Jeremías Soto y Manuel Sierra Santos de la Unidad de Investigación Científica de la Facultad de Ciencias Médicas de Honduras por la cuidadosa revisión crítica del manuscrito y al Lic. Héctor Espinal, Oficial de Comunicación del UNICEF por sus aportaciones técnicas para mejorar el diseño de la intervención.

#### REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Programa para el Control de las Enfermedades Diarreicas. Comunicación: una guía para los responsables de las actividades de control de las enfermedades diarreicas. Ginebra 1987.
2. Rasmuson M, Seidel R, Smith W, Booth E. Comunicación para la Salud del Niño, Washington, DC: HEALTHCOM Project, Academia para el Desarrollo Educativo, USAID Junio 1988.
3. Seidel R. Strategies for promoting Vitamin A production, consumption and supplementation: four case studies. The Academy for Educational Development, Washington, DC 1996.
4. Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar, Ministerio de Salud Pública, Tegucigalpa, Honduras, 1996.
5. Mejía O, Zerón H. Costumbres de destete en dos comunidades del Departamento de Olancho. Revista Médica Hondureña 1990;58(3):174-180.
6. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe Final sobre Desarrollo Humano, Honduras 1998/PNUD. - Tegucigalpa, 1998.



7. Beaglehole R, Bonita R, Kjellström T. *Epidemiología Básica*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1994 (Publicación científica 551).
8. Sullivan K, Houston R, Gorstein J, Cervinkas J. *Monitoring universal salt iodization programmes*. UNICEF/PAMM/MI/ICCIDD/WHO January 1995.
9. Binkin NJ, Sullivan K, Staehling N, Nieburg P. *Rapid nutrition surveys: how many clusters are enough?* *Disasters* 1992;16:97-103.
10. Avila Montes GA, Henne K, Posas J, Thurston A, Acosta ME, Withson D. *Conocimientos y prácticas sobre nutrición infantil, enfermedades diarreicas y respiratorias en Lempira, Honduras*. *Revista Medica Hondureña* 2001;69(2):52-61.
11. Kendall C, Foote D, Martorell R. *Ethnomedicine and oral rehydration therapy: a case study of ethnomedical investigation and program planning*. *Soc Sci Med* 1984;19(3):253-260.
12. Organización Panamericana de la Salud. *La Salud en las Américas 1998 Vol II*, Washington DC (Publicación científica No. 569).
13. Cleland JG, Van Ginneken JK. *Maternal education and child survival in developing countries: the search for pathways of influence*. *Soc Sci Med* 1988;27(12):1357-68.
14. Pena R, Wall S, Persson LA. *The effect of poverty, social inequity, and maternal education on infant mortality in Nicaragua, 1988-1993* *Am J Public Health* 2000; 90(1):64-9.
15. Van Ginneken JK, Lob-Levyt J, Gove S. *Potential intervention for preventing pneumonia among young children in developing countries: promoting maternal education*. *Trop Med Int Health* 1996; 1(3):283-94.
16. McLennan J. *Early termination of breast-feeding in periurban Santo Domingo, Dominican Republic: mothers' community perception and personal practices*. *Pan Am J Public Health* 2001;9(6):362-367.
17. Cohen RJ, Brown KH, Canahuati J, Rivera LL, Dewey KG. *Effects of age of introduction of complementary foods on infant breast milk intake, total energy intake, and growth: a randomized intervention study in Honduras*. *Lancet* 1994;344(8918):288-293.
18. Dewey KG, Cohen RJ, Brown KH, Rivera LL. *Effects of exclusive breastfeeding for four versus six months on maternal nutrition status and infant motor development: results of two randomized trials in Honduras*. *J Nutr* 2001;131(2):262-267.
19. Dewey KG, Cohen RJ, Rivera LL, Canahuati J, Brown KH. *Effects of age at introduction of complementary foods to breast-fed infants on duration of lactational amenorrhea in Honduran women*. *Am J Clin Nutr* 1997;65(5):1403-1409.
20. Dewey KG, Cohen R, Brown K, Rivera LL. *Age of introduction of complementary foods and growth of term, low-birth-weight, breast-fed infants: a randomized intervention study in Honduras*. *Am J Clin Nutr* 1999;69(4):679-686.
21. Huttly SRA, Morris SS, Pisani V. *Prevention of diarrhoea in young children in developing countries*. *Bull World Health Organ* 1997;75(2):163-174.
22. Glass RI, Stoll BJ. *The protective effect of human milk against diarrhoea*. *Acta Paediatr Scand* 1989;351:131-136.
23. Victoria C, Kirkwood B, Ashworth A, Black R, Rogers S, Sazawal S, Campbell H, Gove S. *Potential interventions for the prevention of childhood pneumonia in developing countries: improving nutrition*. *Am J Clin Nutr* 1999;70(3):309-320.
24. Lepage P, Munyakazi C, Hennart P. *Breast-feeding and hospital mortality in children in Rwanda*. *Lancet* 1981;(2):409-411.
25. Avila Montes GA, Posas J, Acosta M. *Prevalencia de bocio en niños escolares de Lempira, Honduras*. *Revista Médica Hondureña* 1999;67(3):181-187.
26. *Rational use of medication in the management of acute diarrhea in children*. Washington, DC: Pan American Health Organization; 1991. (Series for directors of health programs, No. 23).
27. Kumate J, Isibasi A. *Pediatric diarrheal diseases: a global perspective*. *Pediatr Infect Dis* 1986;(5):S21-S28.

---

CUANDO ESCUCHO TENGO VENTAJA,  
CUANDO HABLO LA TIENEN LOS DEMÁS.

*PROVERBIO ÁRABE*